

Forsvarleg målarbeid i barne og ungdomspsykiatriske behandlingsheimar

Per Jostein Matre

Hovudoppgåve i sosialt arbeid

Hovudfagsstudiet i sosialt arbeid ved Høgskolen i Oslo, avdeling for økonomi-, kommunal- og sosialfag i samarbeid med Norges teknisk- og naturvitenskaplige universitet i Trondheim

Føreord

Arbeidet har teke lang tid å gjera ferdig. Eg hadde meir å læra enn eg trudde. Eg vil takka rettleiar for innspel, korrigering og god læring trass lange avstandar og tidvis dårlege vilkår. Takk til John A. Rønning for tålmod og god læring i høve utgreiing og raus deling av kunnskapar om empirisk grunna praksis i miljøterapeutisk behandlingsarbeid.

Takk til dei som tok seg tid og anledning til å vera med i undersøkjinga. Spørjeskjemaet var omfattande og tidkrevjande.

Takk til skulen sitt framifrå og tålmodige personale, Anne Lise for jamn og venleg oppfølging, Gerd for mild og rettmessig irettesetting og Asbjørn for hjelp i innspurten fram til eg var i hamn.

Til dei heima vil eg sei at eg ikkje hadde kome i havn utan at de hadde tålmod og interessa heilt fram.

Til Petter Johannes

Innhald		side	
Samandrag		5	
Innleiing			
1.1 Bakgrunn for oppgåva		8	
- Samanhengar		10	- Teori
og praksis - dilemma i institusjon	11		
- Kulturar		11	
- Eiga utvikling		12	
- Omgrepa - "målvalg og behandlingsvedtak"			14
1.2 Eit døme		15	-
Søknad og inntak	17		
- Konklusjonar ved institusjonen		19	
- Faglege utfordringar		20	
- Konsekvensar for målarbeidet		21	
2. Målteori			
2.1 Mål		23	-
Målhistorikk	24		
- Presisering		25	- Ei
avklaring	26		
2.2 Mål sin natur		27	-
Hovuddimensjonar	28		
- Deldimensjonar		28	
- Andre viktige vilkår for å nå mål		31	
2.3 Barnet og miljøet - konsekvensar for for forsvarlege behandlingsmål		32	
- Kompetanse og sosial meistring		32	
- Overføring av kompetanse mellom arenar		33	
2.4 Framgangsmåtar i forsvarleg målarbeid		34	
- Kartlegging og utgreiing			35
- Organisatoriske vilkår		36	
- Terapeutisk problemløysing		39	

Innhald		side
2.5 Praktiske utfordringar i målarbeid		41
- Visjonar - organisasjonen		42
- Programsmål - empirisk grunngeve mål		42
- Behandlingsmål - harmonisering av mål til behandlingssituasjonen		43
- Handlingsmål - harmonisering av mål til sosial kontekst		44
- N�arpersonm�al - involvering av sentrale personar i klienten sitt n�armilj�o		44
- Individuelle mål - spesifisering og harmonisering til person		44
2.5.1 Arbeidet med � gjera globale programm�al til individuelle endringsmål		45
- Framdrift		45
2.6 Behandlingsmål og teoretiske retningar		46
Institusjonslitteratur for bup - feltet	49	-
2.7 Framgangsmåtar i målarbeid grunna i teori og empiri		51
- Involvering		51
- Kunnskap		52
- �tferd - kontekst		53
- Goal Attainment Scaling		53
2.8 Haldbarhetspr�oving		54
- Sjekklistar i personalet - kognitive feilkjelder		54
- Feilkjelder med bakgrunn i mangelfull utgreiing		54
- Empirisk haldbarhetspr�oving i målarbeidet		55
2.9 Eit fors�ok på � samle trådar		56
2.10 Problemstilling		59
- Unders�okjingssp�orsm�al		53
3. Metode		61
3.1 Utval		61

Kriterier for å vera respondent	61	
- Konstruksjon av spørjeskjemaet	62	-
Spørjeskjema	62	
3.2 Validitet	63	
3.3 Reliabilitet	65	
3.4 Prosedyrer og røynsler undervegs	66	
3.5 Svar	67	
4. Funn		
4.1 Dei som har svart	68	
4.2 Det eg trudde eg ville finna	69	
4.3 Organisering og tilbod i institusjonen		
- Klientarbeid og internt samarbeid	70	
- Fagleg organisering	70	
- Samarbeid med føresette og andre	70	
- Rutinar i institusjonen	71	
- Rutinemessig etterundersøking i institusjon		71
- Viktige tilbakemeldingar og konsulentar ved terapeutiske utfordringar	73	
4.4 Andre tilhøver ved institusjonen		
- Brukargrupper	75	-
Samarbeidspartar	76	
- Hovudgrunnar til institusjonsoppghaldet	76	
- Respondentane sine oppfatningar av	77	tilknytting
4.5 Hovudspørsmål i undersøkinga		
- Korleis arbeider ein med deldimensjonane i mål i institusjonane	78	- I
kor stor grad arbeider ein med overføring av mål nærmiljøet	82	og tiltak til
- Korleis involverer ein sentrale nærpersonar i tiltak og overføringsarbeidet gjennom		85 mål, kontraktar,

informert samtykke, overførings-	praksisar med meir
- I kor stor grad deltek klienten sjølv og føresette i utforming av mål og tiltak	90
- Kva for kartlegging og utgreiingsmetodar er vanleg å bruka i institusjonen	93
- Kva for andre faktorar grunngjev behandlingsmål	101
5. Konklusjonar	103
6. Kva kan vera av interessa å undersøkje vidare	108
7. Referansar	109
Vedlegg	
Appendix I - Spørjeundersøkinga	
Appendix II - Følgjebrev til spørjeundersøkinga	

Samandrag

Fleire faktorar ved mål er viktige for utbytte av behandling. Innhald, spesifisering og at mål er utfordrande utfordrande for den det gjeld utgjer saman med tilpassing til alder, modning og funksjonsnivå nokre faktorar. På andre sida er sosial harmonisering og semje om behandlingsmål med nærpersonar andre viktige faktorar. Kunnskapar frå mange felt har auka interessa for målarbeid i seg og sett fokus på handsaminga av mål i den terapeutiske prosessen. Mål sin natur, og arbeidet med å formulera behandlingsmål er påverka av ei rekkje faktorar. Mellom anna er barn og unge i institusjon avhengig av at me sikrar harmonisering og spesifisering av mål til situasjonar utanfor behandlingssituasjonen.

Målarbeidet i institusjonen kan mellom anna analyserast i samanheng med organisasjonen, kunnskapane ein legg til grunn for endringsmål og dugleikar i problemløysing hos terapeutar. Miljøterapi forutset organisatorisk samordning internt, der endringsmål vert fremma på tvers av nivå, roller, personar og funksjonar, samstundes som ein arbeider for å sikra at nærpersonar i naturlege miljø forstår og sluttar seg til mål og endringstiltak. Tilslutting og forplikting frå nærpersonar til behandlinga forutset semje mellom partane i høve til kva som er viktig å arbeida med. Til dagleg arbeider miljøterapeutar med problemformulering, avklaring og avgjersler som gjev konsekvensar for andre menneske på kort, mellombels og lang sikt. Deira personlege kompetanse, kunnskapar, verdiar og haldningar er såleis faktorar som verkar på alle nivå i problemløysing og avgjersleprosessen.

Spesifikt for behandlingsmål er at dei i seg sjølv har fleire funksjonar. Mål uttrykker mellom anna kva ein ønskjer å oppnå i ein terapi. Behandlingsmål bør resultera i val av teknikk (ar). Konkret beskrivne mål vil kunna betre evaluering av mål.

Presise og realistiske behandlingsmål vil kunna føra til diskusjon om rammevilkår for arbeidet som til dømes tid, økonomi, turnus, kompetanse og bemanning.

I kunnskapssamanheng kan arbeidet med behandlingsmål gje auka innsikt om kva

for kognitive, sosiale, emosjonelle, motoriske og miljømessige faktorar som er mogleg å endre. Oppsummert praksis med omsyn til målharmonisering til nærmiljø, vil kunna gje auka kunnskapar om faktorar som fører til varige endringar i veremåtar utanfor institusjonen.

Mål som involverer og forpliktar personar og instansar i klienten sitt nærmiljø, vil kunna gje auka kunnskapen om kor viktig nærmiljødeltaking i behandling er. Systematisering av terapeutar sitt målarbeid vil kunna gje auka kunnskapane om kva støtte ein bør leggja til rette for arbeidet deira.

Målarbeidet er ”midt” i det faglege og administrative behandlingsarbeidet. Slik mål er forma kan vere ein rimeleg god indikator for korleis ein i institusjonen arbeider med utgreiing, involvering og prioritering før mål vert nedfelt. Mål kan gje viktige haldepunkt for korleis kontraktarbeidet er ved institusjonen. Til sist vil eg ta med at mål kan gje ein viktig peikepinn på korleis arbeidet med tiltak og evaluering vert gjennomført.

Summary

The process of empirical goalselection is focused. Factors influencing goalselection in therapy is discussed on the background of available knowledge concerning empirical validation of targets in therapy with children and adolescents.

A questionnaire was sendt to 99 respondents. Questions about goalsettingpractice, how therapists involve clients in the process of goalsetting, how goals and behavior programs are transfered to natural enviroments, what kind of methods are used in assessing childrens functioning are among questions asked.

Main findings show tendencies that targetselection and goalsettingpractise can be developept. Significant results show a lack of relevant assessment procedures, lack in kontrakt practices and lack of procedures for transferring treatment effects to natural settings.

Kapittel 1

Innleiing

1.1 Bakgrunn for oppgåva

Oppgåva er skriva etter 15 års røynsle i barne og ungdomspsykiatriske institusjonar. I løpet av desse åra har eg utvikla spesiell interesse for behandlingsmål, målarbeid og framdrifta i behandlingsprosessen. Miljøterapi er ikkje ein metode, men eit mangfald både i innhald, metodar og former. Slik er miljøterapi, etter mi meining, uråd å fanga i eit stykke. Å løfta på ein flik om gangen gjev meining i dette kompliserte feltet.

Frå tid til anna har eg vore med på prøving og feiling, utan den naudsynte kontrollen arbeidet burde hatt. Føremålet har gjerne vore godt i prøvingsfasen. Men, me gløymde kan hende somatikken, kva for ballast barna / ungdomane hadde med seg, og kva dei skulle vidare til i livet i iveren etter å prøva ut nye arbeidsmåtar me hadde høyrte om, og trudde sterkt på. Røynslene er og at private overtydingar, synsing, motar og utbrukte argument styrte vel så mykje som systematisert kunnskap (empiri) når det kom til val av behandlingsmål og metodar.

I høve til diskusjonane som i dag rår innan det barne og ungdomspsykiatriske feltet synes det og meiningsfullt å bidra i debatten. I dag som ved fleire tidlegare høve står diskusjonen mellom dei som meiner store deler av arbeidet let seg dokumentere og dei som hevdar det dreiar seg om kunst, intuisjon og at utøvelsen ikkje let seg fanga i skildringar eller tal.

Avdi eg har vore med i prøvinga og feilinga vart interessa mi for systematisering og dokumentasjon innan det miljøterapeutiske virket kveikt. Etter mi oppfatning er dokumentasjon med på å sikra rettsikkerheten for klientane og kvaliteten i arbeidet hos utøvarane. Den andre vegen er etter mi meining å tillata privatisering og legitimera at berre dei invigde og «spesialistane» forstår og handterar dette virket. Problemstillingane i arbeidet som ligg føre er farga av dette grunnleggande synet. "I kor stor grad vert det drive forsvarleg målarbeid i barne og ungdomspsykiatriske

institusjonar," er formulert for å kunna drøfta sentrale delar av behandlingsarbeidet i institusjon. For å drøfte hovudproblemstillinga er det utarbeidd seks spørsmål med underspørsmål.

Det vart etterkvart interessant for meg å undersøkje og drøfta i kor stor grad terapeutane i institusjon arbeider med deldimensjonar i mål. Dette avdi arbeidet med deldimensjonar, som spesifisering, utfordring, realisme og til dømes relevans virkar inn på korleis terapeutar forstår måla, på moglegheitene til å nå mål, på kva for måtar ein kan gje melding attende til klientane med meir.

Eit anna område med interessa for meg er i kor stor grad ein arbeidar målretta med overføring av mål og tiltak til nærmiljøet. Med spørsmåla ønskjer eg å setta fokus på om terapeutane til dømes lærer opp nærpersionar, tilrettelegg for samordning av mål med nærmiljøet, om ein harmoniserer mål til til dømes lokale normer og om ein arbeider med overføring av tiltakseffektar til betydningsfulle personar i klientar sitt nærmiljø. Det motsette ville vere at miljøterapi framleis er noko ein i hovudsak gjer innafor huset sine fire vegger.

Det tredje området av interessa for meg er korleis ein involverer sentrale nærpersionar i arbeidet med mål, tiltak og i overføringsarbeidet til dømes gjennom kontraktar, informert samtykke med meir. Eg ønskjer i denne samanhengen å drøfta i kor stor grad ein involverar nærpersionar i behandlingsarbeidet, spesielt med tanke på overføring av behandlingseffekt.

Det fjerde området er i kor stor grad klienten sjølv og føresette deltek i utforming av behandlingsmål og tiltak. Med spørsmålet ønskjer eg å drøfte korleis ein sikrar deltaking til behandlingsarbeidet til dømes gjennom involvering av klienten sjølv og føresette i sentrale delar av behandlingsarbeidet.

Det femte området eg ønskjer å undersøkje er kva for kartlegging og utgreiingsmetodar ein brukar i institusjon. Med spørsmålet ønskjer eg å sette søkelys på samhengane mellom målarbeidet og kartleggingsprosedyrane ein har i

institusjonen. Her vert mellom anna haldbarhet i utgreiing drøfta mot haldbart målarbeide.

Til sist vert det undersøkt for andre faktorar som kan grunnkje behandlingsmål i institusjon. Det siste undersøkjingsområdet er med avdi eg ville undersøkje andre faktorar eg har interessa for i høve til målarbeidet.

Samanhengar

I behandlingsarbeidet strevar me med å etablera og dokumentera positive samanhengar mellom mål og effektar av tiltak. I institusjonen er det mellom anna vanleg å evaluera tiltakseffektar med bakgrunn i om mål vert nådd eller ikkje. Då tek me for gitt at enkle relasjonar eksisterer. I realiteten står målarbeidet i eit relasjonelt høve til mange enkeltfaktorar. Mellom anna til kartlegging og utgreiing, til problemformulering, til organisering, til samordning med nærmiljø og til evalueringsformene ein vel. Desse kvardagslivsfaktorane (støyen) gjer det utfordrande å visa positive samanhengar mellom mål og effektar av tiltak i behandlingssituasjonen.

Teori og praksis - dilemma i institusjon

Kva fortel miljøterapeuten om sitt eige virke og om målarbeidet? Møter med miljøterapeutar syner at miljøterapi i innhald og metode er beskrive med lokal referanseramme og grunngeving. Overordna teori ligg oftast til grunn for omgrep, forklaringsmåtar og forståing av klientane. Det fører gjerne til at aksepterte forklaringsmodellar på den eine sida og lokal kvardagspraksis på den andre grunnjev arbeidet og fargar den einskilde sine røynsler. Tilhøvet speglar det tosidige i miljøterapien. På den eine sida er miljøterapi eit praktisk handlingsarbeid i ein travel kvardag. Her har taus kunnskap, med personleg kompetanse som humor, ærlighet, varme, omtanke og gjennomgripande refleksjonar om eigen praksis stor plass og pregar miljøarbeidet (Skovholt & Rønnestad 1992).

På den andre sida er teori viktig som rasjonale for synet på klienten, forståing av

handling og for måtane ein utøver praksis på (sjå til dømes Theofilakis 1989). Den praksis miljøterapeuten skildrar som klår og eintydig vert samansett om ein går nærare inn på han. Kva ein seier ein gjer og kva ein faktisk gjer vert av og til to ulike ting (Buckholdt & Gubrium 1981; Emmery & Marhoulin 1979).

Kulturar

Miljøterapeutar er eit samtalande og mindre skrivande folkeferd. Det kan vera ein av grunnane til at praksissogene har stor plass i møtene mellom miljøterapeutar. Munnleg overførte miljøterapeutiske bragder, ritualer og dagleglivshendingar har sentral plass i kunnskapsformidling innan feltet. Sogene handlar om samtalar med klientar, om avstikking, om klienten sin erkjenning av viktige tilhøve, om turane, om løysing på konflikter med meir. Sogelista kan gjerast uendeleg. Som gode soger handlar mange om ytterpunkt i dagleglivsutfordringane. Om ikkje å gje opp, og om å ha tru på at det nyttar å halda fram med arbeidet sjølv om det ser svart ut (Lageraen 1984). Bodskapen i historiane er ofte optimistisk på utøvarane eller klienten sine vegne. Samstundes er historiane lokale erkjenningar, som strekar under tradisjonar, idear, røynsle og teori utvikla i lokale kunnskapsrammer. Sogene vert overførte frå generasjon til generasjon i det lokale "miljøterapeutiske samfunnet." Slik er dei del av meister - elev læringa innan det miljøterapeutiske fellesskapet, og er viktige for å utvikla den personlege kompetansen innafor institusjonen (Martinsen 1990). Sogene held ved like felleskunnskap som kjem til uttrykk i samhandling, veremåtar og praksisar me har semje om, og kanskje ikkje stiller for mange spørsmål ved (sjå mellom anna Schein 1980).

Eiga utvikling

I min arbeidskarriere har tilhøvet mellom teori og praksis utfordra og frustrert. Korleis skulle eg t.d gå fram i omsetjinga mellom teori og praksis ?

Som nyutdanna førskulelærer baserte eg praksis på prøving og feiling. Dei mest aksepterte teoriane om barn si utvikling vart eit fallnett med totalteoriane som mest

omfattande. Gode råd og støtte frå eldre og meir røynde medarbeidarar vart like ofte redninga i vanskelege situasjonar. Teoriar som mista popularitet, døydde ut og klientar som ikkje passa i teoribiletet gjorde livet komplisert. Opplevinga av å gå vill på den store forklaringsmarknaden var til tider total. Den eine teorien, praksisforklaringa og forståinga etter den andre vart argumentert med som endeleg og «rett». Som nyutdanna førskulelærer på slutten av 70 talet hadde eg størst ballast frå innføringskurs i historisk - filosofiske emner for rett og sætande pedagogisk arbeid med barn.

Kunnskapsskreppa var, etter eiga oppfatting, utstyrt med dugleikar til å takla dagleglivet med barn, og til å delta i meir vidløftige teoridiskusjonar. Kombinasjonen førte til vanskelege og lærerike møter ettersom røynsle kom til. Dei mest vanlege teoriargumenta brukt om og for praksis, hadde eg kjennskap til frå skuletida. I tilspissa diskusjonar handla det om å dela verda i to. Var ei teoriretning bra, så måtte andre vera mindre bra. Behaviorisme var frå første stund på skulen umenneskeleg, og høvde best for dyr. Medan psykodynamisk teori og humanisme var gode og aksepterte teoriar. Praksis ute i feltet vart noko me gjorde mellom alle retningar og truer. Ikkje alltid like lett å forstå, oppsummera eller forklara i detalj. Men, dei rette argumenta dukka opp når det vart krevd at eg skulle gjera greie for korleis eg tenkte og handla som eg gjorde. Ved hjelp av "teoretisk akrobatisme" klarte eg oftast å havna innafor teoriramma eg meinte å høyra til i. Perioden var fri for kritiske haldningar til eigen viten. Oppsummert praksis (empiri) var eit fjernt og uklårt fenomen. Dei store menn i den psykologiske historien (nokre få kvinner) hadde etter det me lærte og forsto, gjort opp kunnskapsstatusen for all framtid. Slik vart det til at nokre trudde på B.F. Skinner, andre på S. Freud. Dei fleste trudde på J. Piaget og E.H. Erikson, medan A. Bandura enno ikkje var fødd i mi kunnskapsverd. Overtydningane vart halde i hevd av sterke kjenslemessige sympatiar og antipatiar. Parallellen til dei politiske diskusjonane, der eg og hadde lært at verda var todelt, var openberr. Dei "gode" var på eine sida, og dei "vonde" på den andre. Slik vart eg i fleire livsarenaer skulert i å "plassera" saker i den eine eller andre leiren.

Etter fleire år i praksisfeltet, med auka røynsle for at verda er komplisert, var det

underleg å registrera at relativt lite hadde endra seg. Attende i studiesituasjon opplevde eg at mange av dei same argumenta vart førde i marka. Med rette var verda meir oppdelt, dvs. at fleire teoriretningar hadde gjort seg gjeldande og kome inn i varmen. Trass i dette, vart me studentar og på midten og slutten av - 80 talet mest fylt med ballast frå historisk-filosofiske emner. Formaningar om kva ein skulle lika eller halda seg vekke frå vart enno, i dempa form, delte ut. Behaviorisme var framleis "vond", medan andre med strev hadde nådd status av å vera "gode". Eit gode for dei fleste var at ein som utøvar i feltet ikkje lenger berre måtte høyra til i ei gruppe. Eklektisisme var no inne og stovereint. Svart - kvitt hadde skifta til grått. Kunnskapsframlegg var framleis sterkt ideologiske, og forunderleg nok fekk me lite tilgjenge til metodekunnskap og oppsummert praksis. Eit døme kan vera at me framleis vart undervist utviklingspsykologi i form av personlegdomsteoriar.

Teikn i tida tyda utan tvil på at dokumentert kunnskap var blitt viktigare i sosialarbeidet. Ein grunn til at ein var oppteken av ideologi kan vera empirifattigdomen i det norske sosialfaget. Her har tradisjonelt den ideologiske fana vore heist på heil stong. Eit døme frå "Sosionomen" (12/92) syner dette med å konkludera at systematisk og målretta arbeid er det same som radikal behavioristisk læringsteori.

I ideologijaget har det mellom anna vore hevda at mennesket ikkje er ein ting, og at gjennomsnittsmennesket ikkje eksisterer. Advarande røyster om samanhengen mellom empiri, stempling, båssetting og umenneskeleggjering har vore sterke. Alternativet til systematisering og dokumentasjon vart hevda å vera intuisjon og det faktum at berre individet sjølv kan forstå eigen situasjon fullt ut. Gjennomsnittsmennesket finst ikkje, personelg kompetanse og intuisjon er svært viktige føresetnader for å arbeida med andre menneske. Det er ikkje vanskeleg å vera samd. Det motsetnadsfulle er når dette vert gjort til motargument i høve til å oppsummera og dokumentera praksis. Eg vil vel heller hevda at fleire burde vore opptekne av vilkårlege samantreff. Eiga røynsle fortel at vilkårlege samantreff var det fenomenet eg oftast møtte i dagleglivspraksisen.

Omgrepa - " målvalg og behandlingsvedtak."

I arbeidet med klientar nyttar me ei rekkje omgrep for å beskriva det me gjer. Målarbeidet er mellom anna omtala som "målvalsprosessen." Prosessen endar med at me vel behandlingsmål. I arbeidet med tiltak, nyttar me mellom anna omgrepet "behandlingsvedtak". Valg og vedtak er omgrep dei fleste knytter til politisk retorikk. I institusjonen som i samfunnet elles har demokratiet stort mangfald. Fleirtalet, dei mest veltalande, dei med lengst utdanning, høgast status, lengst kulturtilknytting, lengst taletid eller flest fine ord har størst sjanse for å vinna behandlingdiskusjonane. Miljøterapeuten, arbeidslaget eller miniteamet vel mål, og behandlingskonferansen (staff) fattar behandlingsvedtak. Det er på sin plass å stilla spørsmål om behandlingsmål kan velgast og om ein kan vedta tiltak, slik me ellers går fram i andre demokratiske prosessar.

1. 2 Eit døme

Eit døme frå praksis er brukt for å syna at målarbeid vert påverka av ei rekkje faktorar. Dømet er sett på spissen. Det skildrar delar av innsøking, avklaring, kontrakt og formelt inntak i ein behandlingssprosess.

I dømet er pedagogisk psykologisk teneste (ppt) formell søkar til institusjonen. Barnet er i dømet søkt til institusjonen på internatplass.

Ola er litt over ni år og bur saman med mor og søster, Lise på fem år i leilighet i ein mindre by. Ola går i tredje klasse og har frå han var 2 1/2 år og fram til han starta på skulen gått i heildagsbarnehage. Mor og far skilde seg då Ola var seks år. Far har flytta, og bur no saman med sambuar og deira felles barn på eitt år i ein by på annan kant av landet. I delar av feriar og nokre høgtider er Ola og søstera hos far. Mor har ikkje etablert seg med ny kjærast. I dei tre åra som har gått seier mor sjølv at ho har hatt nok med å få endane til å møtast, og ikkje hatt overskot eller ønske om å etablera seg på nytt.

Frå året etter at Ola starta i barnehagen har det vore bekymring rundt hans veremåtar. Ola verka klengete og var vanskeleg å setta grenser for. Han var oppfarande og viste sinne med å fly på andre, bita, lugga og slå.

I slike situasjonar rapporterte barnehagen at det tok lang tid å roa han ned. Han kunne i periodar i barnehagen verka fjern, uopplagt og ukonsentret eller han var rastlaus og hadde "lopper i blodet." Mor rapporterer frå same periode at han var sta heime, og at både ho og far måtte ta i for å få han til å forstå kven som bestemte. I dag tilskriv ho dette familien sin situasjon, kor krangel og usemje mellom henne og far skjedde relativt ofte. Etter ei tid kontakta barnehagen i forståing med familien pp - kontoret for å få hjelp. Ola vart observert av spesialpedagog. Mor og far fekk tilbod om familiesamtale, og følgde dette opp over ¾ år.

I denne perioden rapporterte både barnehagen og familien at det gjekk betre med Ola. Då Ola var fire år fekk mor og far, dottera Lise. Noko etter familieauken rapporterte barnehagen på nytt at Ola viste mykje problemåtferd.

Mor og far fekk på ny tilbod om samtalar. Dei avbraut avtalen etter omlag tre månader. Eitt år etter skiljer mor og far seg. Ola syner i denne perioden lite problematisk åtferd, men har dårleg merksemd og verkar uroleg i kroppen. Oppstart på skulen første halvår av 1. klasse går fint, men frå jul aukar uroen hans, og læraren må stadig oftare korrigera han

i klasseromssituasjonen. Han avbryt, er ukonsentret og kjem hyppig opp i konflikhtar med andre elevar. Heime er det mykje konflikhtar, og mor uttrykker at ho ikkje hanskast med han lenger. Ola synest å mistrivast, han er lite i lag med jamnaldringar på ettermiddagen og har få interesser utanom huset sine fire vegger. Utpå hausten i tredje klasse toppar problematikken seg med at Ola ikkje gjer lekser, stadig er oppe i konflikhtar på skulen og ved at læraren seier

ho har "mista kontroll" over Ola i klasserommet. Han tek ikkje imot instruksjonar, og truar ved krav frå læraren."

Søknad og inntak

Pp - tenesten sender i samråd med mor og skule søknad til institusjonen. Institusjonen har rutinar som formidlar kvar ny søknad til eit inntaksteam. Inntaksteamet er sett saman av representant frå institusjonsskulen, miljøet og familieavdelinga. Psykolog og sosialkurator deltek i alle inntakslaga. I inntaksteamet er det ein sakshandsamar som har ansvaret for det praktiske arbeidet.

Institusjonen krev skriftleg søknad etter første gongs melding. Søknaden vert vurdert av styrarassistent, og lagt fram i fagråd som avgjer om ein skal klårgjera ytterlegare, ta inn, eller gjera framlegg om å hjelpa med vidare søknad til andre. Fagrådet går inn for å gje tilbod om internatplass til Ola. Mor må ta endeleg standpunkt til tilbodet.

Før inntak vert det halde eit informasjons og avklaringsmøte på institusjonen, der styrarassistent, rektor på institusjonsskulen, Ola, mor og pp - tenesta deltek. I møtet klårlegg ein kva det vil seia å vera internatelev. Institusjonen nyttar høvet til å møte Ola og mor saman, gjera seg kjend med dei og visa dei rundt på institusjonen. I løpet av møtet legg ein frå institusjonen fram informasjon om korleis ein arbeider. Det vert mellom anna informert om samtykkefråsegn, teieplikt, behandlingsmåtar og behandlingskontrakt.

Mor gjev samtykke til internatplass, og dato for kontraktmøte vert avtala. I tillegg til dei som deltok i avklaringsmøtet er no psykolog, miljøterapeut og lærar frå institusjonen med (det er oppretta miniteam rundt Ola). Kontraktmøtet har som mål å klårgjera behandlingsoppdraget. Ein viktig del i oppdragsavklaringa er at mor og pp - kontoret tingar forandring som må skje "hos Ola" før han kan førast attende til mor. Det vert gjennomført ein runde der alle aktuelle legg fram kva dei opplever som problematisk. Mor informerar om problema til Ola, pp - kontoret informerar om korleis dei oppfattar han, og guten fortel sjølv om korleis han har det. Kontrakt vert

underteikna med "bestillinga" formulert i denne. Oppstartsdato vert avtala og inntaksarbeidet kan starte.

Pedagogisk - psykologisk teneste har i dømet gjennomført eit breidt kartleggingsarbeide. Ola er testa med evnetest både då han var fem og no då han er ni år. Til evnetestinga er brukt Wechsler Prescool and Primary Scale for Intelligence (WPPSI) (Wechsler 1967) og Wechsler Intelligence Scale for Children (WISC R) (Wechsler 1974). Det er relativt godt samsvar i dei to testane. Profilane er ujamne, han gjer det best på den nonverbale delen av testen. Han har vanskar med korttidsminne og slit med overbegrep og ordforståing. Utfrå profilen mistenker pp - tenesta at det kan ligga føre kort oppmerksomhetsspenn og åtferdsforstyrrelsar som indikerer ADD diagnose (sjå Sommeshild & Grøholdt 1989). I tillegg meiner ein det er emosjonelle reaksjonar på samspelsproblem i familien. Dette ønskjer pp - tenesta at institusjonen skal kartlegga vidare i samarbeide med barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (bup - poliklinikk) og barnelege. Konklusjonane frå pp - tenesta er referert i personalmøte på institusjonen.

Mor seier ho er utsliten og treng hjelp til å få kontroll på Ola. Han må oppføra seg annaleis heime, gjera leksene sine på ein skikkeleg måte, høyra etter når han får beskjedar og kunna rette seg etter dei sosiale "reglane" når han er ute.

Institusjonen på si side vegrar seg for å feste for stor lit til testane og utgreiinga som er gjennomførde. Her meiner ein at materialet er lite konkret å halda seg til. På institusjonen opplever ein informasjonen som utilstrekkeleg og uhensiktsmessig i høve til dei problem barn syner i institusjonssamanhengen. På bakgrunn av røynsle har ein eigne kartleggingsperiodar før miljøterapeutiske og skulefaglege tiltak vert sett igang. Praksis ved institusjonen er å leggja kartlegging og utgreiing frå andre tilsides. Det er viktig, hevdar ein, å "danna sitt eige bilete av saka." Etter endt utgreiingsopphald hender det at ein ser nærare på andre sine utgreiingar og samanliknar resultat.

Ved institusjonen er det rutine å gjennomføra ein seks vekers registreringsperiode. I hovudsak vert kartlegginga gjennomført med registreringsmetodikk utvikla på institusjonen ("heimelaga"). Desse kartlegg individuell fungering i gruppesamanheng. Fokuset for registreringa er korleis den enkelte fungerer innan rutine, rytme, regel og rollemestringsområde. Registreringane er gjennomførde frå klienten står opp til han eller ho går og legg seg. Registreringane vert gjennomførde i miljøavdelinga og i institusjonsskulen. Personalet registrerer etter turnus, det vil sei at tidlegvakta registrerer morgon, skuleansvarlig registrerer i skulesituasjonen og vaktansvarlig registrerer på kveldstid. Registreringane gjev etter personalet sine oppfatningar viktig informasjon om meistring av tidsrutinar, måltidssituasjon, klasseromsfungering, aktivitetar på ettermiddagstid og til dømes leggesituasjon. Registreringane har avkryssing for meistring, ikkje meistring og fråvere.

Dei einskilde åtferdskategoriane er i lita grad operasjonaliserte. Dag - og kveldsrapportane vert oppsummert, og ligg til grunn for ei beskriving av Ola si dagleglivsfungering. Informasjonen vert supplert med rapportar frå kollega etterkvart som dei vert kjend med Ola.

Tilsaman gjev informasjonen grunnlaget for å formulera mål, tiltak og for vedtak i behandlingssmøtet.

Konklusjonar ved institusjonen

Etter kartleggingsperioden kjem personalet ved institusjonen fram til at det ikkje dreier seg om ADD problematikk. Uroen og dei emosjonelle problema forklarar ein med emosjonelle vanskar. Dette kan mellom anna skuldast manglande tilknytting til mor, Ola sitt sagn grunna ein perifer far og problem med åtferdsgeneralisering til nye situasjonar. Dette resulterer i eit "negativt" sjølvbilete for Ola. Tiltak bør rettast mot å sikra at Ola meistrar krav innan enkle område, og at meistring vert generalisert til sosiale situasjonar der han kan oppleve støtte. I tillegg må han få oppleve nær tilknytting til ein vaksenperson som kan "tåle" utagginga hans utan å drive Ola frå seg.

Faglege utfordringar i behandlingsarbeidet

Dømet reiser etter mi meining fleire viktige spørsmål. Manglande hald i institusjonen sitt lokale registreringssystem er eitt. Eit anna er lite brei, samansett og individualisert kartlegging. I dømet er ikkje somatiske tilhøve og sosial fungering hos Ola undersøkt. Noko som i verste fall kan gjera at ein gjev feil "diagnose", legg vekt på irrellevante problemområder og gjev anna behandling til Ola og familien enn det dei skulle ha.

Ved institusjonen set ein fokus på enkle og lett målbare veremåtar, med overvekt av rutinar og mikro dugleikar. Samansette veremåtar som problem og konfliktløsning, prososial fungering og sosial meistring vert ikkje systematisk registrert. Skulefaglege dugleikar er lite vektlagd, og vert sporadisk rapportert i anekdotisk form.

Registreringane er i dømet gjennomførde i institusjonen, eit kunstig miljø der struktur og kontekst ulikskapen med Ola sitt naturlege livsmiljø er maksimal. Gjeldande norm for fungering vert reglane, rutinane, rytmane og rolleforventningane i institusjonen.

Dømet problematiserer mellom anna at profesjonelle kan formulera problemområde og hypotesar på bakgrunn av ulik informasjon, henta i ulike miljø, med ulike metodar og med forskjellige informantar.

Ein slik framgangsmåte kan vera positiv, men kan og resultera i at ein får ulikt hald vektlegg særskilte forskjellige behandlingsbehov hos klient og føresette.

PP - tenesta fokuserer på "betra sjølvbilette" med tilrettelagd trening utfrå indikasjonar på ADD problematikk. Medan institusjonen fokuserer på "å sitte i ro ved matbordet", "rekke opp handa før ein snakkar" og "å gå roleg i gangen."

Det er all grunn til å tru at nettop slike tunge og vanskeleg problematikkar krev

samansett og fleirperspektiv tilnærming i utreiingsarbeidet (Nilsen & Rønning 1997).

Konsekvensar for målarbeidet

Eiga røynsle tyder på at behandlingsmål og målarbeidet i institusjon er stemoderleg handsama. Ein påstand kan vera at behandlingsmål er gitt før barn/ unge vert klient ved institusjonen. Dette mellom anna avdi institusjonen baserar praksis på «tunge» teoretiske fundament med sterke innebygde føringar for måla. Vidare vil eg hevda at det i eindel samanhengar vert utarbeid behandlingsmål utan nok kunnskap om klientar sitt funksjonsnivå og samanhengen han eller ho lever i. Resultatet kan i verste fall vera at me manglar kunnskap til å formulera haldbare problemområde og hypotesar for behandlingsarbeidet. Målforskuvning kan lett verta eit anna resultat. Lokale referanserammer, lokal teori og ideologi gjev i dømet behandlingsmåla på førehand. Klienten sine veremåtar på grunnleggande nivå vert forsøkt tilpassa eksisterande normer for god og akseptabel framferd i institusjonen. Medan veremåtar på komplekst nivå kan hende vert tilpassa personalet sin teoretiske overbygning, kompetanse, røynsle og normer i ein lokal institusjons kultur.

Behandlingsmål vert i dømet utvikla på bakgrunn av andre faktorar enn klienten sine hjelpebehov. Ein kan mellom anna sjå kollektivisering, der det einskilde barnet vert underlagt gruppefungering, medan komplekse veremåtar vert tilpassa vaksenverdiar og normer som varierer frå institusjon til institusjon. Beskrivingane er sett på spissen for å kunna diskutera problemstillingar eg meiner har relevans for feltet. Korleis skal ein så kunna gjennomføra haldbarhetsprøving av mål ?

Det kan synast utfordrande i eit arbeid der kvardagsslitet tek overskotet som er. På andre sida må eit virke innafor eit felt som hevdar å vera fagleg, basera praksis på eit minimum av beskriving for å hevda legitimitet.

Det eksisterer ikkje ein minimumsstandard for kva klientar har rett på å få som behandling i bup- institusjonen i 1995/ 96. I røynda får klientar ulik behandling,

avhengig av kven dei møter, kva for teori som er mest populær, kven som eig "sanninga" ved institusjonen, eller korleis ein organiserer behandlingsarbeidet internt (Matre 1995).

Om skildringane er i nærleiken av sanning reiser det fleire etiske spørsmål kring behandling. Nokre bør handla om behandlingsmål og faktorar som påverkar målarbeidet.

Kapittel 2

Målteori

2.1 Mål

Å få meir kunnskap om mål sin natur, om systematisk målarbeid, om kartleggingsrutinar og om systematisk evaluering av måloppnåing er viktig for å utvikla behandlingsarbeidet i institusjon (Weist, Ollendick & Finney 1991; Kazdin 1994). Føremålet med oppgåva er mellom anna å skildra og drøfte faktorar som ligg til grunn for forsvarlege behandlingsmål og forsvarleg målarbeide i barne og ungdomspsykiatriske behandlings-institusjonar.

Temaet er lite problematisert i litteratur for BUP - institusjonen. Området er grundigare handsama i til dømes litteratur som rettar seg mot arbeid med psykisk utviklingshemma, skuleverket og mot organisasjonar (sjå t.d Reichelt & Skjerve 1983; Rønning 1983; Locke & Latham 1990; Kazdin 1994).

Søkeorda behandlingsmål, målarbeid og empirisk haldbarhetsprøving på databasane Psyclitt og Medline for åra 1986 til 1994, gav 92 funn. Fire av dei aktuelle artiklane problematiserer og drøftar empirisk og sosialt hald i behandlingsmål. I same vart periode det publisert meir enn 10.000 artiklar om evaluering av terapeutisk verksemd.

Behandlingsarbeidet har i dei siste 30 åra hatt ei rivande utvikling. Auka kunnskap om behandlingseffekt og meir aksept mellom ulike teoretiske retningar har prega deler av utviklinga siste tiåret. Det vert mellom anna slege fast at teori aleine ikkje er nok for å hjelpa klientar. Studier har dokumentert at ulike teoretiske tilnæringsmåtar, mellom anna til barnedepresjon, syner liten skilnad i effekt (Bergin & Garfield 1994, s. 823).

Lambert & Bergin (1994) drøftar fenomenet og konkluderar med eit sitat frå Alice in Wonderland; *"Everyone has won and all must have prizes"* (s. 156).

Det synest å råda semje om at terapeuten sjølv, den terapeutiske relasjonen, problembilete hos klientane, differensiering i tilnæringsmåte, klare rutinar og prosedyrar i arbeidet er viktigare faktorar for kvalitativt god behandlingsarbeid (Orlinsky, Grawe & Parks 1994).

I tillegg er det hevda at endring hos klientar i barnepsykiatrisk behandling hovudsakeleg er kognitiv, og at endring over tid er avhengig av effektive prosedyrar som medverkar til å overføra kunnskap og nye framgangsmåtar i samhandling til nærpersonar (ibid. s. 828).

Målhistorikk

Kunnskap om mål og målarbeid er resultat av ein etablert forskningstradisjon innan motivasjonspsykologi, organisasjonspsykologi, sosial - kognitiv teori og læringsteori (Locke & Latham 1990; Bandura 1977, 1986; Campbell 1991; Kazdin 1994).

Historisk har målteori både eit akademisk og praktisk, - klinisk utgangspunkt.

Moderne teori om behandlingsmål, mål sin natur, målretta oppgåveløysing og arbeid hentar store delar av underlaget sitt frå feltet sosial - kognitiv psykologi.

Locke & Latham (1990) seier at ein innafor målteori trur at

dei mål mennesker har i høve til ei oppgåve verkar både på kva dei vil gjera og kor bra dei kjem til å gjera den (s. 6 - eiga oversetting).

Vidare hevdar forfattarane at målteori

spesifiserer faktorane som virkar inn på mål og deira relasjonar til handlingar og utførelse (ibid. s. 6 – eiga oversetting).

Innan evaluering av psykiatrisk behandlingsarbeid (også andre områder som til dømes soailt arbeid er prøvd ut) har ein dei siste 30 – åra utvikla ein skala for måloppnåing og utbytte av behandlinga som vert gjeve (Kiresuk 1994). Goal Assesment Scaling – GAS. Metoden er i første rekke utvikla for, og set fokus på utbytte av dei tenestane som er gjeve. Sjølv om skalaen hovudsakeleg vert brukt som

reidskap for å evaluera effekten av hjelpa den enkelte får eller har fått, kan den i høgste grad fungera som eit verdfullt hjelpemiddel i arbeidet med mål innafor mange og ulike tenesteytande områder.

Presisering

I oppgåva har eg ikkje brukt tradisjonelle målomgrep som kort og langsiktige, hovud og delmål. Dette avdi eg ønskjer å gjere ei avgrensing mot tradisjonelle omgrep knytta til mål og arbeidet med mål i seg. Det norske ordet mål kjem av det gamalnorske ordet mål som tyder storleik, dimensjon eller mengd som er oppmerkt (Nynorskordboka 1986).

Locke & Latham (1990. s. 8) skiller mål frå til dømes intensjon, hensikt, ønsker og motiv. Dette avdi dei ser mål som slutten av ei handling eller utføringsrekke delvis skild frå atferda knytt til målet i seg. Dette er, slik eg forstår det, ein definisjon knytt til undersøkingsmetodane i deira arbeid. Dei peikar samstundes på at mål, intensjon, hensikt, ønsker, motiv og til dømes avslutta oppgåve vert brukt omeinannan, men at dette kanskje ikkje alltid er like hensiktsmessig.

I oppgåva brukar eg derfor mål som eige omgrep for uttalte (skildra) veremåtar/tankar og følelsar som personar har slutta seg til.

I engelskspråkleg behandlinglitteratur brukar ein omgrepa "target" og "goal," som kvar for seg skildrar endringsmål på ulikt vis.

"Target," som mellom anna tyder blink, kan ein forstå som høg grad av presisjon mot eit bestemt og spesifikt mål (Webster 1979, s. 1866). "Goal" er på andre sida ei rett line som markerar slutten av ei tevling (ibid. s. 782) der krysningpunktet på lina ikkje er viktig. I engelskspråkleg behandlinglitteratur knyt ein ofte omgrepa saman med ordet "task". Omgrepet kan omsetjast med "eit stykke arbeid" eller "ein arbeidsoperasjon" (op.cit. s. 783). I litteraturen konkretiserer omgrepet det personen må gjera for å nå bestemte mål.

Det vert altså operert med grader av spesifisering med omsyn til mål og målatferd. Det engelske omgrepet «goal» skildrar mål for heile behandlinga og vert omtala som behandlingsprogrammet, medan "targetbehavior" konkretiserer veremåtane som er i fokus for endring.

"Task" er åtferd konkretisert steg for steg for å nå målet (sjå Kazdin 1994, s. 60).

"Taskanalysis" er mellom anna terapeuten sitt arbeid med å utvikla program mål til avgrensa, spesifikke og endringsmoglege veremåtar (ibid. s. 62). Omsett til norsk kan program mål, behandling mål (goal), handling mål og individuelle mål (targetbehavior som operasjonaliserte veremåtar) og målarbeid (taskanalysis) verka fornuftig.

Ei avklaring

Det er viktig å skilja mellom arbeidet med behandling mål og målstyring som metode

Målstyring er metodar retta mot oppgåver og personell i organisasjonar. Her er mellom anna driftsmål definert gjennom budsjett, produksjonsstorleikar ellere til dømes kvotar. Desse er i hovudsak eksterne målfaktorar.

Mål i terapi er avgrensa og individspesifikke beskrivingar av veremåtar, tankar, fysiologiske responsar og miljøfaktorar som vert forsøkt endra (Weist, Ollendick & Finney 1991, s. 515). Desse er både eksterne og interne faktorar personane sluttar seg til og har eit medvite forhold til

Målarbeid er i ein slik samanheng skildra som ein detaljert operasjonalisering og definisjonsprosess. I praksis arbeider terapeuten mellom anna med å innhenta, bearbeida, tydeleggjera, problematisera, dela opp og prioritera informasjon. Arbeidet kan resultera i spesifikk skildring av veremåtar som tydeleggjer problem og symptomlette, betra livskvalitet, auka prososial fungering og til dømes betra skulefaglege dugleikar (Ollendick & Green 1990).

Kazdin (1994, s. 65) peikar på kor viktig det er å spesifisera i detalj kvart delområde der kor meir overordna mål skildrar heilskapen i måloppnåinga (til dømes auka

livskvalitet, betra sosial fungering med meir). Dette er viktig mellom anna avdi overordna mål ofte vert oppfatta ulikt av ulike personar (til dømes lærar, føresette, søsken med fleire).

2. 2 Mål sin natur

Mest all menneskeleg åtferd er målorientert og målretta. Mål som motivasjonsfaktor for menneskeleg åtferd er breidt skildra innan forskning. Det er empiriske haldepunkt for å hevda at spesifikke, utfordrande mål, om personen har akseptert og forplikta seg til dei, fører til høgare prestasjonsnivå enn om mål er enkle, eller skildra som «gjer ditt beste» mål (Klein, Whitener & Ilgen 1990; Wright 1990; Tubbs & Dahl 1991, Tubbs 1993).

Mål sin natur kan ein dele i to sentrale dimensjonar, som kvar fortel noko om sider ved dei i seg sjølv.

Hovuddimensjonar

Innhaldsdimensjonen (1) refererer til resultatet eller hensikten med mål, beskrive som faktiske og fysiske storleikar, som konkretiserer endring i seg seg sjølv som eit fysisk (handlande) uttrykk. Medan **intensitet** (2) refererer til kor viktig målet er for personen og til innsatsen ved å utforma, etablere og forplikta seg til mål. Deltaking og forplikting utgjer saman med innsatsen ved å utarbeide mål, intensitet (sjå Locke & Latham 1991, s. 26). Å tena pengar for å kjøpa eige hus er eit mål for mange. Innhaldet refererer til resultatet av bestemte handlingar og til reelle og materielle storleikar. Å oppleve meir eller mindre intensivt ønsket om å kjøpa huset varierar frå draum til nøye planlagd handling. Intensiteten kan i slike tilfeller til dømes vera ein indikator for kor høgt personen er motivert til å gjennomføra prosjektet.

Deldimensjonar

I behandlingsarbeidet er det avgjerande å ta omsyn til dei to hovuddimensjonane. Mål i endringsarbeid må ha ein storleik, og dei må vera viktige for personen dei gjeld for (Locke, Latham, Shaw & Saari 1981).

Ut over hovuddimensjonane er deldimensjonar ved mål beskrive og funne viktige for arbeidet med endra veremåtar (sjå mellom anna Locke & Latham 1990; Kanfer & Goldstein 1980).

Kazdin (1994) refererer til Wolf (1978), som set fokus på sosial kontekst i høve til behandlingsforskning kring mål og tiltak. Tre spørsmål er oppsummert som viktige for å sikra sosial hald i mål, tiltak og problemstillingar i høve til forskning;

- Er måla i behandlingsprogrammet relevante for klientane sitt kvardagsliv?
- Er intervensjonsprossedyrane (tiltak) akseptable for brukarane, og for samfunnet i heilskap?
- Er utbytte av intervensjonane (endringane) viktige, og fører dei til endring i personane sitt kvardagsliv ? (Kazdin, 1994 s. 397, eiga oversetting).

Deldimensjonane bør på same viset sikrast sosial og kvardaglivsrelevans.

Dimensjonen **(1) spesifikke versus globale mål** problematiserer spesifisering og klårheit versus "gjer ditt beste" mål.

(2) Utfordrande versus enkle mål problematiserer behovet for at mål utfordrar til innsats og samstundes er tilpassa den einskilde sitt funksjonsnivå.

(3) Forpliktande versus ikkje forpliktande behandlingsmål, problematiserer det viktige i at brukarar sluttar seg til og forpliktar seg til endringsmål (endringsarbeidet).

(4) Samansette versus enkle mål problematiserer at ein bør arbeida med samansette veremåtar (til dømes sosial framferd/ dugleikar) som aukar moglegheitene for positive sosiale sanksjonar i dei fleste situasjonar utafor behandlingssituasjonen.

(5) Realistiske versus urealistiske mål fokuserer på moglegheitene for å nå mål utfrå tilgjengelige rammevilkår, metodar og tilpassing til den einskilde personen.

(6) Relevante versus ikkje relevante mål problematiserer om mål har bakgrunn i verkelege problem og endringsområde eller til dømes i teori eller ideologi.

(7) Nærmiljø- harmoniserte (tilpassa) versus institusjonsspesifikke mål problematiserer mellom anna samordning og avstemming av mål med sosial kontekst, for å auka moglegheitene for overføring av behandlingseffekt.

(8) Aldersdifferensierte versus standardiserte mål problematiserer mellom anna omsynet ein må ta til alder og set lys på ukritisk import av målformulering frå andre aldersgrupper enn den ein faktisk arbeider med.

Dei siste dimensjonane er særleg interessante på bakgrunn av nyare forskning, som har vist at ein må ta omsyn i høve til barn og unge som særskilde populasjonar. Det syner seg mellom anna at terapeutiske program for til dømes å øva sjølvkjensle/sjølvtru (assertiveness) hos barn, for det meste er retta mot sjølvhevdning. Trening er her gjerne basert på målformuleringar for vaksenpsykiatriske klientar som er lite føremålstenlege for barn og unge. Funn fortel mellom anna at dugleikar i å observera samanhengar, evne til å tilpassa eigne reaksjonar og evne til å vurdera andre si fungering fungerer betre og gjev meir varig effekt over tid. På denne bakgrunnen peikar fleire forfattarar på kor viktig det er å tilpassa mål til alder, individet sitt funksjonsnivå, og til familiære, sosiale og kulturelle tilhøve (sjå Horstmann 1988, s. 144; Weist & Ollendick 1991, s 125).

Med bakgrunn i Stortingsmelding 25 (1996-97) er det freistande å leggja til ytterligare ein dimensjon knytta til brukardeltaking og brukarstyrking i behandlingssituasjonen. **(9) Brukarstyrte versus terapeutstyrte mål** som reiser problemstillingar kring viktige områder som brukardeltaking, medverknad, tilslutting, forplikting og moglegheit for kvalitetssikring av tenestane i eit brukarperspektiv.

Andre viktige vilkår for å nå mål

Locke & Latham (1990) peikar på at spesifikke mål har "større effekt" i endringsprosessar enn globale - "gjer ditt beste" mål. Det er vidare hevda at mål i tillegg til å vera spesifikke må vera utfordrande for personane dei gjeld, og at kombinasjonen av spesifikke og utfordrande mål synest å ha størst effekt i høve til måloppnåing (sjå mellom anna Wright 1990; Klein, Whitener & Ilgen 1990; Campell 1991; Johnson & Kanfer 1992).

Andre vanlege vanskar og utfordringar knytta til mål og arbeidet med å "skalera" dei innan behandlingsarbeidet er av Smith (1994) hevda å vera bruk av sjargong og teknisk (fag) språk i formulering av dei. Overlappende mål (dei er for like og vert vurdert saman med andre mål) og uklære mål (vaghete) utgjer og til vanleg ei stor utfordring i den kliniske kvardagen (ibid. s. 10).

Som mellomliggande variablar synest forplikting til mål og deltakarstyring i målprosessen å vera viktige for måloppnåing (Locke & Latham 1991, s. 131; Tubbs 1993 s. 86).

Cardillo (1994) skildrar med bakgrunn i behandlingsarbeid ulemper og fordelar med at personen måla gjeld for, formulerar dei sjølve eller ikkje. Forfattaren hevdar mellom anna at tilstanden personen er i og kva for vanskar som er knytta til situasjonen (til dømes rusavhengighet, forvirring og desorientering) bestemmer om personen kan setta mål sjølv eller ikkje. Å forhandla seg fram til mål (forhandling mellom brukar og hjelpar) er hevda å vera utfordrande og tidvis vanskeleg, men den beste framgangsmåten for å sikra forplikting og deltaking i målprosessen. Suksesskriteriet for arbeidet med slike mål er at klienten er aktiv deltakande i høve til målarbeidet og måla og samstundes har klårt for seg og er samd med utbyttet måla skildrar (ibid. s. 41).

Locke & Latham (1990, s.213) drøftar og menneske sin måte å tenka og løysa problem på. Tilhøvet mellom den «personlege dimensjonen» og «måldimensjonen» er oppsumert som kritisk i høve til måloppnåing (op.cit s. 217). Dette kan til dømes vera at personar har for vane å setta vage eller spesifikke mål, om ein er realistisk,

om ein formulerer meningsfulle eller meningslause mål, og om ein er villeg til å knytta handlingsstrategiar til målspesifiseringa for å nå dei eller ikkje (ibid. s. 11).

2.3 Barn og miljøet - konsekvensar for forsvarlege behandlingsmål

Heimemiljøet med skule og fritid er dei mest sentrale arenaer der barn og unge lærer og utviklar seg sosialt, kunnskapsmessig, kjenslemessig og fysisk.

Interaksjonsmønstra på desse arenaer legg oftast grunnen for barn og unge sin samla kompetanse (Radke - Yarrow 1991; Lerner, Hess & Nitz 1991; Pancoast 1992; Ogden 1995).

Kompetanse og sosial meistring

Generelt kan ein seia at barn og unge sin kompetanse er knytta til tilpassing, utvikling eller meistring av nye og belastande situasjonar (Lerner 1986). Graden av sosial støtte, meistring og sosial kompetanse er beskrive som psykososiale determinantar i høve til utvikling av psykopatologi (Dalsgaard 1992; Peterson 1991; Ogden 1995). Kompetanse vert såleis på den eine sida vurdert å gje vern, og på den andre sida vera risiko ved mangel.

Ogden (1995) seier at ein grovt kan dela sosial kompetanse i :

A) Empati, sosialt kjenslevare veremåtar og desentrering, det vil sei evner og dugleikar i å leva seg inn i andre sin situasjon, sjå situasjonar frå andre si side, visa omtanke og respekt.

B) Pro - sosial meistring, det vil sei å vera spontant hjelpsam og høfleg utan at det er knytta eigennyte til å utføra handlingane.

C) Relasjonsdugleikar, det vil sei å knyta kontakt og venskap, med til dømes tillit, nærleik og evne til å knytta seg til andre, og andre til seg.

D) Sosial kommunikasjonsmeistring, det vil sei å kunna kommunisera tydeleg når ein til dømes tek initiativ og når ein reagerer på andre, og å kunna løysa konflikhtar som oppstår i samkvem med andre.

E) Problemløysingskompetanse, det vil sei å kunna bidra til løysing av konflikhtar i samkvem med andre, å kunna setja realistiske mål, å forstå og leva med at ein til dømes må ta eitt steg i gangen med meir

F) Sjølvkontrollmeistring, d.v.s å kunna regulera tilhøvet mellom kjensler og åtferd, og kalla impuls kontroll. Sjølvkontroll vil for barn og unge til dømes vera å gradvis bringa kjensler under språkleg og intellektuell kontroll.

G) Sjølvhevdning, det vil sei at barn og unge markerer seg sosialt, gjev uttrykk for eigne meiningar, også når dette til tider går mot det andre hevdar. Sjølvhevdande veremåtar er eit viktig steg på vegen mot uavhengige og sjøvstendige vaksne. Punkta a - g oppfattar eg som særst viktige mellomliggande faktorane for å sikra og halda oppe mellommennskeleg samspel.

I tillegg er **kunnskapskompetanse**, det vil sei å til dømes meistra fag (lesing, skriving, rekning, o- fag m.m i skulen), og å overhalda krav skule og barnehagestrukturen set, viktig å meistra (ta imot instruksjonar, konsentrera seg, følga reglar, gjera lekser, finna plassen sin i klasserommet med meir).

Overføring av kompetanse mellom arenaer

I kvardagslivet sine samansette sosiale situasjonar ligg potensiale for generalisering og til å halda ved lag endring i veremåtar ein til vanleg ikkje finn i terapeutiske samanhengar (Rønning, 1995, s. 15).

I endringsarbeidet bør ein rutinemessig arbeida for at innhaldet i mål gjev moglegheit for støtte til klienten sine varig endra veremåtar i naturlege miljø (Stokes & Baer 1977, s. 353; Ollendick 1986, s. 554; Bandura 1986, s. 257; Moynahan 1987).

Studiar syner at nokre av dei viktigaste faktorane for vellukka endringsarbeid er at nærpersonar rundt "klienten" har dugleikar til å administrera støtte til "nye" og endra veremåtar (Peterson, 1991; Kazdin, 1994; Rønning, 1995). Ein bør difor ta omsyn til nærpersonar og nærmiljøet si viktige rolle i utforming av mål.

I praksis inneber det mellom anna at ein involverer personar i nærmiljøet og tek inn nærmiljøkunnskap i institusjonen. Slik kan ein mellom anna sikra sosial tilslutting og forplikting til behandlingsmål. Individuelle mål bør i denne samanhengen difor og ha høg sosial verdi. Opplæring og rettleiing av nærpersonar i klienten sitt miljø er vidare hevda å vera naudsynt for at overføring av behandlingseffekt mellom arenaer finn stad (Stokes & Baer 1977; Bandura 1986, s. 256).

2.4 Framgangsmåtar i forsvarleg målarbeid

Innleiingsvis er det hevda at forsvarleg målarbeid i behandling kviler på tre hovudfaktorar. Den eine er utgreiing av barn og unge sitt funksjonsnivå og samanhengen dei lever i (sosial/ familiær og kulturell kontekst). Den andre er rammevilkår i organisasjonen med omsyn til struktur og rutinar for å gjennomføra behandlingsarbeidet. Den tredje er kunnskapane hos terapeutane innan terapeutisk problemløysing og dugleikar i å ta avgjersler.

Kartlegging og utgreiing

Kartlegging og utgreiing er lite, eller mest ikkje problematisert i litteratur innan det norske BUP - institusjonsfeltet. Direkte observasjon, terapeuten si oppsummering av samver med klientane og informasjon frå samtalar, er beskrive som sentrale metodar for å få informasjon om klientar si fungering (sjå Vedeler 1973; Larsen & Selnes 1975; Grønvold 1992).

Enkle dagleglivsdugleikar og rutinemestring i institusjonskvardagen er mellom dei hyppigaste registreringsområda (Emmery & Marholin 1976; Horne & Øyen 1991).

Standardiserte kartleggingsinstrument, som til dømes testar og sjekklister er i liten grad oppmuntra til bruk og beskrive for institusjonsarbeidet. Det verkar som om det ikkje er etablert ein tradisjon med omsyn til kartlegging utover «det enkle og rutinemessige». Om me vender oss til litteratur er kartlegging og utgreiing gjeve stor plass (sjå til dømes Sattler 1992).

Breidt samansette multimetodiske utgreiingar er hevda å vera:

ein utforskande, hypotesetestande prosess for å forstå ein bestemt klient, ei gruppe eller sosiale samanhengar med omsyn til å formulera og evaluera spesifikke behandlingsstrategiar

(Ollendick & Greene, 1990, s. 403, eiga oversetting).

Skal ein følgja opp dette i institusjonen, bør ein ta i bruk multimetodisk tilnærming med reliable og valide metodar i kartleggingsarbeidet.

Ollendick & Green (ibid. s. 404) skildrar fem sentrale omsyn ein bør vurderer metodar i kartleggingsarbeid med barn og unge langs:

- 1) Barn og unge er ein spesiell populasjon, dvs. at utgreiingsinstrument må vera standardisert på barnenivå
- 2) Barn og unge utviklar seg raskt, dvs. at utgreiingane må vera sensitive for aldersskilnader og utviklingsfart
- 3) Barn og unge si utvikling må setjast i samanheng med den konteksten dei lever i (familie, kultur og fritid), det vil sei at funksjonsnivå alltid må vurderast i sosial - økologisk samanheng
- 4) Multimetodisk tilnærming bør sikra større moglegheit for å kartlegga fleire målatferder slik at tiltak kan rettast mot samansette område i endringsarbeidet.
- 5) Ein må velga kartleggingsmetodar som tilfredsstillar krav til å vera empirisk haldbare, det vil sei visa tilfredsstillande validitet og reliabilitet.

På bakgrunn av punkta framføre er det mest sannsynleg grunn til å stilla høgare krav til utgreiingsmetodikken i institusjonen. For å få eit breiast mogeleg bilete av barn og unge si fungering bør ein i institusjonen ha kartleggingsrutinar for minimum å kartlegga språk, kognitive funksjonar, problemområder, ressursar, sosial tilpassing, sosiale veremåtar, skulefungering og somatikk. I praksis kunne ein til dømes ta i bruk sjølv rapportar, sjølvmonitorering, intervju, rapportar frå andre, testar og sjekklister. Ei rekkje standardiserte testar og utgreiingsmåtar med tilfredsstillande validitet og reliabilitet er mogelege å bruka, og burde kanskje i større grad vore

naturleg del av «utgreiingsbatteri» ved institusjonen. (Perlman & Kaufman 1990; Sattler 1992).

Organisatoriske vilkår

Måten behandlingsorganisasjonen fungerer på, er hevda å vera avgjerande for gjennomføring av den miljøterapeutiske arbeidsprosessen (Larsen 1985).

Behandlingsarbeidet er i denne samanhengen mellom anna beskrive som administrasjon av ein fagleg prosess (sjå Clark 1973, s. 63). Behandlingsheimane er underlagde Lov om psykisk helsevern av 1961, og Lov om sykehus av 1969.

Helsetilsynet og Sosialdepartementet er overordna statleg organ for tenesteytinga i institusjon.

I ”Nasjonal startegi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten” heiter det at:

”Helsetenesten har ansvar for å sikre og dokumentere at virksomheten utøves i samsvar med krav i lover og forskrifter. Lov om statlig tilsyn med helsetjenester er med virkning fra 1.1. 1994 endret. Paragraf 3 lyder nå som følger” :

Enhver som yter helsetjenester skal etablere internkontrollsystem for at virksomheten og tjenester planlegges, utføres og vedlikeholdes i samsvar med allment aksepterte faglige normer og krav fastsatt i medhold av lov eller forskrift (s. 7).

Eit minimum kan til dømes vera at ein ved institusjonen har rutinar og prosedyrar for:

- a) Tilvising - korleis
ein handsamar og avklarar tilvisingar
- b) avklaring
- korleis ein internt avklarar oppdrag, med tidsfristar for tilbakemelding til tilvisande instans, føresette og klienten sjølv

c) inntak

- dokumentasjon av klientopplysningar og situasjonskriterier (alder, kjønn, føresette sin sosioøkonomisk status, etnisk tilhøyrihet, språk, skule/ arbeidssituasjon, livssituasjon og fungering).
- førstesamtale og anamneseopptak
- å etablere samtykke, inntakskontrakt med føresette og klienten sjølv.
- å sikre deltaking i kartlegging, brukarundersøking og etterundersøking.
- å gjennomføre praktisk inntak
- å sikre medverknad og deltaking frå dei det gjeld i form av kontrakt og informert samtykke

d) kontrakt

- å starte opp behandlingsarbeidet
- å avklare forventning
- å spesifisere ansvar og forplikting
- å spesifisere kva for oppgåver kvar og ein har forplikta seg til i behandlingsarbeidet
- å skilje mellom inntak, behandling og overføringsarbeid i kontrakten

e) behandlingsstart

- å «bli kjend med» klienten gjennom til dømes samtalar, registrering av samspel med andre barn og vaksne
- å kartlegge klient/ føresette sitt funksjonsnivå og plager innan alle områder
- somatisk undersøking
- å kartlegge samspel og interaksjon i heimemiljø

f) behandling

- å kartlegge, identifisere, beskrive og problematisere problem og ressursområde som mål skal formulerast på bakgrunn av, og tiltak rettast mot.
- å etablere evalueringskriteriar som kan visa effekt av behandling.

- å redefinere kontrakt med eigne punkt for målharmonisering med nærmiljø og forpliktande utprøving av tiltak i nærmiljøet. - å sikra brukardeltaking som ein kontinuerlig prosess

g) avstemming

- samarbeidet med foreldre og føresette og andre samarbeidspartar beskrive i kontrakt med avtalefesta tidspunkt og intervall for foreldresamtalar, familiararbeide, ansvarsgruppemøte og til dømes rettleiing på heimstadskulen.
- å sikra overføring av behandlingseffekt til nærmiljøet med evaluering av tiltakseffektar i nærmiljøarenaer (skule, heim og fritid).

h) overføring

- å overføra behandlingseffekt til dømes ved å involvera nærpersonar og ved deira deltaking prøva ut, og tilpassa tiltak i heimemiljøet som har vist effekt i institusjonen eller i institusjonsskulen.

i) avslutning

- å avslutta kontrakt og skriva epikrise.
- å delta i tilfredshetsundersøking med til dømes påminning om deltaking i etterundersøking eitt til to år etter avslutta behandling.
- å undersøka om barna/ dei unge er blitt høyrte og om dei og deira føresette har delteke i og hatt styring med behandlingsprosessen på ein for dei positiv måte.

Miljøterapi er, som me ser, sett saman av milepelar frå innskriving til utskrivning. Spesifiserte arbeidsoperasjonar under kvar milepel kan vera med på å klargjera minstestandarden tenesta skal yta. Prosedyrane og rutinane bør støttast administrativt med oppfølging i til dømes møter, i opplæring som vert gitt og i vegleiing ein mottek. Enkle prosedyrar for kontroll og aktiv leiarstøtta saman med brukardeltaking kan fungera som korreksjon og oppfølging i arbeidet.

Terapeutisk problemløysing

Terapeutisk problemløysing er på den eine sida skildra som dugleikar i å beskriva, analysa, utforma problemområde, prioritera mellom problem, utforma mål, beskriva og gjennomføra tiltak og evaluera arbeidet (sjå Rønning & Thorsen 1983, s. 516; Ollendick 1986; Schwartz 1991).

På den andre sida er terapeutiske dugleikar, som involverer problemløysing, skildra som personleg kompetanse der verdiar, haldningar og erfaring hos den einskilde spelar ei stor rolle (Skovholdt & Rønnestad 1992; Schön 1991).

Slik er dugleikane på den eine sida knytt til noko strukturelt og fagleg, og på den andre sida til ein personleg dimensjon.

Problemløysingsprosessen fører mellom anna til at miljøterapeutar tek mange små og store avgjersler på fleire nivå. Miljøterapeuten løysar problem, står ovafor avgjersler og nyttar «terapeutiske dugleikar» på minst fire nivå. Det første nivået er i dagleg samhandling med klienten. Det andre er i mindre organisatoriske samhengar internt på institusjonen, som til dømes miniteam og arbeidslag (familie, miljø og skulekontakt). Det tredje er i større organisatoriske samhengar som interne møter (til dømes behandlingskonferanse eller staff). Det siste er samarbeidsnivået med sentrale personar utafor institusjonen.

Schwartz (1991) hevdar at terapeutar er utsett for vurderingsfeil når ein evaluerar til dømes testdata og avgjersler vert tekne. Det skuldast til dømes usikre informasjonar om klientane. Ein følge er uvisse med omsyn til prediksjon av tiltakseffektar (s.212).

Dette er utdjupa og understreka av Dawes (1994) som mellom anna hevdar at

In a majority of situations, an individual's past behavior is the best predictor of future behavior. That doesn't mean that people are incapable of changing. Certainly many of us do, often profoundly. What it does mean is that no one has yet devised a method for determining who will change, or how or when. Professional psychologists cannot predict that (s. 105).

I arbeidet er terapeutar avhengig av støttetiltak for å unngå dei mest kritiske feil. Samstundes bør ein arbeide ulikt med dugleikane avhengig om det er den faglege dugleiksdimensjonen eller den personlege dimensjonen ein set i fokus for utvikling og vedlikehald over tid.

Den faglege dimensjonen kan ein t.d sikra gjennom prosedyremanualar, tilgjengeleg empiri, administrative rutinar og til dømes kvalitetssirkular.

Dawes (1994, s. 76) hevdar mellom anna at systematisk arbeid med feilkjelder knytt til vurdering (judgement) og avgjersler må vera tufta på valid vitenskapleg teori og systematisk evaluering av kor haldbare vurderingane og avgjerslene faktisk er (ibid. s. 27).

Medan den personlege dimensjonen (livslang læring) i større grad vil vera avhengig av refleksjon og vegleiing. Begge formene vil ha betra terapeutisk problemløysing som mål, og begge formene er oppsummert som effektive støttetiltak (Schwartz 1991, s. 212; Skovholdt & Rønnestad 1992; Bergin & Garfield 1994, s. 825; Dawes 1994; Rønning & Fyhn 1996).

2.5 Praktiske utfordringar i målarbeid

Miljøterapeutar står overfor mange utfordringar i arbeidet med mål, mellom anna å formulera konkret nok det ein skal gjera i endringsarbeidet. Ut frå eiga røynsle er ikkje spesifiserte mål, med konkretiserte veremåtar, vanleg i institusjonen. Særleg gjeld dette for mellomliggjande veremåtar (sosiale) som sikrar sosial meistring. Det er heller ikkje vanleg å spesifisera endringsmål for personar rundt barnet eller den unge.

Konsekvensane vert kan hende at tiltak er formulerte på bakgrunn av generelle programsmål som til dømes "betra skulefaglig fungering."

Slike globale mål resulterer ikkje sjeldan i målforskuvning avdi innhaldsdimensjonen er vag (sjå Horne & Øyen 1991).

Larsen & Nytrøen (1987) undersøkte målspesifisering i ein skule for psykisk utviklingshemma, ved å kategorisera mål etter følgjande fire kategoriar; (1) generelle mål, (2) spesifikke mål, (3) delmål og (4) mål ikkje spesifiserte. Dei fann at kategoriene (1) - generelle mål og (4) - mål ikkje spesifisert, utgjorde 75 prosent i deira undersøkjing.

Visjonar - organisasjonen

I organisasjonar skildrar visjonar kva verksemda arbeider for å nå, og kva medarbeidarane sluttar seg til. Visjonar tek ofte utgangspunkt i idealer og skisserer til dømes kven ein arbeider med og kva brukarane kan forvente å få som tilbod. Eit døme kan vera; «Institusjonen arbeider med miljø, familierapi og tilrettelagd skule for å betra samspel, redusere problem og auka livskvalitet hos barn og føresette i ein nærmiljøsamaheng.»

Programsmål - empirisk grunngjevne mål

Litteratur skildrar mellom anna behandlingsopplegg retta mot definerte problematikkar, aldersgrupper og kulturar (Garfield & Bergin 1994; Kazdin 1994). Behandlingsprogramma har gjerne overskrifter som «utvikling av sosiale veremåtar» eller til dømes «utvikling av lese - og skrivedugleikar.»

Desse målsettingane kallar eg programsmål, eit omgrep lånt frå engelskspråkleg litteratur. Programsmål refererer til psykologisk - pedagogiske tiltak som har vist effekt i terapi og opplæring av til dømes sosiale dugleikar som sjølvhevding, betra fungering i klasserom, styrka sjølvbilete eller til dømes betra lese og skrive-dugleikar med meir. Programmåla er upersonlege, og fortel kva for behandlingsprogram ein kan nytta overfor bestemte problematikkar (til dømes barnedepresjon).

Behandlingsmål - harmonisering av mål til behandlingssituasjonen

Behandlingsmål er endringsområde hos klienten eller hos nærpersonar, der tid og situasjon er avgrensa med omsyn til situasjon, opplæring, trening og terapi. Det kan til dømes vera at ein ungdom er i eit spesielt tiltak som ut frå sine rammer har faste og på førehand definerte mål som personen skal nå (Nattrud 1992).

I framstillinga gjev eg behandlingsmål fire hovudkjenneteikn;

- a) personane som er involverte i endringsarbeidet er spesifiserte, til dømes foreldre/ føresette og heimstadskulelærar.
- b) endra veremåtar hos personar er konkretiserte, til dømes å stå opp, rydda rommet, smøra eigen niste, kunna ta imot beskjedar frå foreldre/ føresette, arbeida sjølvstendig med lekser, auka dugleik i å forstå konsekvensar av eigne veremåtar, gjera eigne val, vurdere eigen innsats på ein realistisk måte og til dømes forstå eigen medverknad i sosial situasjonar.
- c) situasjonar endringa skal ha verknad for er spesifiserte, til dømes heime i vekke og lekkesituasjonen, på skulen, i klasserommet, friminutta og i andre sosial samhandlingsarenaer med vener.
- d) måla er avgrensa i tid, til dømes ved at tiltak for å nå mål er avgrensa til å gjelda i eit på førehand definert antal veker.

Innhald er tydelegare på behandlingsmålnivå. Ein kan med det gå ut frå at intensiteten og er høgare, avdi måla skildrar og definerer veremåtar, resultat, involverte personar, situasjonar og avgrensar tid. I tillegg kan behandlingsmål vera knytt til insentiv eller materielle forsterkarar. Storleik i mål er grovskissert i relasjon til situasjon, tid og til andre involverte personar i behandlingssituasjonen.

Behandlingsmål er harmoniserte både til institusjonen sine ressursar og rammevilkår, samt til forventningar og krav hos klient, føresette og samarbeidspartar.

Handlingsmål - harmonisering av mål til sosial kontekst

Handlingsmål er konkretiserte veremåtar tilpassa gjeldande norm i ulike arenaer,

som til dømes klasserommet eller konfliktsituasjonar heime. Handlingsmål konkretiserer akseptable og alternative veremåtar i situasjonar klienten og føresette skal fungera i. Utfordringane vert å tilpassa operasjonaliseringane til dei sosiale kontekstane klienten kjenner og fungerer i. Ein må mellom anna ta omsyn til alder og kultur. Først då vil målformuleringa vera sosialt haldbar med omsyn til krav og forventningar klienten møter i skule, fritid eller i heimesituasjon.

Handlingsmål er harmoniserte til sosiale situasjonar, og dei er rolle og aldersspesifikke handlingsbeskrivingar (sjå Kazdin 1994, s. 397).

Nærpersonmål - involvering av sentrale personar i klienten sitt nærmiljø

Nærpersonmål skildrar veremåtar hos viktige personar rundt barnet eller den unge i heimen, i skulen, i fritida og til dømes i institusjonen. Varig endra veremåtar hos barn og unge er avhengig av positive meistringsstrategiar hos personen sjølv og støtte frå andre personar i dei arenaer dei ferdast i (heimen, skulen og fritidsarenaen). Nærpersonmål er eit mellomnivå som tek omsyn til at barn og unge utviklar seg i samspel med viktige personar i ein lokal og sosial kontekst. Måla involverer og forpliktar betydningsfulle nærpersonar i endringsarbeidet.

Individuelle mål - spesifisering og harmonisering til person

Individuelle mål er spesifiserte veremåtar harmonisert til den einskilde sitt funksjonsnivå og hjelpebehov. Måla operasjonaliserer veremåtar i detalj, og spesifiserer framferd barnet eller den unge kan ta i bruk for å meistre lokale normer og sosiale krav.

Spesifikke individuelle mål, harmonisert til lokal kontekst, aukar moglegheitene for sosiale sanksjonar som held oppe veremåtar på tvers av situasjonar, personar og tid.

2.5.1. Arbeidet med å gjera globale program mål til individuelle endringsmål

I det føregåande er det sagt at program mål gjev retningsliner, rammer og alternativ med omsyn til kva for terapeutisk tilnærming ein bør bruka overfor avgrensa og identifiserte problematikkar. Ei utfordring i målarbeidet er å sikra involvering og forplikting ved at personen (ane) sluttar seg til måla som er formulerte. Det kan mellom anna skje ved å utarbeida konkrete nok brukar og nærpersonmål. Terapeuten kan t.d identifisera handlingsmål og arbeida for å harmonisere og spesifisera nærperson og individuelle målsettingar til dette målnivået. På dette viset vert mål handterlige, nyttige og viktige for dei involverte. Arbeidsprosessen syner ein innbyrdes samanheng mellom målnivåa. Overordna mål gjev føringar for arbeidet ved institusjonen.

Program mål er ei empirisk ramme om dei fire målnivåa ein arbeider med på individnivået, medan behandling, handling, nærperson og individuelle mål vert utvikla langs deldimensjonar som spesifisering, utfordring, harmonisering og involvering.

Framdrift

Framdrifta i terapeuten sitt arbeid er mellom anna å tilpassa globale mål, til meiningsfulle nærpersonar og individuelle målsetjingar. På det viset vert kan hende målarbeidet ein av dei viktigaste faktorane i behandlingsprosessen for å sikra at klientar og føresette får rett hjelp.

Tydeleg uttrykte og klare mål kan vera med på å sikra at brukarane vert aktive deltakarar og har verkeleg styring i behandlingsprosessen.

Oppsumert kunnskap syner at høg grad av spesifisering i mål resulterer i høg grad av involvering og forplikting hjå dei som skal utføra oppgåvene for å nå. Det syner seg og at høg grad av harmonisering i behandlingsmål til nærmiljøsamanheng sikrar høg

grad av involvering og forplikting både hjå nærpersonar og klienten .

Der er såleis grunn til å tru at forplikting til endringsarbeidet kan verta forstått som ein funksjon av at tilslutting og involvering er optimalisert gjennom høg grad av spesifisering, at mål er utfordrande og at mål er harmoniserte til person og situasjon.

2.6 Behandlingsmål og teoretiske retningar

To av dei mest markante teoretiske retningane innan miljøterapi, dynamisk psykoterapi og læringsteori, legg ulike premisser til grunn i målarbeidet.

Høstmark Nielsen & von der Lippe (1994), som representerer dynamisk psykoterapi, hevdar at ein enklast kan forstå retninga som "*enhver form for psykoterapi som bygger på dynamisk personlighetsteori*" (s. 21).

Dei hevdar at behandlingsmål alltid må vera tilpassa pasienten sine føresetnader og særlege behov.

Mål vert her avstemte etter seks hovudmoment;

(1) pasienten sine subjektive plager og symptom, (2) terapeuten sine vurderingar av den bakenforliggende psykodynamikk, (3) pasienten sine "jeg" ressurser og karakterutforming, (4) behandlingsmotivasjon, (5) pasienten sin aktuelle livssituasjon og (6) kroppslig helsetilstand (ibid. s. 34).

I prinsippet er målet for einkvar terapi innan retninga, å gjera det ubevisste bevisst. Gjennom prosessen kan personen utvikla eit meir modent og fleksibelt "jeg" som er i stand til å meistra konflikter på meir føremålstenlege måtar (op. cit. s.34).

Forfattarane oppsummerer hovudmålet i terapi med Freud sitt uttrykk; "Der det`et er, skal jeg`et komme" (s. 34).

Innan læringsteoretisk åtferdsanalyse er målatferd fokuset for endring. Ein har her vore spesielt oppteken av "målatferd" i seg, og vilkår knytt til behandlingsmål spesielt (Kazdin 1994). Det ser ut til at tidleg åtferdsanalyse legg spesiell vekt på å

identifisera, operasjonalisera og endra enkle måltferder (Emery & Marholin 1977; Ollendick 1986, s. 556). Med bakgrunn i nøyaktig registrering etter vitenskapleg standard, oftast med direkte observasjon som hovudmetode, utarbeida terapeuten forsterkningshierarki og omorganiserte desse slik at identifisert måltferd med stor visse vert endra. Emery & Marholin (1977) peikar på at terapeutar gjennom funksjonell analyse av individuell åtferd var i stand til å endra "myriadar" av enkle åtferder. Dei hevdar vidare at denne måten å arbeida på har ei baksida, mellom anna kollektiv programmering og manglande individualisering. Oppsummert hevdar forfattarane at ein i hovudsak arbeidde med måltferder som viste effekt for dei fleste klientar, uavhengig av tilvisningsgrunn, problem, alder, kjønn og individuelle skilnader. Fokus vart mellom anna sett på normative åtferder, på bekostning av individualisering og komplekse sosiale og kognitive veremåtar. Dette avdi enkle mål, som er lette å nå og samstundes enkle å visa endring i, passa godt med omsyn til dokumentasjon og publisering. Spesielt gjaldt det for terapiforløp med dokumentert suksess (ibid. s. 870).

Idealeleven for åtferdsanalytikaren vart:

ein elev som sit limt til stolen og held seg i ro ved pulten heile dagen, ser på læraren mestedelen av tida, eller i arbeidsboka, lar vere å ta kontakt med andre elevar, snakkar berre når han/ ho vert beden om det, lar vere å uroa nokon og går roleg i gangen. (ibid s. 861, eiga oversetting).

Dette vert utdjupa av Kazdin (1994) som peikar på at mål og i for lita grad har teke omsyn til kjønn og skuleprestasjonar. Måla kan oppsummerast i «barn med god god framferd og som er stille» (ibid. s. 400).

Slike beskrivingar av veremåtar kan, etter det eg forstår, ha fleire årsakar. I tidleg læringsteori vart til dømes ikkje tankar og kjensler rekna som målbare storleikar. Tankar og følelsar var ikkje direkte tilgjengelig for endring, anna enn ved endra åtferd i seg. Innan den funksjonelle forståingsramma vart åtferdstendensar freista kontrollert med ulike forsterkarar, der indre høve som personlege mål, hensikt, intensjon og "andre årsaker" til åtferd vart avviste som kontrollerande for personen

sine veremåtar, avdi det låg utanfor vitskapleg kontroll å kunna dokumentera (sjå til dømes Skinner 1953, s. 88).

Først etter relativt lang tid i praksisfeltet og innverknad frå til dømes sosial - kognitiv teori vert tankar og kjensler lagd vekt på innan læringsteori. Bandura (1986) seier mellom anna:

In the social cognitive view people are neither driven by inner forces nor automatically shaped and controlled by external stimuli. Rather, human functioning is explained in terms of a model of triadic reciprocity in which behavior, cognitive and other personal factors, and enviromental events all operate as interacting determinants of each other. (s. 18).

I sosial - kognitiv teori er mål, hensikt, forventning, insentiv og "andre årsaker" rekna som vesentlege determinantar for menneskelege veremåtar (ibid.s. 469).

Målatferder for behandling aukar dermed også til det uendelege (Ollendick & Weist 1991). Innan nyare sosial - kognitiv læringsteori er det utvikla arbeidsmåtar som kombinerer individretta terapi med interaksjonsendring overfor heile miljø.

Det synest som om det skjer brubygging mellom sosial læringsteori og økologisk psykologi, der elementer frå sosial psykologi stadig får større plass (Harvey, Burgess & Orbuch, 1991 s. 256).

Oppsummert kan ein kanskje hevda at dynamisk psykoterapi i sterkare grad legg teori til grunn for behandlingsmål. Medan moderne læringsteori bevegar seg i retning av individ - kontekst differensiering. Det er interessant å finna at det er representantar for sosial læringsteori som dei siste åra har problematisert behandlingsmål og målarbeidet, ved å stilla spørsmål om behandlingsmål sin sosiale og aldersmessige relevans, og til dømes om kva for kognitive feilkjelder hos terapeuten ein bør vera merksam på (Ollendick, Weist & Finney 1991).

Institusjonslitteratur for bup - feltet

Systematisk endringsarbeid er mellom anna beskriva som former for samvere, relasjonsarbeid og som målretta systematiske prosessar (sjå til dømes Trieshman et. al. 1969; Vedeler 1973; Larsen & Selnes 1975; Grønvold 1992).

I den tidlege litteraturen er ikkje behandlingsmål særskild behandla eller beskrive. Det synest meir som om behandlingsmål er der som implisitte faktorar i teoretisk plattform (sjå Vedeler 1973).

Eit noko meir differensiert syn finn ein hos Larsen & Selnes (1975). Her er det beskrive at personalet bør bruka arbeidssituasjonen på ein reflektert, systematisk og planlagd måte slik at:

den enkelte miljøterapeut og miljøpersonalet som helhet må vite hva de ønsker å tilføre de unge gjennom samhandling med dem (op. cit. s. 34).

Behandlingsmål er her utleda av relasjonen mellom klienten og terapeuten og beskrive med kjenneteikn som overordna, underordna, langsiktige, kortsiktige, hovudmål, delmål og som realistiske (ibid. s. 80). Det vert framheva at ein i målarbeidet må bearbeida langsiktige og overordna mål til underordna og kortsiktige mål. Målgrunlaget er utvida, men mål er framleis implisitt i teori og mest resultat av katalysatoreffekten i samveret mellom terapeuten og klienten (ibid s. 34). Grønvold (1992) understrekar behovet for brei kartlegging og utgreiing i form av til dømes ulike registreringsformer og intervju, men drøftar ikkje til dømes bruk av standardisert utgreiingsmetodikk som ligg føre til bruk i institusjonen.

Tidleg internasjonal litteratur for miljøterapi hevdar å ha eit pragmatisk tilhøve til praksis. Her vert miljøterapi skildra som eit virke bygd på ulike teoretiske retningar, der ego - psykologi, læringsteori og til dømes sosiologisk teori er viktige og går saman (sjå til dømes Trieshman, Whittaker & Brendtro 1969; Brendtro & Ness 1983).

I det seinare er miljøterapi forsøkt sett inn i ei systemteoretisk ramme, med auka fokus

på samspelsvilkår rundt barnet/ den unge både i og utanfor institusjonen (Christensen & Larsen 1992). Heller ikkje i dei sistnemnde utviklingstrendane finn ein behandlingsmål og målarbeid særskild beskrive eller drøfta.

2.7 Framgangsmåtar i målarbeid grunna i teori og empiri

Evalueringsstudier syner at ulike tilnærmingar til terapi gjev positivt behandlingsutbytte for klientar. Mot denne bakgrunnen synest behandlingsmål, og måten ein handterer målarbeidet på, særst viktig å utvikla. Modellar for å arbeida forsvarleg med behandlingsmål og til å sikra kvaliteten i målarbeid er beskrive på ulike vis (Kanfer & Goldstein 1980; Reichelt & Skjerve 1983; Locke & Latham 1990; Horne og Øyen 1991; Weist, Ollendic & Finney 1991; Høstmark Nilsen & von der Lippe 1993; Kiresuk & Choate 1994).

Den eine hovudtypen er dei såkalla feilsøkingmodellane der ein rutinemessig freistar å eliminera kjende feil i målarbeidet ved å bruka tilgjengleg kunnskap. Den andre hovudmåten er empirimodellen, det vil sei at ein på ulike vis testar og finn ut om endringsmål i seg, og praksis i målarbeidet er haldbar i endringsarbeid (sjå Weist, Ollendick & Finney 1991, s. 533).

Eit liknande fokus finn ein i GAS, - Goal Attainment Scaling (Kiresuk, Smith & Cardillo 1994), kor utgangspunktet er at ein gjennom å vurdera måloppnåing etter ein femdelt skala skal kunna evaluera utbytte i og av behandling.

Involvering

Reichelt & Skjerve (1981, s. 22) gjev døme på ein framgangsmåte der involvering, samordning og semje mellom klient og terapeut står sentralt i målarbeidet. Modellen er utarbeidd av Rønnberg (1978) og gjev generelle retningslinjer for målarbeidet både med omsyn til klient og terapeutvurderingar.

1. Klienten rangerer problema ut frå kor vesentleg dei er for han eller henne å endre.
2. Terapeuten vurderer det forskningsmessige grunnlaget for å endra problema.
3. Terapeuten vurderer sine eigne føresetnader for å bruka dei einskilte metodane,

og tilviser vidare / lærer seg metodane dersom han / ho ikkje har tilstrekkelig kunnskap eller røynsle med metodar som er eigna for dei problem klienten ønskjer å gjera noko med.

4. Terapeut og klient prioriterer mål ut frå tilgjengelige ressursar (tid, økonomi og til dømes teknisk utstyr).
5. Terapeuten og klienten sine prioriteringar vert samordna, og ein vel mål i fellesskap, ut frå dei fire føregåande punkta.

Kunnskap

Kunnskap om kva mål bør innehalda for å sikra generalisering, varig endring og normalisering i arbeidet med psykisk utviklingshemma ligg til grunn for modellen. Kva som må til for å nå mål er i samsvar med Nytrøen & Larsen (1987) oppsummert som:

- 1) åtferda er funksjonell for eleven
- 2) åtferda vert vurdert som viktig av miljøet (nærpersonar)
- 3) åtferda vert vurdert som viktig i sosialt samspel
- 4) åtferda vil halda fram grunna naturlege konsekvensar utafør treningssituasjonen
- 5) åtferda er positiv, til dømes at aggressiv åtferd vert erstatta med sosialt akseptabel åtferd som til dømes tegnspråk
- 6) åtferda vert vurdert som grunnleggjande i normalutvikling
- 7) åtferda er grunnleggjande for læring av andre dugleikar
- 8) åtferda vert vurdert som viktig for å endra eleven sine rammevilkår
- 9) åtferda gjev auka trivsel for eleven
- 10) åtferda er generaliserbar, dvs. dugleikane er funksjonelle under andre rammevilkår enn i treningssituasjonen.

Åtferd - kontekst

Ei utviding av føregåande sjekklistemodellar finn ein hos Reichelt & Skjerve (1981). Denne er oppsummert med tre hovud og tilsaman 27 underpunkt. Hovudfokus for endring vert (1) å velga målatferd hos barnet, til dømes den negative åtferda som er mest plagsom,

- (2) å velge måltferd som indirekte verkar til endring av aktuell måltferd, til dømes positiv måltferd som er uforeinleg med den primært negative åtferda,
- (3) å velga mål som indirekte vil endre spesifisert barne/ ungdomsåtferd, til dømes familiesystemvariablar som kommunikasjon og samhandling i familien (op. cit s. 121).

Goal Attainment Scaling (GAS)

Med bakgrunn i GAS, - ”Goal Attainment Scaling” (Smith 1994,) vert det peika på nokre område ein bør vera merksame på når ein arbeider med mål og skal bruka desse i evaluering knytta til utbytte av behandling. Desse er å

- 1) identifisera kva som er behandlinga sitt hovudfokus
- 2) bryta ned (oversetta) problemområda i minst tre spesifikke mål
- 3) velga ei klår og utvetydeg overskrift (tittel) for kvart mål
- 4) velga ein haldbar indikator for kvart mål
- 5) spesifisera forventa nivå av utbytte for kvart mål
- 6) sikra at det er samsvar mellom forventa utbytte og måloverskrift (tittel)
- 7) spesifisera kva som meinast med litt meir og litt mindre forventa utbytte av måla
- 8) spesifisera kva som meinast med mykje meir og mykje mindre forventa utbytte av måla

2.8 Haldbarhetsprøving

Framgangsmåten ved feilsøking skildrar to hovudområde der feil kan påverka terapeuten i behandlingsprosessen og arbeidet med behandlingsmål.

Sjekklistar i personalet - kognitive feilkjelder

Det eine er dei kognitive (mellom anna teoretiske) feilkjeldene der dei vanlegaste hos terapeutar i følge Weist, Ollendick & Finney (1991) er oppsummert som:

- ukritisk bruk av teori
- naiv teoribruk
- manglande aldersdifferensiering i endringsmål
- ukritisk import av vaksenmål til behandlingsprogram for barn og unge
- standardisert institusjonspraksis
- manglande kunnskap hos terapeuten om metodar sin effekt

Feilkjelder med bakgrunn i mangelfull utgreiing

Den andre, ifølge same forfattarane er feilkjelder knytt til kartlegging og utgreiing av barn og unge sitt funksjonsnivå. Dei vanlegaste feilkjeldene er oppsummert som;

- mangelfull utgreiing
- utgreiing langs irrelevante dimensjonar
- utgreiingane er gjennomførde utan empirisk haldbar utgreiingsmetodikk
- utgreiingane er einsidige og gjev ikkje komplett bilete av klienten med omsyn til å analysa, problematisera, prioritera og utforma mål
- kartlegging og utgreiing er ikkje kontekstrelevant

Empirisk haldbarhetsprøving i målarbeidet

Haldbarhetstesting i målarbeidet (empirisk metode) kan ein definera som "bruk av observasjon eller eksperimentelle metodar for å dokumentera positive samanhengar mellom mål og forekomst av reliable og valide indikasjonar på behandlingseffekt"

(Weist & Ollendick 1991, s. 523).

Effekt vert sett i direkte samanheng med endra måltåferd. I empirisk testing av hald i behandling mål forutset ein at det eksisterer ein relasjon mellom formulert mål og utbytte i behandling (ibid.s. 523). Fem framgangsmåtar er beskriver for empirisk validering av behandling mål.

(1) Sosial validering, dvs. at ein før og etter behandling let viktige andre svara på spørsmål om fungering og endring i funksjonsnivå (informantar er her mellom anna foreldre, lærar og søsken).

(2) Hensiktsmessig "post - hoc" validering, dvs. at terapeuten vel mål med bakgrunn i kunnskap frå veldokumenterte studier, som sannsynleggjer effekt med tilsvarande klientar (likskapar i til dømes alder, kjønn, sosio - økonomisk status, bu, skuletilhøve og funksjonsnivå med meir).

(3) Kriterie validerte mål, dvs. at det er mogleg å registrera positive samanhengar mellom spesifiserte mål og endra veremåte.

(4) Bruk av normative data, dvs. at terapeuten hentar informasjon om klienten si fungering i ein brei sosial samanheng, for så å identifisera måltåferd og utarbeida kriterier for problemløste og auka sosial fungering innafor denne. Mål vert her harmonisert til normative krav i situasjonar klienten er, eller skal til.

(5) "Template - matching" av mål, dvs. at terapeuten ut frå definerte situasjonar og samanhengar, kartlegg sosialt akseptable og vellukka veremåtar hos andre barn og unge i tilsvarande situasjonar som dei klienten skal til. Kunnskapen om vellukka interaksjonsmønstrer vert så grunnlaget for innhaldet i behandling mål for klienten.

Måtane som er skildra har som føresetnad at til dømes organisatoriske rammevilkår som opplæring, oppfølging, tid og økonomi er tilstades. I den miljøterapeutiske praksiskvardagen kan ein mest sannsynleg tilpassa dei fleste framgangsmåtane. Kanskje er feilsøking enklast å organisera, medan empiriske metodar kan hende er dei mest interessante.

2.9 Eit forsøk på å samle trådar

Oppsummeringa er eit forsøk på setta saman hovudpunkt frå føregåande framgangsmåtar slik at ein i institusjonen har moglegheit til å utvikla og korrigera målarbeidet gjennom bruk av til dømes ei sjekklister. Målet er at ein slik praksis let seg gjennomføra utan store endringar i behandlingsskvardagen og utan spesiell «vitskapleg» kunnskap.

Utgreiing

- * Gjev utgreiingane nok kunnskapar til å formulera forsvarlege mål og til å konkretisera tiltak ? Tappar dei informasjon om funksjon i klientane sine naturlege miljø (motverka manglane ved einseitig bruk av institusjonsbundne utgreiingar)?
- * Er utgreiingane gjort langs relevante dimensjonar (motverka tiltak basert på for snevre funksjonsområde)?
- * Er barnet eller den unge observert med direkte observasjonar i sitt naturlege miljø ?

Terapeutisk problemløysing - organisatoriske vilkår

- * Er kognitive feilkjelder hos terapeuten korrigererte for (motverka kjepphestar og standard praksis) ?
- * Er organisatoriske og økonomiske rammevilkår gode nok til å gjennomføra tiltak ?
- * Får terapeutane nok opplæring, rettleiing og tilbakemelding medan behandling går føre seg ?
- * Er det mogleg å evaluera behandlingsmål, tiltak og klientveremåtar ut frå tilgjengelege metodar og prosedyrar (motverka praksis utan oppsummering og evaluering) ?
- * Er det etablert spesifikke rutinar for målarbeidet i institusjonen?
- * Er det prosedyrar som beskriv det terapeutane bør gjera i arbeidet sitt?
- * Er det etablert kvalitetssirklar intern på institusjonen?

Harmonisering, samordning, tilslutting og forplikting

- * Er mål samordna med klienten sine omgjevnader (sikra tilslutting, overføring av behandlingseffekt og legga til rette for varig endring)?
- * Er behandlingsmål tilpassa sosial og kulturell kontekst?
- * Har klienten forstått og forplikta seg til mål, utføring og måtane å gje tilbakemelding på?
- * Har ein sikra brukardeltaking gjennom involvering; sluttar klient, føresette, heimstadskulelærar og samarbeidspartar seg til endingsmål og er dei forlikta til endringsarbeidet ?

Omsyn til barn og unge sin alder, mogning, funksjonsnivå og utviklingsfart

- * Er det skild på barne, ungdoms og vaksenmål (motverka import av til dømes terapeutiske program og mål meint for vaksne utan tilpassing til barne og ungdomsalder)?
- * Er det teke nok omsyn til barn og unge si mogning og utviklingsfart i målinnhaldet
- * Er heilskapen, kognitive, sosiale, emosjonelle, fysiske, motoriske og somatiske faktorar utgreidd og teke omsyn til ?

Omsynet til oppsummert kunnskap

- * Er det teke nok omsyn til oppsummert praksis og kunnskap om tiltakseffektar for til dømes å unngå urealistiske mål ?
- * Er terapeutane innforståtte med, og kan dei handtera tiltak for å hjelpa klienten til å nå beskrivne mål ?

Målinnhald og deldimensjonar

- * Er handling utføring (performance criteria) knytt til aktivitetar og veremåtar spesifikt beskrive (motverka globale mål som er vanskelege å nå) ?
- * Er endringsmåla a) spesifiserte, b) tydelege, c) forståelege, d) realistiske, e) klare, f) føremålstenlege med omsyn til aktuelle problem?
- * Er måla av ein slik karakter at dei i og utafør institusjonen fører til a) problemløste, b) fråver av asosial åtferd, c) betra skule / arbeidsfungering, d) auka sosial meistring og fungering, e) realistisk vurdering av ein sjølv og andre?

Overføring av behandlingseffekt

- * Er målinnhaldet slik at naturlege vilkår i klienten sitt nærmiljø held oppe og generaliserer veremåtar?
- * Kjenner terapeutane nok til veremåtar som er verdsett og fremma i det naturlege miljøet for klienten?
- * Kjenner terapeuten normalfungering i miljøet klienten skal først attendetil?
- * Har ein moglegheit for å sikra tilbakemelding frå viktige andre, både medan behandling går føre seg og etter at ho er avslutta ?

2.10 Problemstilling

Innleiingsvis i oppgåva er det reist fleire spørsmål. Problemstillinga er formulert for å dekkja eit breidt spekter av desse spørsmåla. Behandlingsmål sin natur, modellar i målarbeid, terapeutane sine føresetnader og organisatoriske vilkår er nokre.

Samstundes er det ønskjeleg å drøfta den indre samanhengen mellom utgreiing, terapeutisk problemløysing, mål, tiltaksarbeide, overføring og varig verknad av behandling. Problemstillinga er formulert som følger:

"I kor stor grad vert det drive forsvarleg målarbeid i barne og ungdoms-psykiatriske institusjonar".

Undersøkjings spørsmål

For å drøfte hovudproblemstillinga er det utarbeidd seks spørsmål med underspørsmål.

1) I kor stor grad arbeider ein med deldimensjonane i mål i institusjonane

- a) i kor stor grad utarbeidar ein ved institusjonen operasjonelle mål for den einskilde klienten
- b) i kor stor grad skritleggjer ein mål og tiltak
- c) i kor stor grad er mål klåre, realistiske og utfordrande
- d) i kor stor grad er det samheng mellom mål og tiltak og gjev behandlingmåla eintydig moglegheit for tilbakemelding

2) I kor stor grad arbeider ein med overføring av mål og tiltak til nærmiljøet

- a) i kor stor grad samordnar ein mål med klientane sine nærpersonar
- b) i kor stor grad overfører ein målområder til heim og skule
- c) i kor stor grad overfører ein tiltakseffektar til nærmiljø
- d) kva slag informasjon om kliente og nærmiljø legg ein til grunn når ein utformar mål

Med spørsmåla ønskjer eg å belysa i kor stor grad terapeutane tilrettelegg for samordning, harmonisering og overføring av tiltakseffektar til nærmiljø.

3) Korleis involverer ein sentrale nærpersonar i mål, tiltak og overføringsarbeidet gjennom kontraktar, informert samtykke, overføringspraksisar m.m

Med spørsmålet ønskjer eg å drøfte i kor stor grad ein involverar nærpersonar er i behandlingsarbeidet, spesielt med tanke på overføring av behandlingseffekt.

4) I kor stor grad deltek klienten sjølv i utforming av behandlingsmål og tiltak.

Med spørsmålet ønskjer eg å drøfte i kor stor grad ein involverar klienten sjølv i behandlingsarbeidet.

5) *Kva for kartlegging og utgreiingsmetodar brukar ein i institusjon*

Med spørsmålet ønskjer eg å sette søkelys på;

- a) i kva for grad ein legg vekt på breidde og samansetting i utgreiingsbatteriet ein nyttar i institusjonen
 - b) i kva for grad ein brukar empirisk haldbare utgreiingar før ein formulerer mål og tiltak i behandling
 - c) kva ein bør kunne nytta informasjonen frå kartlegginga til
 - d) kven ein nyttar som viktige informantar i høve til informasjonsinnhenting
- 6) *Kva for andre faktorar grunngjev behandlingsmål*

Kapittel 3

Metode

3. Metode

Arbeidet som ligg føre er i skjeringspunktet mellom eit eksplorativt og deskriptivt studium av målarbeid i institusjon. Ein av årsakane til å hevda dette er at få tilsvarende studium, så langt eg kjenner det, er gjennomført i barne og ungdomspsykiatriske institusjonar i Noreg. I arbeidet med data er det gjort greie for frekvens. Hovudframgangsmåte er kvantitativ metode.

3.1 Utval

Spørjeundersøkinga er sendt 33 barne og ungdomspsykiatriske tiltak i Noreg. Ved kvar institusjon er det bede om at tre miljøterapeutar svarar på den individuelle delen. Tiltaka er plukka ut frå Norsk forening for barne og ungdoms-psykiatriske institusjonar si brevlister (NFBUI). Frå brevlister fjerna eg poliklinikkar og barneverntiltak.

Kriteriar for å vera respondent

Vedlagd i utsendinga låg ei beskriving av kven som kunne svara. For å svara måtte ein fylla følgjande kriteriar;

- 1) vore tilsett ved institusjonen tre år eller meir
- 2) ha grunnutdanning som kvalifiserer for miljøterapi eller familiearbeid ved institusjonen (i utgangspunktet miljøterapi).
- 3) hatt ansvar som miljøterapeut, for minimum to klientsaker dei siste tre åra
- 4) delteke javnleg på fag møter på institusjonen
- 5) representerer institusjonen sin faglige plattform

Konstruksjon av spørjeskjemaet

Spørjeskjemaet er konstruert i to steg. I perioden april 1993 til februar 1994 vart det gjennomført åpent intervju med fire røynde miljøterapeutar om målarbeid i institusjon. Kunnskapane frå intervjuet vart implementert i spørjeskjemaet. Første versjon vart forsøkt ut på seks miljøterapeutar, med forespørsel om kommentar. Etter at kommentarane var gjevne vart spørjeskjemaet redigert og send til 33 tiltak. Spørjeskjemaet har tilsaman 145 spørsmål. Estimert tidsbruk var omlag 2 ½ time.

Spørjeskjema

Undersøkinga er todelt, med ein individuell og ein institusjonsdel. Den individuelle svardelen tappar informasjon om målarbeidet i institusjonen på respondentnivå. Organisasjonsdelen tappar informasjon om sentrale område med omsyn til organisering, klientgruppa, problemområde hos klientane og teoretiske føringar for arbeidet. Oppgåva bygger på den individuelle delen.

Denne delen er bygd opp med 11 underområder. Del a gjev informasjon om alder, kjønn, stilling, utdanning, vidareutdanning med meir for respondentane. Del b gjev informasjon om respondenten sine oppfatningar av brukargruppa og tilbodet som vert gjeve ved institusjonen. Del c gjev informasjon om rutiner med omsyn til kontraktinngåing, samtykke, om foreldre skisserer mål for behandlinga og om det er vanleg å be innsøkande instans gjera det same. Del d gjev informasjon om organisering og dagleglivsarbeidet ved institusjonen. I spørsmåla vert det undersøkt om ein har faste oppgåver som spesialkontakt, kven som deltek i interne fagmøte, om eksterne samarbeidspartar deltek med meir. Det vert undersøkt kven som har behandlingfagleg ansvar og kven respondenten har som sin faglege overordna. Rutine arbeid, kven respondenten konsulterer ved problem i klientarbeidet og kven som er hyppigaste profesjonelle samarbeidspart siste tre åra vert undersøkt. I del e vert tilbod og rutinar i behandlingssarbeidet undersøkt. Det vert undersøkt om institusjonen har familiebusstad, om ein arbeider med ansvarsgrupper, nettverksmøter

og om antalet saker ein har arbeida saman med til dømes barnevernet siste tre åra. Kor hyppig ansvarsgruppe, nettverksmøte og familiesamtalar/ terapi vert undersøkt. I del f vert område som korleis ein informerer og involverer klienten i mål, samt tiltaks og evalueringsarbeid kartlagt. Om ein rutinemessig overfører tiltak som har effekt i institusjonen til nærmiljøet og kor vidt ein involverer sentrale personar i klienten sitt nærmiljø i tiltaksarbeidet.

Del g er påstandar om klårleik i mål, grad av konkretisering i mål, kva for veremåtar ein vektlegg og til dømes kven ein får informasjon frå i klienten sitt nærmiljø før behandlingsmål vert utarbeidd. I del i og j vert det forsøkt kartlagt kva for kartlegging og utgreiingsmetodar som vert brukt ved institusjonen og av eksterne samarbeidspartar. Del k er påstandar med bakgrunn i nyare empiri om kartlegging og overføring av behandlingseffekt frå institusjonen til nærmiljø. Her skårar respondenten grad av semje i høve til påstandar etter ein skala. Den siste variabelen kartlegg kva for metodar og arenaer miljøterapeutane brukar for å innhente informasjon om klienten si fungering.

3.2 Validitet

Validitet refererar, i følge Kazdin (1992), til innhald og i kor stor grad måleinstrumentet (spørsmåla) tappar informasjon om undersøkjingsområdet (s. 224).

Kvale (1989) hevdar vidare at validitet refererer til tre sentrale tilhøve;

correspondence criterion of truth concerns whether knowledge statement corresponds to the objective world. The coherens criterion refers to the unity, consistency and internal logic of a statement. And the pragmatic criterion relates the truth of a knowledge statement to its practical consequences (s. 75).

Spørjeundersøkjinga byggjer på eiga røynsle og studier av litteratur som skildrar og drøftar forsvarleg målarbeide i terapi. Spørsmåla er arbeid ut etter intervju med røynde kollega.

I kor stor grad resultata i undersøkjinga er generaliserbare og til å stola på, kan vera vanskeleg å gje eintydig svar på. Institusjonspersonalet som er spurt, arbeider i ulike samanhengar og under ulike rammevilkår, noko som gjev erfaringsvariasjon og vanskeleggjer generalisering. Realiteten er mest truleg at institusjonane er drive på ulike vis og med ulike rammevilkår.

Dermed gjev kanskje svara eit sannare bilete med omsyn til variasjonen i arbeidsmåte enn å vera eintydige fakta som let seg generalisera.

I høve til nokre spørsmål kjem det fram at omgrep er tvetydige eller uklåre for respondentane. Dette gjeld til dømes for omgrepa informasjon, involvering, operasjonisering, utfordrande, realistiske med meir. Det eg til dømes legg i omgrepet involvering er «sterkare» enn om ein «berre» informerar. I og med at spørsmål ikkje er spesifiserte og at sentrale omgrep ikkje er operasjoniserte er det grunn til å hevda at innhaldsvaliditeten er låg. Dette vil sjølvsagt og få konsekvensar for reliabiliteten, det vil sei at det og er stor sannsynlegheit for at reliabiliteten og er låg.

I sum kan dette svekka haldet i undersøkjinga. Svara kan ikkje forståast som prova sanning, heller ikkje som absolutt stadfesting av påstandar. På den andre sida har eg sjølv lang røynsle frå institusjonsarbeide. I samband med utgreiingsarbeide har eg mellom anna studert fleire av dei områda det vert undersøkt for (kontrakt, inntak og overføringsarbeide). Svara gjev så lant eg ser, tendensar som på noverande tidspunkt kan ha meining for det miljøterapeutiske feltet.

3.3 Reliabilitet

Reliabilitet refererar i følge Kazdin (1992) generelt til kor konsistent måleinstrumentet er (s. 224), dvs. om instrumentet måler det same på tvers av situasjonar og personar om undersøkjinga eller testen vert replisert.

Ein vidare definisjon er gjeve av Judd et. al (1991);

The reliability of a measure is defined as the extent to which it is free from random error components (s. 51).

Reliabilitet er med andre ord eit fagleg omgrep for pålitelegheit både for dei observasjonane som er utførte og for dei data observasjonane er uttrykt i. Dette knytter seg til både til nøyaktigheten av sjølve observasjonane, registreringane og måten data er behandla på (Undheim 1985).

Av dette følger at ein svakhet i høve til reliabiliteten er manglande ressursar til å la utanforståande personar gå gjennom og dobbelkontrollera innplotta av svar i databearbeidinga. Spesielt gjeld det i høve til dei opne spørsmåla (Nielsen 1994, s. 91; Judd et. al. 1991). Ein anna svakhet er at spørsmåla i seg, slik det er gjort greie for under validitetsdrøftinga, har svakhetar som trugar reliabiliteten avdi nokre av omgrepa som er brukt kan vera uklære eller ha ulike meiningar for ulike personar.

3. 4 Prosedyrer og røynsler undervegs

Spørjeskjema vart sendt i samla konvolutt til leiinga ved institusjonane. Svarfrist var omlag tre veker etter utsending. I konvolutten låg frankert svarkonvolutt med påskrivne returadresse. Eit følgeskriv med forklaring på kven som kunne svara på den individuelle delen låg ved. I skrivet vart det oppmoda om å ta kontakt om det vart problem, eller om det var ting ein ikkje skjøna.

Første veka etter utsending ringde representantar frå fire tiltak og spurte om kriteria for respondentane var mogleg å dispensere for. Det vart gjeve dispensasjon for desse. Alle institusjonane vart oppringd innan ei veke. Ved tre institusjonar kommenterte ein at undersøkinga verka omfattande, og ein kommenterte at spørsmåla i den individuelle delen var "corny." Tilsaman seks tiltak melde at dei av ulike grunner, kor tid var den viktigaste, ikkje såg seg istand til å svara.

Tilsammen 27 institusjonar sto att å kunne svara. Individuelle respondentar vart

redusert til 81. Enno fire tiltak til fekk dispensasjon frå respondent kriteriana.

Grunnane var problemer med høg gjennomstrøyming av fagfolk for to institusjonar, og at to tiltak var nystarta. Ved utløp av svarfrist var berre seks komplette sett kome inn. Ved ringerunde fekk eg bekrefta at dei 27 tiltaka hadde tenkt å svare, men at dei trengde lengre tid. Ein av institusjonane hadde mista undersøkjinga og bad om å få tilsendt skjema på nytt.

Det var positivt å følgje opp utsendinga over telefon. Samstundes viste det at svarfristen var vanskeleg å halda. Grunnane til det var mellom anna at kvardagslivet ved institusjonen var hektisk, og at slike spørjeundersøkjingar vart lagt til sides, men ikkje gløymt. I tillegg var spørjeundersøkjinga omfattande og mange brukte mykje lengre tid enn det som var oppgjeve frå mi side (både fem og seks timar).

Fleire sa i telefonen at det hadde vore vanskeleg, men spanande å fylla ut skjemaet. Fire sa klårt at det var mykje å lære og mange tankar som vart igangsatt under utfyllinga.

3. 5 Svar

Totalt 52 av 99 personar svarte på undersøkjinga. Dette er svar frå 53 prosent. Fråfallet er seks institusjonar eller 18 respondentar (18 prosent). Til tross for relativt låg svarprosent er eg rimeleg nøgd med resultatet på bakgrunn av det svært omfattande spørjeskjemaet. I tillegg vil eg tru at strenge krav til kven som kunne vera respondent har gjeve vanskar nokre plasser i høve til rekruttering av respondentar.

I høve til svara er eg og nøgd med spreininga i materialet både med omsyn til geografi og fordeling mellom barne og ungdomsinstitusjonar.

Kapittel 4

Funn

4.1 Dei som har svart

Meir enn tre firedeler av respondentane er kvinner, 12 er menn. Snittalderen er 41 år. Dei fleste har lang fartstid innan institusjonsarbeid, med gjennomsnitt i tilsetting på meir enn sju og eit halvt år. Tilsettingstilhovene fordeler seg med 21 miljøterapeutar, tre styrarar, fem styrarassistentar, åtte avdelingsleiarar og to avdelingsleiarassistentar. Andre fagstillingar er representert med tre familieterapeutar, fire sosialkuratorar og fem psykologar. Resultata syner at eit fleirtal (omlag 60 prosent) av respondentane er knytt til administrasjon og andre fagstillingar enn miljøterapeutisk virke i institusjonen. Dei fleste er dermed ikkje miljøterapeutar, men mest alle fyller krava til å vera respondent.

Meir enn halvparten har hatt anna stilling ved same institusjon. Dei fleste av dei svarar at dei har tatt til i stilling som til dømes miljøterapeut eller avdelingsleiarassistent. Dette kan tyda på at mange "stig i gradene" innad i institusjonen, og endar til dømes i styrar, styrarassistent, avdelingsleiar eller i anna fag stilling. Den største gruppa, 23 stykker, er utdanna barnevernpedagog. Pedagogar (lærarar og førskulelærarar) utgjer den nest største gruppa med åtte respondentar. Øvrige er fordelt med fem sjukepleiarar, sju vernepleiarar, fire sosionomar og fem psykologar. Omlag tre firedeler har gjennomført vidareutdanning etter grunnutdanning. Desse deler seg i tre hovudkategoriar; administrativ, fagleg/ teoretisk og klinisk, med ei tilnærma lik fordeling mellom dei tre. Dei fleste meiner dei har hatt relativt godt utbytte av vidareutdanningane dei har delteke i.

4.2 Det eg trudde eg ville finna

I høve til problemstillingane i undersøkjinga hadde eg på førehand venta at det ville vera høg semje (frå 90 prosent og oppover) med eindel utsagn og høg grad positive svar (frå 90 prosent og oppover) på eindel spørsmål i del

c,e,f,g,h og k i undersøkjinga. Grunnane til å venta dette er mellom anna at godt dokumentert empirisk kunne samla dei seinaste 30 åra, gjev grunnlag for å ha slik tru. I tillegg til dette kjem at ei rad diskusjonar innan feltet har teke opp og problematisert manglane i høve til dokumentasjon og stort behov for å systematisera og dokumentera det som vert gjort og effektane av det ein gjer i behandling. Dokumentasjon av effektar i høve til samordning med personar i nærmiljø, varighet i behandlingseffekt, etterundersøking sin verdi for praksis, kontraktarbeid (skilnader på tilslutting og forplikting), «gode nok» utgreiingar og behovet for konkretisering i forventningar (mål) og tiltak med meir er peika på (sjå mellom anna Vedeler 1983; Larsen 1988; Nielsen 1988). I høve til tema som kontrakt, samordning av behandlingsmål med nærpersonar og tiltak administrert av personar i nærmiljøet trudde eg at eit stort fleirtal (meir enn 90 prosent) ville svara at dei arbeida systematisk og målretta med dette. I høve til overføring av tiltak som har effekt til nærmiljøet venta eg å finna same tendens.

I høve til praksis tufta på empirisk grunn var eg tvilande til om ein nytta godt utprøvd utgreiingsmetodikk innad i institusjonen eller at det er vanleg med etterundersøkingar. Likeeins sa egne røynsler meg at det ikkje er vanleg å rutinemessig evaluera individuelle tiltak på ein grundig måte.

På den andre sida fortel oppsumert kunnskap at spesifisering og operasjonalisering i mål og tiltak medverkar til individualisering, differensiering og optimalisering av moglegheitene til spesifikk tilbakemelding til klientenane. Eg venta vel at svara ville spegla denne kunnskapen på ein anna måte enn dei gjorde.

4. 3 Organisering og tilbod i institusjonen

Klientarbeid og internt samarbeid

Praktisk talt alle (98 prosent) svarar at det ved institusjonen er rutine å ha spesialkontakt i miljøet. Dei fleste (omlag 60 prosent) svarar at ein har organisert arbeidet med skulekontakt, medan færre svarar at ein har familiekontakt. Eit fleirtal (65 prosent)

svarar at ein i arbeidet brukar primærteam, som oftast er sett saman i kombinasjonar med miljøterapeut, lærar og familiarbeidar. Teamet møtest i snitt kvar fjortande dag (ofte kvar veke for nye klientar). Staff vert halde i snitt tre gonger i halvåret, medan omlag halvparten svarar at ein gjennomfører mellomliggjande hyppigare og mindre fagmøter. Tre firedeler svarar at det ikkje er vanleg, eller at det varierar om heile personalet deltek i fagmøter eller ikkje. Dei som vanlegvis ikkje deltek er til dømes tilsette i deltidsstillingar, vikarar og merkantilt personale. Omlag halvparten svarar at tilsynslegen deltek javnleg i slike faglege møter.

Fagleg organisering

I høve til næraste fagleg overordna, svarar største gruppa at det er avdelingsleiar. At ikkje fleire svarar slik eg forventa, psykologen ved institusjonen, kan vera resultat av måten eg spurte på. På spørsmål om kven som er behandlingfagleg ansvarleg ved institusjonen svarar omlag 90 prosent at det er psykologen, resten svarar styrar.

Dei fleste (omlag 60 prosent) svarar at dei javnleg mottek vegleing, som tyder at omlag 40 prosent av institusjonspersonalet ikkje mottek vegleing.

Omlag 85 prosent svarar at dei javnleg får undervisning. Vegleing vert i følge svara gjeve i gjennomsnitt annakvar veke, medan undervisning i snitt vert gjeve ein gong kvar månad. Få (8 prosent) svarar at dei javnleg mottek konsultasjon.

Samarbeid med føresette og andre

Materialet syner at 33 prosent får tilbod om utgreiingsopphald ved institusjonen, medan omlag 40 prosent svarar at familie/ føresette ikkje får det og 27 prosent svarar at det varierar. Ein årsak oppgjeve av fleire, er at ein ikkje har moglegheit med omsyn til husvære for slikt arbeid på eller i nærleiken av institusjonen. Til spørsmål om ansvarsgrupper svarar dei fleste at det er vanleg rutine å organisera og bruka dei (77 prosent), medan omlag 8 prosent svarar at det ikkje er vanleg. Dei fleste ansvarsgruppemøtene vert halda på institusjonen, medan dei færreste svarar at møta vert halde i klientane sitt heimemiljø (9,5 prosent). I høve til familiesamtalar svarar 92 prosent at det er vanleg rutine i institusjonane. Til spørsmålet om hyppighet, svarar

dei fleste respondentane at det vanlegaste er annakvar veke. I materialet er høgaste frekvens fleire gonger i veka, medan lågaste er åttande kvar veke. Familiesamtalar vert i følge 70 prosent av svara, oftast gjennomført på institusjonen, berre 6 prosent rutinemessig i heimemiljøet. Få, omlag 6 prosent, svarar at det ved institusjonen er vanleg praksis med nettverksmøter, medan i overkant av ein firedel svarar at praksisen varierar. Av dei som svarar bekreftande, eller at praksisen varierer fordeler det seg jamnt i høve til om møtene vert halde i heimemiljø eller på institusjonen. Omlag 39 prosent av klientane vert gjeve tilbod om eineterapi. Ein like stor del svarar at dette er ein praksis som varierar (40 prosent). Der kor eineterapi er vanleg vert tilbodet for det meste gjeve av psykolog.

Rutinar i institusjonen

Ein stor del av respondentane svarar at einesamtalar, skriftlege oppsummeringar og framlegg til behandlingskonferanse er viktig rutinearbeid i institusjonen. Ni respondentar svarar at einesamtalar ikkje er fast rutine.

Det syner seg at berre 8 prosent av respondentane har fast rutine "å dra heim" i klienten sitt nærmiljø og arbeide med klientane der. Dei fleste (meir enn 95 prosent) har faste møter med klient og føresette. Også på direkte spørsmål vert det slege fast, at det ikkje er vanleg praksis å dra heim og arbeida med føresette og klientar i deira heimemiljø. Svara indikerar at "heime hos" arbeid ikkje er vanleg frå institusjonane si side. Det verkar heller som om praksis er å halda møter, snakka saman og på denne måten administrera endringiltak til nærmiljøet. Inntrykket mitt før eg gjorde undersøkinga var at fleire arbeida meir med metodar som t.d rollespel, modellæring, video og anna direkte i heimesituasjonen. Når dette relativt klårt vert avkrefta syner det etter mi meining at ein innan feltet framleis har store og spanande utfordringar når det gjeld å utvikla miljøterapi ut over institusjonen sine fire vegger.

Tabell 4. 1. Er det vanleg å arbeida heima hos føresette og klienten (svar i prosent)

n = 48	Ja	Nei	Varierar
Ein brukar å dra til heimen og arbeida med	8	64	28

føresette og klienten i dagleglivs-situasjonar			
--	--	--	--

På spørsmål om kva for hovudmetode ein brukar når ein dreg heim og arbeidar med klientane i deira nærmiljø har 18 respondentar svart (både dei som seier praksisen varierar og dei som rutinemessig dreg heim og arbeider i heimemiljø er tekne med - fleire kryss mogleg). Svara indikerar at samtale er den mest vanlege metoden (16), medan rollespel og ulike former for modellæring kjem ut med fire svar. Video og direkte opplæring kjem ut med berre to svar.

Rutinemessige etterundersøkingar i institusjonen

Eit stort fleirtal svarar at det ikkje er rutine å gjennomføra etterundersøkingar ved institusjonen. Svara er interessante då dei i seg kan indikera at dokumentasjon av eigen praksis ikkje ser ut til å ha så stor plass i institusjonsfeltet.

Tabell 4.2

Vert det gjennomført etterundersøking ved institusjonen (svar i prosent)

n = 52	Ja	nei	varierer
Ved institusjonen vert det rutinemessig gjennomført etterundersøking	8	81	11

Viktige tilbakemeldarar og konsulentar ved terapeutiske utfordringar

Spørsmålet er sett saman av tre variablar. Svara indikerar at respondentane oppfattar det interne livet i institusjonen som veldig viktig. Saksdrøftingar med kollega kjem ut som veldig viktig, tilbakemelding frå overordna som viktig og tilbakemelding frå klientane som veldig viktige. Det er interessant at ikkje tilbakemelding frå overordna skårar høgare på kategorien veldig viktig og at nokre få svarar at tilbakemelding frå klienten og overordna er mindre viktig.

Tabell 4. 3

I behandlingsarbeidet er etter mi meining (fleire kryss mogleg, svar i prosent)

N = 52	mindre viktig	viktig	Veldig viktig
Saksdrøfting med kollega	0	17	83
Tilbakemelding frå overordna	6	56	38
Tilbakemelding frå klienten	4	35	61

På spørsmål om korleis ein handterer terapeutiske utfordringar svarar dei fleste at dei konsulterer kollega. Få søker teori i høve til utfordringar ein møter i arbeidet og bortimot ingen søker støtta hos kollegaer utanfor jobben. Eit fleirtal støttar seg på erfaringar ein har gjort med tilsvarande klientar og ser og ut til å diskutera dei utfordringane ein møter med klienten det gjeld. Resultata er venta mellom anna avdi fellesskapet institusjonslivet representerar er sterkt. I tillegg er det grunn til å tru at ein innan eit slikt fellesskap lett tek opp i seg erfaringar ein har gjort med tilsvarande klientar ved at munnlege tradisjonar er med på å overføra erfaring mellom kollegaer.

Svara styrkjer eigne erfaringar for at det er vanleg å samanlikna klientar. Det var til dømes ikkje uvanleg å høyra «Ola minner meg om Per som me hadde her for fira år sidan. Då han kom var det naudsynt at me hadde ein person på han heile tida. Me tok opp hendingar etter kvart som dei kom til, og det synest eg me skal gjera med Ola og.» Ein risiko knytta til «erfaringar gjort med tilsvarande klientar» er at likskap i beskriving kan gje "likskap" i problemforståing, sjølv om det dreiar seg om ulike personar, med ulike bakgrunnar og ulike og livsforløp.

At mange ser ut til å diskutera utfordringane ein står framføre med klienten er interessant. Dette avdi det kan tyda på at ansvarleggjering og aktiv deltaking er viktig til dømes i arbeidet med å finna løysingar og strategiar som skal gjelda framover.

Tabell 4. 4. I arbeidet med terapeutiske utfordringar brukar eg oftast å..... (fleire kryss mogeleg, svar i prosent)

N = 52	Sjeldan	ofte	veldig ofte
Ved utfordringar i arbeidet mitt konsulterer eg kollega	0	38	62
ved utfordringar søker eg teori om emnet	37	56	8
Ved utfordringar søker eg kollega utanfor jobben	94	6	0
Ved utfordringar støttar eg meg på erfaringar gjort med tilsvarende klientar	8	60	32
Ved utfordringar i arbeidet diskuterar eg med den klienten det gjeld	29	48	23

4.4 Andre tilhøver ved institusjonen

Brukargrupper

Trass i at det er kjent innan institusjonsfeltet, at ein meiner å høva best for spesielle problematikkar, er det overaskande at heile 84 prosent seier det er brukargrupper institusjonen ikkje kan gje behandling. Likeeins svarar 96 prosent at institusjonen høver best for særskilde grupper. På spørsmål om kven som ikkje kan nyttiggjere seg institusjonen har nær ein tredel lista unge med rusproblem i kombinasjon med kriminell og utaggerande åtferd. Fleire, omlag ein tredel, listar og psykotiske som uaktuelle, medan uavklara omsorgssituasjon er lista av omlag ein firedel av respondentane.

Gruppene institusjonen høver best for er i følge svara (N=48 - moglegheit til å lista fleire problemtypar):

- åtferdsproblem (48 prosent)
- barn og unge som slit med store emosjonelle problem (27 prosent).
- dei som treng ein pause frå miljøet sitt (24 prosent)
- dei med skulevegring (22 prosent)

I svara er det kanskje eit paradoks. På den eine sida høver mange institusjonar spesielt til å arbeida med åtferdsproblem. Medan rusproblem, som av fleire autoritetar i feltet er rekna som åtferdsproblem i seg, er hevda å ikkje vera aktuelt for institusjonen.

Samarbeidspartar

I høve til samarbeid svarar størstedelen av respondentane at pedagogisk - psykologisk teneste i praksis er den hyppigaste samarbeidsparten, deretter barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og barnevernet som nummer tre. I høve til barnevernet svarar eit fleirtal at dei har samarbeidd i to saker i snitt over treårsperioden (1992 - 95).

Hovudgrunnar til institusjonsopphaldet

Det vert undersøkt for dei tre mest vanlege henvisingsgrunnane i høve til klienten. Respondenten er beden om å gå attende til klientar han/ ho har arbeidd med dei siste tre åra. Svarar fordeler seg med 14 i kategorien emosjonelle vanskar (nedstemt, deprimerte, låg sjølvtru med meir), 25 innan psykososiale vanskar (atferd, samspel, konflikt og problemløysingsvanskar med meir) og 12 med ulike former for læreproblemer (skuleskulk, utstøytt i skulen med meir). Størstedelen legg til at det mest alltid er kombinasjonar av problem (n = 47).

Respondentane sine oppfatningar av teoretisk tilknytting ved institusjonen

Meir enn 85 prosent av respondentane hevdar at ein ved institusjonen har ei klår teoretisk tilknytting. Omlag 40 prosent hevdar at dei høyrer til i ein læringsteoretisk eller sosial - kognitiv læringstradisjon(kognitiv atferdsmodifikasjon). Medan den

psykodynamiske delen er mindre (34 prosent) enn eg trudde. Det som overaskar mest er at berre 10 prosent hevdar at dei tilhøyrrer den eklektiske gruppa.

Tabell 4.5 Teoretiske tilknytting i institusjonane (svar i prosent)

n = 52

Psykodynamisk	34
Lærings – teoretisk	12
Kognitiv – atferdsmodifikasjon	30
Systemteori	12
Eklektisisme	10
Økologisk	2

4.5 Hovudspørsmål

1) Korleis arbeider ein med deldimensjonane i mål i institusjonane

Over halvparten av respondentane seier dei utarbeidar operasjonelle mål for behandling av den einskilde klienten. Dei fleste svarar dei formulerar mål skriftleg. Det er interessant å sjå at fleire svarar at dei utarbeidar mål skrifteleg enn kva som er tilfelle for tiltak. Det kan utfrå eigen erfaring ha samanheng med at tiltak ofte krev høgare grad av spesifisering i ord og ordbruk og er meir krevjande for den som skal gjera arbeidet. Eit fleirtal svarar at behandlingsmål både er realistiske og enkle å forstå. Sjølv om tendensen er positiv, er det verdt å merka seg at ein tredel svarar at behandlingsmål berre av og til eller sjeldan er råd å forstå og ein femdel seier måla sjeldan eller berre av og til er realistiske. Dette vel eg å forstå i samanheng med at heile 63 prosent finn at det berre av og til eller sjeldan er råd å gje eintydig tilbakemelding til klientane utfrå behandlingsmåla som gjeld. I undersøkjinga svarar og bortimot halvparten at behandlingsmål sjeldan eller berre av og til er klåre. Desse svara oppfattar eg som motsetnadsfulle og vanskelege å forklara ved at behandlingsmål både vert skildra som realistiske og uklåre på ein og same tid.

Tendensane kan etter mi meining settast i samanheng med at mange seier dei berre sjeldan eller av og til operasjoniserar mål og at relativt mange berre av og til eller sjeldan finn at behandlingsmål er klåre. Samstundes oppfattar eg at tendensen vert svekka ved at bortimot tre firedeler svarar positivt på at det er klår samanheng mellom mål og tiltak. Utfrå eigen erfaring vel eg å forstå det på bakgrunn av at mange tiltak når det kjem til stykket er målformuleringar utan spesifikk beskriving av kva ein vil organisera rundt klienten eller kva vaksne faktisk skulle gjera. Dette kan vera ein grunn til at ein opplever at det er ein positiv samanheng mellom mål og tiltak. I materialet svarar også eit fleirtal at behandlingsmål for den einskilde er utfordrande.

Tabell 4.6

*I kor stor grad arbeider ein med deldimensjonane i behandlingsmål ?
(svar i prosent)*

N = 52	Nesten aldri	sjeldan/ av og til	oftast/ nesten alltid
Eg utarbeidar operasjonelle mål for behandlinga	0	48	52
Behandlingsmål er formulert skrifteleg	2	21	77
Tiltak knytt til eigen klient er skriftelege	0	33	67
Behandlingsmål utarbeida for klientane i institusjonen er klåre	0	45	55
Behandlingsmål utarbeida for klientane er enkle å forstå	0	33	67
Behandlingsmål for den einskilde klienten er realistiske	0	20	80
Beh. mål for den einskilde er utfordrande	0	26	74
Det er oftast klår samanheng mellom mål og tiltak	0	27	73

Behandlingsmål gjev oftast eintydig moglegheit for tilbakemelding til klienten	0	63	37
--	---	----	----

Fleirtalet svarar at ein legg vekt på sosiale væremåtar når ein utarbeidar mål i behandling. Eigen erfaring fortel at sosiale veremåtar og mellommenneskeleg samhandling var vanskelege å skildra og enno vanskelegare å konkretisera. Det var vanleg å skissera sosiale målområder, men desse vart ofte globale der målinnhaldet til sjuande og sist ikkje var spesifisert for den einskilde klienten.

Mange legg vekt på sjølvstende hos klienten når ein utarbeidar behandlingsmål, medan ein relativt stor del berre av og til eller sjeldan let mål setta fokus på dagleglivsmeistring.

Tabell 4.7

Innhald i behandlingsmål (svar i prosent)

N = 51	Nesten aldri	sjeldan/ av og til	oftast/ nesten alltid
Ved utarb. av beh. mål vektlegg eg sosiale væremåtar som fremmar positiv sosial omgang	0	22	78
Ved utarbeiding av beh. Mål vektlegg eg sjølvstende hos den einskilde klienten	0	29	71
Beh. Måla fokuserar oftast på meistring av daglegl.rutinar	2	43	55

På bakgrunn av forventningane til svara er det ikkje mogeleg å eintydig seia at ein i stor grad legg vekt på spesifisering av behandlingsmål. Ein grunn er mellom anna at ein relativt stor del (48 prosent) svarar at dei sjeldan eller berre av og til operasjonaliserar mål i behandlinga. Med bakgrunn i oppsumert kunnskap er spesifisering og operasjonalisering peika på som viktige faktorar i forsvarleg målarbeid (sjå Locke & Latham 1990, s. 49; Kazdin 1994, s. 64).

Manglende operasjonalisering gjev og noko av forklaringa på at moglegheitene til eintydig støtta og tilbakemelding til klienten skårar relativt lågt (63 prosent svarar at dette sjeldan eller berre av og til let seg gjera).

Det er samanheng i at mål som ikkje er operasjonaliserte og spesifikke, tenderar til å verta globale, vanskelege å forstå, gjev tolkningsmon mellom personar og av den grunn mellom anna vert vanskelege å gje presise tilbakemeldingar på (sjå Kazdin 1994, s. 91).

På denne bakgrunnen er det og interessant å spørre seg om tiltak ein set ut i livet stemmer med dei mål ein til å byrja med formulerte. Det kan difor stillast spørsmål både med om behandlingsmål til vanleg er klare og realistiske, og om tiltak til vanleg står i positiv samanheng med dei formulerte måla.

På den andre sida er det positivt at så mange som 74 prosent svarar at mål vanlegvis er utfordrande.

Det er ikkje nok at mål berre er spesifikke, dei må og vera utfordrande om dei skal ha maksimal effekt i eit endringsarbeide (sjå Wright 1990, s. 230; Locke & Latham 1990 s. 49; Campell 1991, s. 6; Johnson & Kanfer 1992, s.122).

Her ligg det etter mi meining, ei utfordring i høve til moglegheitene for tilbakemelding til klienten. Utfordrande, tidvis vanskelege mål, bør vera spesifikke og operasjonaliserte slik at det er mogeleg å gje tilbakemelding i høve til klientane si faktiske fungering (sjå til dømes Campell 1991, s. 4, kor han gjer greie for ei tilbakemeldingssløyfe i samband med målspesifisering).

Til undersøkingsspørsmålet - i kor stor grad ein arbeider med deldimensjonane i mål, er det etter mi meining ikkje haldepunkt for å svara eintydig at ein oftast eller nesten alltid utøver denne delen av målarbeidet forsvarleg nok i institusjonen.

2) I kor stor grad arbeider ein med overføring av mål og tiltak til nærmiljøet

Om lag 60 prosent svarar dei berre av og til eller sjeldan samordnar behandlingsmål med viktige personar i klienten sitt nærmiljø. Heile 81 prosent svarar dei berre av og til, sjeldan eller nesten aldri overfører tiltak som har effekt i institusjonen til nærmiljøet.

Begge tendensane er interessante med bakgrunn i oppsumert kunnskap om at mål bør samordnast med nærpersonar og at tiltak bør prøvast ut i klientar sine naturlege miljø. Samstundes støttar svara tendensane andre stader i materialet der

det relativt klårt vert slege fast at det ikkje er vanleg praksis å dra heim og arbeida med føresette og klientar i deira heimemiljø.

På den andre sida fortel materialet at eit fleirtal (59 prosent) meiner det let seg gjera å overføra mål til skulesituasjonen, medan 61 prosent sjeldan, av og til eller nesten aldri meiner at behandlingsmål let seg overføra til heimen.

Eiga erfaring fortel at det til vanleg var enklare å formulera målinnhald som kunne gjelda i heimen og skulen, men at desse i hovudsak galdt for barnet/ den unge. Det var sjeldan me tillot oss å formulera endra veremåtar for nærpersonar (vaksne) rundt barnet eller den unge. Samstundes gjorde dette det vanskelegare å gjennomføra tiltak i naturlege miljø, mellom anna avdi me vanlegvis var nøgde med å få til sams oppfatningar og relativ semje om behandlingsmåla som skulle gjelda barnet. På det viset håpa me å administrera endring også hos dei vaksne rundt barnet.

Tabell 4.8

Samordning og overføring av mål og tiltak (svar i prosent)

N = 52	Nesten aldri	sjeldan/ av og til	oftast/ nesten alltid
Samordnar mål med viktige personar i klienten sitt nærmiljø	2	60	38

Tiltak som har effekt i institusjonen vert overført til nærmiljøet for utprøving	10	71	19
Behandlingsmåla som gjeld i inst. er mogleg å overføra til heimstadskulen	2	39	59
Beh. Mål som gjeld i inst. Er mogleg å overføra til heimen	2	57	41

Relativt få legg kategorisk vekt på normene i klienten sitt nærmiljø. Etter mi oppfatting er dette interessant avdi ein dermed ser vekk frå etablert kunnskap om at målinnhald bør vera tilpassa lokalt miljø og normsett for å optimalisera effekt i behandling. Eit fleirtal svarar at dei legg vekt på kunnskapar om klientane si fungering i deira miljø, medan ein tredel svarar at dei berre somme tider gjer det eller at dei har ein praksis som varierar. I materialet er det ein relativt klår tendens for at tradisjonell anamnestisk tilnærming står sterk ved at eit fleirtal (80 prosent) legg vekt på klienten sin livshistorie. Korkje normalfungering eller suksess hos andre barn skårar særleg høgt som grunnlag for behandlingsmål. Dette til tross for oppsumert kunnskap som fortel at terapeutar har relativt store vinstar å henta ved å bruka kunnskapar om normalfungering og suksess hos andre born i tilsvarende eller same situasjon når han/ ho utarbeidar og tilpassar mål for "sin klient."

Tabell 4.9

Lokalmiljøet og jamnaldringar si innverknad på mål (svar i prosent)

N = 52	1/ i lita grad	2/3 somme tider/ varierer	4/5 oftast/ i stor grad
I utarbeiding av behandlingsmål legg eg vekt på gjeldande normer i klienten sitt nærmiljø	4	57	39
I arbeidet med behandlingsmål legg eg vekt på kunnskap om klientane si	0	31	69

fungering i deira miljø			
Ved utarbeiding av behandlingsmål legg eg vekt på kunnskap om klientane sin livshistorie	0	20	80
I arbeidet med behandlingsmål brukar eg kunnskap om normalfungering hos barn i klienten sitt nærmiljø (skule, heim og fritid)	4	55	41
I arbeidet med behandlingsmål brukar eg kunnskap om veremåtar som fører til suksess for andre barn og unge i skule, heim og fritid	14	61	25

I høve til undersøkingsspørsmålet - i kor stor grad ein arbeider med overføring av mål og tiltak til nærmiljøet, legg ein etter mi meining relativt lita vekt på dette spesielt. Relativt mange seier dei sjeldan eller berre av og til samordnar mål med viktige personar i klienten sitt nærmiljø. På same viset svarar eit fleirtal at dei sjeldan eller berre av og til overfører tiltak som har effekt i institusjonen til nærmiljøet klientane lever i.

Etter mi meining styrker tendensane kunnskapen om at generalisering og arbeide med å halda ved lag veremåtar gjennom samordning og spesifikke tiltak knytt til overføring, ikkje vert spesielt ivareteke gjennom tiltak som opplæring av nærpersonar og arbeidsformer utøvd direkte i heimemiljøet (Stokes & Baer 1977; Rønning 1995).

Om det er hald i tendensane er det ikkje råd å konkludera med at samordning og overføringsarbeidet er forvarleg ivareteke i institusjonen. Innan dette området står det att store utfordringar med omsyn til praksisutvikling i institusjonen, før generalisering og vedlikehald av veremåtar i naturleg miljø er sikra på ein forsvarleg måte (sjå Kazdin 1994, s. 334).

I høve til grunnlaget for mål er det i materialet hald for å seia at livshistorie og klienten si fungering i eige miljø vert vurdert som viktig. Det er likevel ikkje råd å seia at dette er nok. Kunnskapane om lokale normer, normalfungering og veremåtar som fører til suksess for andre (sosial validering av mål) bør ha større plass i utforming av mål om ein jamfører med dokumentert kunnskap (Weist, Ollendick & Finney 1991, s. 521; Kazdin 1985).

3) Korleis involverer ein sentrale nærpersonar i mål, tiltak og overføringsarbeidet gjennom kontraktar, informert samtykke, overføringspraksisar med meir

Eit fleirtal (64 prosent) svarar at det vert skrive kontrakt med føresette.

Med bakgrunn i kontrakten sin verdi som styring og evalueringsreidskap for behandling, er det interessant at ein stor del av respondentane svarar dei nesten aldri, berre av og til eller har ein varierende praksis med omsyn til kontraktskriving. Tendensane tyder på at det ikkje er faste rutinar for dette viktige arbeidet i alle institusjonar.

Samstundes er det interessant at dei fleste ber føresette om å skissere mål for opphaldet ved institusjonen. Men, også her svarar ein tredel at det ikkje er rutine.

I overkant av halvparten svarar at det nesten alltid vert henta inn samtykkje frå føresette før ein set i gang behandling, medan ein tredel seier at dei berre sjeldan, at praksisen varierar eller nesten aldri sikrar slikt samtykkje. Det vert frå nokre respondentar kommentert at ein får generelt samtykkje til behandling når klienten startar ved institusjonen, men at dette ikkje kan oppfattast som det meir omfattande "informerte samtykkje." Det vert mellom anna hevda at generelt samtykkje er "svakt" samanlikna med informert, som etter kommentarane tyder at føresette og klient veit kva dei forpliktar seg til i behandlingssituasjonen. I høve til informasjon om behandlingstid og utviklingsforløp i behandlinga svarar eit stort fleirtal at dette oftast eller nesten alltid vert førespegla.

Tabell 4.10

Samarbeidsformer mellom føresette og institusjonen (svar i prosent)

N = 52	nesten aldri	av og til/ varierer	oftast/ nesten alltid
Det vert skrive samar- beidkontrakt med føresette	19	14	64
Ved innsøkjing ber ein føresette om å skisserer mål for inst.opphaldet	4	32	64
Føresette samtykkjer skrifteleg før igangset- ting av behandling	10	23	57
Føresette vert informert om forløp i behandlings- arbeidet	2	10	88
Føresette vert førespegla varighet i behandlinga	4	21	75

Eg hadde og på førehand tru på at mange fleire ville svara at det er vanleg å skriva kontrakt med innsøkande instans. Dette skuldast at eg ut frå egne erfaringar ofte samarbeida vidare med innsøkande instans i høve til tilbakeføringsarbeidet. Svara kan indikera at det ikkje er rutinar for slikt arbeid, eller at ein rett og slett ikkje spesifiserar vidare samarbeid i ein kontrakt. Sett i lys av at mange ikkje skriv kontrakt, er det interessant at dei fleste har erfaring for at innsøkande instans skisserar mål for institusjonsopphaldet.

Dei mest vanlege måla innsøkande instans skisserer er:

- hjelp til sosiale problem (73 prosent)
- hjelp i grensesettingsproblematikkar (69 prosent)
- hjelp til betra (styrka) sjølvbilete (58 prosent)
- hjelp med skulefaglege problem (47 prosent)

(n = 43)

Om me ser dei fire hyppigaste forandringsmåla foreldre/ føresette skisserar er desse følgjande (opent spørsmål med opplisting av tre mål):

- ta imot beskjed frå foreldre (76 prosent)
- betra sosialt samvere med andre barn og unge (68 prosent)
- overhalde grenser sett av vaksne (67prosent)
- betre lekserutiner (48prosent)

(n = 48)

Måla, slik dei er referert er tradisjonelle. Dei kan delast i tre, der: "å overhalde rutinar," "å høyra på og rette seg etter vaksne," og " å fungera akseptabelt i sosiale samanhengar" er hovudkategoriar.

Måla i seg er universelle og indikerar etter mi meining interessante tilhøve i samspel og rollefordeling mellom vaksne og barn/ unge.

Få av dei skisserte måla er spesifiserte, ingen skildrar veremåtar hos nærpersonar rundt barnet/ den unge. Dette kan vera tilfeldig. Likevel synest eg det er rimeleg interessant at ingen av måla som er beskrive rettar seg mot betydningsfulle personar rundt barnet/ den unge. Dette fortel kanskje at praksisen vår i høve til mål ikkje tek konsekvensane av at barn og unge utviklar seg i samspel med viktige vaksne nærpersonar. Funna indikerer at det enno er mest vanleg, og kanskje mindre konfliktfullt, å formulera mål for barn og unge enn å spesifisera mål for nære personar (vaksne) rundt barnet / den unge.

Tabell 4.11

Samarbeid mellom samarbeidspartar og institusjonen (svar i prosent)

N = 52	Nesten aldri	av og til/ varierer	oftast/ nesten alltid
Ein skriv samarbeids- kontrakt med innsøkande instans	29	19	52
Innsøkande instans har oftast skissert mål for opphaldet når dei søker klienten inn	8	50	42

Svara indikerer at ein involverer nærpersonar i arbeidet med klientane, men at ein sjeldan let nærpersonar gjennomføra behandlingstiltak. Dette byggjer opp under tendensar anna stad i materialet i høve til samordning og overføring av tiltak som har effekt til nærmiljøet. Ut frå tabellen kan det oppsummerast at ein involverer nærpersonar (familie/ føresette) i behandlingsarbeidet, medan dette i mindre grad skjer i høve til nærpersonar på skulesida. Svara samsvarar dårleg med tendensane i tabell 8, der overføring av mål til skulesida kjem ut med høgare andel positive svar enn mål overførte til heimesituasjonen.

Tabell 4. 12 Involvering av nærpersonar i behandlingsarbeidet (svar i prosent)

N = 52	1/ i lita grad	2/3 somme tider/ varierer	4/5 oftast/ i stor grad
Behandltiltak vert gjennomførde av sentrale personar i klienten sitt nærmiljø	28	50	22
Kunnskap om klienten si fungering i institusjon vert formidla til nære personar i klienten sitt heimemiljø	8	28	64
Sentrale nærpersonar rundt klienten vert involvert i behandlingssarbeidet	2	37	61
Heimstadskulen vert involvert i behandlingsarbeid	4	51	45

I høve til undersøkingsspørsmålet " Korleis involverer ein sentrale nærpersonar i mål, tiltak og overføringsarbeidet gjennom kontraktar, informert samtykke, overføringspraksisar med meir » er det haldepunkt for å seia at ein informerar nærpersonar om klienten si fungering. I materialet kjem informasjon om behandlingsforløp ut som den sterkaste enkeltfaktoren. Involvering av nærpersonar ut over å informera kjem svakt ut. Det same ser ut til å vera tilfelle med kontrakt og samtykkje i høve til føresette. I høve til involvering av nærpersonar i overføringsarbeidet kjem denne

praksisen og relativt svakt ut. I høve til undersøkings spørsmålet ser det ut til at ein legg størst vekt på å informera.

Når det gjeld problemstillinga om «forsvarleg målarbeid i institusjon» er det grunn til å stilla spørsmål ved om ein sikrar naudsynt tilslutting og forplikting frå klientane og deira føresette i høve til behandlingsarbeidet med dei praksisane som er komne fram (sjå Tubbs 1993, s. 86).

Det ser ut til at ein i noko grad kontraktfestar arbeidet (behandlingskontrakt), men at det i seg ikkje tyder at ein tilrettelegg spesifikt for at veremåtar held fram i naturlege miljø til dømes ved at nærpersonar får opplæring og sjølve administrerer tiltak (sjå Kazdin 1994, s. 334).

4) I kor stor grad deltek klienten sjølv i utforming av behandlingsmål og tiltak.

I arbeidet med materialet skiller eg på informasjon, involvering, tilslutting og forplikting. Å informera personar sikrar ikkje samstundes tilslutting, forplikting og deltaking frå dei. I materialet er det ein tendens til at informasjon til klienten kjem ut med høgare skår enn involvering av klienten i høve til mål. Det same gjeld i høve til tiltak, der berre 37 prosent svarar at dei oftast eller nesten alltid involverer klienten i utarbeiding av tiltak.

Med bakgrunn i eigen erfaring undrar eg meg over at så få ser ut til å arbeida aktivt med å involvera klientane i arbeidet med mål og tiltak. Sett på bakgrunn av at informasjon og involvering er sær viktige faktorar i arbeidet med å sikra tilslutting og forplikting er tendensane sær interessante (sjå Tubbs & Dahl 1991; Tubbs 1993).

Tabell 4.13

Involvering og forplikting av klienten i høve til behandlingsmål og tiltak (svar i prosent)

N = 52	Nesten aldri	sjeldan / av og til	oftast / nesten alltid
Eg informerar vanlegvis klienten om behandlingsmål	4	19	77
Eg involverer klienten i arbeidet med mål	8	45	47
Eg involverer klienten i utarbeidinga av tiltak	12	51	37

Den mest vanlege måten å informera om behandlingsmål er gjennom samtale med klienten. At ein og arbeider med behandlingsmål i samband med daglege gjeremål barn og unge utfører i institusjonen og i familiesamtalar stemmer med erfaringar eg sjølv har for at aktivitetar ofte var utgangspunkt for å utarbeida og koma fram til semje om behandlingsstrategiar. Det er verdt å merka seg at relativt få informerar gjennom familiesamtalar, men at dette kanskje stemmer godt med tendensane som syner at ein i relativt lita grad overfører mål til heimen.

Tabell 4.14

På kva for måte informerar du klienten om behandlingsmål - moglegheit for listing av fleire framgangsmåtar (svar i tal)

n = 48	
Gjennom einesamtalar	33
Gjennom daglege gjeremål	12
Gjennom familiesamtalar	23

Det vert og undersøkt kva for måtar ein involverer klienten i målarbeidet (fleire kryss mogeleg, n = 48). 44 respondentar svarar at dei brukar samtalen som viktigaste framgangsmåte for å involvera klientar i mål, 38 svarar

at dei gjer det gjennom å påpeika problemar og 12 svarar at viktigaste måten er gjennom ønsker for framtida. I sum kjem samtalen høgast ut.

Dei fleste svarar at dei oftast eller nesten alltid utarbeidar individuelle tiltak for dei einskilde klientane, medan det også her er ein relativt stor del som svarar at dei sjeldan, av og til eller nesten aldri utarbeidar individuelle tiltak. Dette indikerar etter mi meining at relativt mange ikkje arbeider differensiert og individualisert i høve til tiltak. Dette stemmer med egne erfaringar for at me i praksis ofte tydde til standard tiltak som var opplesne og vedtekne som "rette og gode" i institusjonen.

Svara fortel at omlag halvparten av respondentane oftast eller mest alltid evaluerer individuelle tiltak. Ut frå svara er det i alle tilfeller klart at evaluering vert gjennomført sjeldnare enn det eg på førehand trudde. Dette er, slik eg oppfattar det interessant avdi evaluering både tener til å fortella kva for nye eller etablerte målområder ein bør arbeide med vidare og kva for tiltak som har effekt eller kva for effektar tiltaka fører med seg. Svara indikerar at ein i røynda veit lite om målområder er fornuftige eller om tiltak har effekt.

Tabell 4.15 Individualisering i tiltak og evaluering av dei (svar i prosent)

N = 52	Nesten aldri	sjeldan / av og til	Oftast / Nesten alltid
Eg utarbeidar individualiserte tiltak for den einskilde	4	25	71
Individuelle tiltak vert evaluert	2	48	50

I høve til undersøkingsspørsmålet - « I kor stor grad deltek klienten sjølv i utforming av behandlingsmål og tiltak» ser det også her ut til at hovudtendensen er å informera ved hjelp av samtalen. Det er interessant at berre halvparten ser ut til javnleg å evaluera individuelle tiltak. Dette avdi informasjon frå evaluering kan gje eit godt grunnlag for vidare tilslutting og forplikting til arbeidet, og samstundes sikra viktig deltaking og innflyting frå brukarane sjølve.

Relativt mange har tidlegare svart dei ikkje har rutinar i høve til kontraktskriving, samordning, overføring, operasjonalisering og heller ikkje gode nok moglegheitar til å melda attende til klientar i høve til hans/ hennar fungering. Samla verkar verkar tilslutting og forpliktingsarbeidet til behandlingsmål difor svakt.

I høve til undersøkings spørsmålet ser det ut til at ein informerar klienten. Utover informasjon ser det ikkje ut til å vera utvikla praksisar som tek vare på deltaking frå den mål og tiltak gjeld for. Mi oppsummering er at grunnlaget for deltaking, tilslutting, forplikting og brukarstyring verkar svakt og lite utvikla.

5) Kva for kartlegging og utgreiingsmetodar er vanleg å bruka i institusjonen

Få (16 prosent), svarar at ein ved institusjonen vanlegvis brukar utgreiingsverktøy som har dokumentert vitenskapleg hald (fyller krav til valid og reliabel informasjon, som til dømes Wisc -r, Child behavior checklist - CBCL eller liknande) (Achenbach 1991; Wechsler 1967).

Eit fleirtal (omlag 90 prosent) svarar på andre sida at både ppt og bup brukar slike metodar. Det ser i ut til at mestedelen av informasjonsinnhentinga er tufta på bruk av metodar ein har utvikla på institusjonen, og fleire (om lag 35 prosent) svarar at dette er eit område ein burde utvikla vidare ved institusjonen.

I materialet kjem det fram at eit fleirtal legg vekt på breidt samansette utgreiingar, tilpassar mål til den einskilde klienten sitt funksjonsnivå og skiller klårt mellom vaksen, ungdoms og barnemål. Samstundes er det interessant at i overkant av ein tredel berre sjeldan, av og til eller nesten aldri legg same føringane til grunn før ein utformar mål. I høve til aldersdifferensiering svarar heile 43 prosent at dei berre sjeldan, av og til eller nesten aldri legg vekt på dette spesielt.

Tendensen er interessante på bakgrunn av kunnskapane ein har om individualisering, tilpassing og avstemming av mål til barn og unge sin alder og mogning (Ollendick & Green 1990; Sattler 1992; Kazdin 1994).

Eigne erfaringar er at me streva med å skilla mellom mål for ein sjuåring og ein tiåring. Dette til tross for at me arbeida mykje for å gje differensiert hjelp. Erfaringane var at mål som til dømes "betra sjøvbilete" vart skildra relativt likt for sjuåringen, tiåringen og jamvel for 15 - åringen.

Tendensane stemmer og med egne erfaringar for at me til vanleg tufta dei fleste mål på resultat frå direkte observasjonar, frå opne samtalar og frå meir eller mindre systematisk informasjonsinnhenting frå klientane og deira føresette. Dette gav i mange tilfelle ikkje nok grunnlag til å utforma komplekse målområde som til dømes mellommenneskeleg samhandling, konflikt og problemløysing.

Tabell 4.16

Grunnlaget for behandlingsmål i institusjonen - kartlegging, funksjon og alderstilpassing (svar i prosnet)

N = 52	nesten aldri	sjeldan / av og til	oftast / nesten alltid
Breidt samansette utgreiingar før utforming av beh. mål	2	35	63
Behandlingsmål er oftast tilpassa klienten sin funksjonsalder	0	27	73
Ved utforming av beh. mål skiller ein klårt mellom barne, ungdom og vaksenmål	2	41	57

Til påstandane om kva for kvalitetar kartleggingsmetodar bør ha meiner dei aller fleste at dei bør gje haldbar informasjon. Metodane bør ha eigenskapar som er dokumentert haldbare og at informasjonen først er til å stola på når den femner barnet sin totale livssituasjon. Det er interessant at så pass mange som 39 prosent er uenige eller ikkje veit om utgreiing er " ein hypotesetestande og utforskande prosess for å få kunnskap om eit individ, ei gruppe eller sosiale samanhengar for betre å

kunna utarbeida og evaluera tiltak.”

Tabell 4.17

Kvalitetar i kartleggingsmetodar (svar i prosent)

N = 50	heilt uenig	uenig/ veit ikkje	enig/ heilt enig
Kartleggingsmet. brukt i institusjonsarb. bør bidra til å gje haldbar informasjon om barnet/ den unge	0	19	81
Kartleggingsverktøy til bruk i institusjon bør ha eigenskapar som er dokumentert haldbare	4	20	76
Informasjon om barnet si fungering er først komplett når ein har haldbar informasjon om barnet sitt totale livsmiljø	0	27	73
Utgreiing er ein hypotesetestande og utforskande prosess for å få kunnskap om eit individ, ei gruppe eller sosiale samanhengar for betre å kunna utarbeida og evaluera tiltak	0	39	61

Eit knapt fleirtal seier seg enig eller heilt enig i at målet med kartlegging er å gje ei fullstendig beskriving av barn og unge sitt funksjonsnivå. På den andre sida svarar heile 49 prosent at dei er uenige, ikkje veit eller er heilt uenige i påstanden. Det er klare og markerte tendensar i materialet for at respondentane meiner kartlegging bør fange variasjon i fungering og beskrive ressursar og problemområde hos barnet/ den unge.

Sjølv om tendensane er positive for at respondentane meiner kartlegging bør inkludera omsorgssituasjon og at ein må ha god kunnskap om samspelet mellom familie-

medlemmar i heimen, er det påtageleg at heile 33 og 31 prosent meiner at ein ikkje treng slik kunnskap. Det kan hende seg at ein meiner andre instansar, til dømes barnevernet, skal greie ut omsorgssituasjonen. Om dette er rett håpar eg at ein i alle tilfeller hentar inn denne kunnskapen frå dei. Tendensen syner og at heile 31 prosent ikkje ser ut til å leggja særleg vekt på samspelet innad i familien.

Dette er urovekkande og interessant på bakgrunn av kunnskapar ein har om kor viktig samhandling og samspelet i familien er for utvikling hos barn og unge (sjå Lerner, Hess & Nitz 1991).

Tabell 4.18

Samansetting og variasjon i kartlegging (svar i prosent)

N = 50	heilt uenig	uenig/ veit ikkje	enig/ heilt enig
Målet med kartlegging i institusjon er å gje ei fullstendig beskriving av barn og unge sitt funksjonsnivå	6	43	51
Kartlegginga bør vera samansett og fange variasjon i væremåtar, tankar og følelsar hos barn og unge	2	6	91
Informasjon frå utgreiinga bør beskrive både ressursar og problemområde hos barnet/ den unge	0	8	92
Kartlegging bør inkludere omsorgssituasjonen for barnet/ den unge	6	27	67
For å igangsette tiltak på institusjonen er det viktig å ha god kunnskap om samspelet mellom familiemedlemmer i heimen	2	29	69

Respondentane seier seg samd i påstandane om at ein bør kunne bruka informasjon frå kartleggingane til å utarbeida mål og tiltak i det miljøterapeutiske arbeidet. Det same vert sagt i høve til prioritering mellom problemområder. Tendensen er noko svakare i høve til semje om at informasjonen frå kartlegginga i seg bør gje grunnlag for evalueringskriteriar knytt til behandlingseffekt.

Tabell 4.19

Kva bør ein kunna bruka kartlegginga ti (svar i prosent)

N = 50	heilt uenig	uenig/ veit ikkje	enig/ heilt enig
Informasjon frå kartlegginga må ein kunna bruka direkte til utarbeiding av mål og tiltak for det miljøterapeutiske arbeidet	4	18	78
Informasjon frå utgreiinga bør gje grunnlag for utarbeiding av evalueringskriteriar med omsyn til behandlingseffekt i arbeidet	2	37	61
Informasjon frå kartleggingsarbeidet bør bidra til sikrere prioritering med omsyn til aktuelle problemområde beskrive for behandling hos barnet/ den unge	0	21	79

Eit fleirtal seier dei legg vekt på informasjon frå foreldre når dei utarbeidar mål for klienten. Det er likevel verdt å merke seg at heile 37 prosent svarar at dei berre av og til eller at praksisen varierer om dei gjer det. Omlag to tredeler svarar at dei berre i lita grad, somme tider eller at praksisen varierer om dei legg vekt på informasjon frå søsken, medan mest ingen ser ut til å leggja vekt på informasjon frå kameratar.

Meir enn halvparten svarar og at dei berre somme tider, at praksisen varierer eller at dei i lita grad legg vekt på informasjon frå lærar om skulefagleg fungering. Tenden-

sen synest å vera at ein i større grad legg vekt på informasjon frå lærar om sosial fungering i skulesituasjonen.

Tabell 4.20

Kven er viktige informantar i høve til klienten si fungering (svar i prosent)

N = 52	1/ i lita grad	2/3 somme tider/ varierer	4/5 oftast/ i stor grad
Ved utarbeiding av behandlingsmål legg eg vekt på informasjon om klienten si fungering gjeve av foreldre / føresette	0	37	63
Ved utarbeiding av behandlingsmål legg eg vekt på informasjon om klienten si fungering gjeve av søsken	24	43	33
I utforming av behandlingsmål legg eg vekt på informasjon om klienten si fungering gjeve av vener/ kameratar	41	53	6
I utforming av behandlingsmål legg eg vekt på informasjon om klienten si skulefaglege fungering gjeve av lærar på heimstadskulen	6	45	49
Ved utforming av behandlingsmål legg eg vekt på info. Om klienten si sosialfung. i skule-situasjon gjeve av lærar på heimstadskule	0	37	63

Svara i tabell 21 indikerer at få gjer direkte observasjonar heime og i skulesituasjonen. I høve til fritid/ aktivitet er det grunn til å tru at ein stor del av respon-

dentane og svarar med bakgrunn i institusjonen som arena. Tendensane syner at ein samtalar med klientane om det som skjer i "andre" arenaer og at særst få nyttar seg av standardisert metodikk for å få slik informasjon. Det kan vera verdt å merka seg at praksis i høve til desse spørsmåla synest å vera at ein er open for informasjon frå personar som kjenner klienten i dei ulike arenaer barn og unge lever og verkar i.

Tabell 4.21

Vanlegvis hentar eg inn informasjon om klienten si fungering for å igangsetta og evaluera behandling i følgjande situasjonar og med følgjande metodar (fleire kryss er mogleg - svar gjeve i tal, n = 49)

Metodar	Klasserom situasjon	Heime situasjon	Fritid/ aktivitet
Direkte observasjon	14	18	32
Regelmessig samtale med klienten om	21	35	32
Standardisert intervju	0	2	3
Informasjon gjeve av sentrale informantar som kjenner klienten i desse situasjonane	24	42	34

I høve til undersøkings spørsmålet "Kva for kartlegging og utgreiingsmetodar er vanleg å bruka i institusjon" er hovudtendensane at ein ikkje brukar vitskapleg dokumentert og haldbare metodar. Dette skulle på andre sida kunna bety at ein for det meste brukar "heimeproduserte og institusjonstilpassa" metodikk. Noko som stemmer godt med eiga røynsle i høve til institusjonsarbeidet.

Dei fleste er samd med at kartlegging både bør vera breidt samansett og fange variasjon hos den/ dei ein kartlegg, samstundes som tendensar syner at ein ikkje er særleg oppteken av korkje omsorgssituasjonen eller samspelet barnet/ den unge er del av.

Den kartlegginga og utgreiinga ein gjer er det viktigaste som vert gjort med omsyn til å dokumentera kven klientane er, korleis dei fungerer og kvifor dei nyttiggjer seg institusjonen. Samla utgjer sentrale deler av denne informasjonen og grunnlaget, om ein vil, til å dokumentera kva for effektar behandlingsareidet faktisk har (sjå t.d. Rønning & Fyhn 1996).

At så mange seier seg heilt uenig, uenig eller ikkje veit om informasjon bør gje grunnlag for evaluering står kanskje i samanheng med tendensar ellers i materialet, der evaluering av tiltak og etterundersøkjingar ikkje skårar særskild høgt.

Foreldre, lærar, søsken og kameratar er i dag rekna som nokre av dei viktigaste informantane ein har i høve til barn og unge si fungering (sjå mellom anna Achenbach 1993). Det er difor interessant at tendensane i materialet ser ut til å gå i motsett retning når det gjeld desse informantgruppene.

6) Kva for andre faktorar grunnlegg behandlingsmål

Dei fleste respondentane seier seg enig i at behandlingsmål etter deira meining fokuserer på sosial fungering. I høve til teori svarar eit knapt fleirtal at dette oftast eller i stor grad gjev grunn for mål, medan nesten like mange meiner teori ikkje spelar så stor rolle. Meir enn to tredeler legg vekt på erfaringar dei har gjort med tilsvarande klientar/ klientgrupper. Omlag ein firedel svarar dei ikkje legg vekt på slike erfaringar.

Omlag to tredeler av respondentane seier seg ueinig i påstanden om at «eg vektlegg vanlegvis kunnskap om dokumentet behandlingseffekt med tilsvarande klientar».

Saman med spørsmålet om ”erfaring med tilsvarande klientar” kan tendensane indikera at personleg erfaring meir enn dokumentert kunnskap og teori ligg til grunn når ein utarbeidar behandlingsmål.

Tabell 4 22

Kva legg ein vekt på når ein skal utarbeida behandlingsmål(svar i prosent)

N = 52	1/ i lita grad	2/3 somme tider/ varierer	4/5 oftast/ i stor grad
Dei fleste behandlingsmål utarbeida på institusjonen fokuserer etter mi meining mest på sosial fungering	4	29	67
I arbeidet med behandlingsmål på institusjonen, er teori etter mi meining vektlagt	4	45	51
I utarbeiding av behandlingsmål legg eg vekt på erfaring frå arbeid med tilsvarande klientar/klientgrupper	2	27	71
Eg vektlegg vanlegvis kunnskap om dokumentert behandlingseffekt med tilsvarande klientar når eg utarbeidar mål	6	63	31

I høve til undersøkjingsspørsmålet ”Kva for andre faktorar grunnjev behandlingsmål” er det interessant å sjå at ein meiner dei fleste behandlingsmål fokuserer på sosial fungering. Likeeins at få legg vekt på dokumenterte behandlingseffektar. Det siste er tankevekkande på bakgrunn av diskusjonane som har vore reist om å gje større plass for oppsummering og dokumentasjon av praksis som utviklingsgrunnlag for miljøterapeutisk virke.

5. Konklusjonar

Oppgåva bygger på eit breidt og samansett undersøkingsområde. Etter gjennomgang og arbeide med datamaterialet ser eg at nokre av spørsmåla i spørjeskjemaet har fleire svake områder med omsyn til operasjonalisering og spesifisering i omgrep og spørsmålsstillingar. Trass i dette syner det seg tendensar som etter mi meining er moglege å festa lit til.

Målarbeidet i behandlingsprosessen

Målarbeidet har sentral plass i behandlingsprosessen. I seg speglar det kva som har gått føre seg av mellom anna utgreiing og problemprioritering før mål kjem til i prosessen. Mål verkar i sin tur inn på tiltak og kva og korleis ein evaluerer arbeidet. Slik kan arbeidet med mål vera ein god indikator på kvaliteten i behandlingsprosessen og om behandlingsarbeidet i heilskap er gjennomført på ein forsvarleg måte.

Avgrensingar i konklusjonane

Med bakgrunn i materialet er det ikkje råd å konkludera klårt og eintydig om målarbeide vert forsvarleg utført i institusjonen idag. Om forsvarleg målarbeid inkluderer utgreiing med dokumentert empirisk haldbar metodikk, samordning av mål med personar i nærmiljø, klare og differensierte kontraktar, prosedyrar for overføring av tiltak med positiv behandlingseffekt og spesifikke og utfordrande mål er det grunn til å tvila

Vidare utfordringar

Materialet syner at mange og interessante utfordringar står att før arbeidet med mål er forsvarleg gjennomført i institusjonane. Sidan målarbeidet står i samanheng med mange og kompliserte tilhøve vil eg peika på nokre av faktorane som kan vera viktige å utvikla vidare.

Involvering og forplikting

Den største utfordringa ligg kanskje i arbeidet med involvering og forliktelse i

behandlingsprosessen frå klienten sjølv, føresette og ”andre” viktige personar rundt barnet/ den unge. St. meld. 25 (1996 – 97) legg nettopp vekt på brukardeltaking, brukarstyrking, involvering og forplikting frå brukarar sjølve. Føringsane i meldinga skal gjelda på alle nivå, frå forvaltning, administrasjon til den enkelte behandlingssituasjonen. Intensjonane er såleis at brukarar sjølve skal vera meir aktive og ha større styring over det som går føre seg i sjølve behandlingsprosessen. Med bakgrunn i dei data som er samla inn og utfrå eigen erfaring er dette eit område som ikkje er spesielt langt utvikla innanfor barne og ungdomspsykiatrien. Det står att å utvikla arbeidet slik at det vert vanlegare å informera grundig, utforma kontraktar som fortel kva dei enkelte skal gjera, kva ein forventar av klient og føresette sjølve med meir.

Kontrakten

Kontrakten er ein reidskap til å arbeide mellom anna med forventingar til behandlingssituasjonen, med tilslutting og med forplikting til mål og tiltak som skal gjelda. Kontrakten er oftast naudsynt å revidera etterkvart som behandlingsprosessen går gjennom ulike fasar og kan såleis vera ein av dei viktigaste enkeltfaktoren for å korrigerer og gje framdrift til arbeidet. I arbeidet bør ein til dømes endra kontraktane slik at dei samsvarar med kva for fase ein er i behandlingsprosessen, og at ein gjennom ein slik framgangsmåte sikrar engasjement og forplikting frå dei som er rundt barnet/ den unge kontinuerlig.

Kartlegging – informasjon til klientane

Informasjon frå kartlegging og utgreiingsarbeidet gjev grunnlaget for dei mål som vert formulerte. Informasjonen bør vera sosialt haldbar og inkludera betydningsfulle informantar som har kunnskap om klienten i ulike og breiast mogelege situasjonar. Ein minststandardar i høve til kartlegging og utgreiing synest naudsynt å ha i institusjonen for at informasjonen både vert brei og detaljert nok til å formulera mål innanfor kognitiv, sosial og motorisk fungering. Eit kartleggingsbatteri bør sikra informasjon om omsorg og samspel innad i familien, og gje informasjon om somatiske, emosjonelle og personlegdoms funksjonar. Haldbare og overkommelige utgreiingsmetodar som er tilpassa miljøterapi og miljøterapeutar sjølv kan administre-

ra, vil vera ei utfordring å implementera i den miljøterapeutiske kvardagen.

Deldimensjonane i mål – spesifisering, utfordring og differensiering

I høve til tendensane i materialet står det att mange interessante utfordringar knytt til spesifisering, operasjonalisering og at mål for den einskilde vert gjort utfordrande og differensiert nok. Høgare grad av operasjonalisering sikrar betre moglegheit for å melda attende til klientane i høve til deira eigen fungering og utvikling av denne. Spesifisering i mål kan bidra til individualisering og differensiering i mål og at ein ser tydelegare kvar mål bør vera utfordrande og kva for områder barnet eller den unge kan strekka seg i høve til. For å få til ein slik praksis bør terapeutane får opplæring og javnleg vegleing på det dei gjer knytt til målarbeidet spesielt.

Avstemming av mål til normer og væremåtar i nærmiljø

Ei utfordring er å utvikla praksisar som bidrar til harmonisering og samordning av mål og tiltak med klienten sjølv, nærpersonar og normer i klient og føresette sitt naturlege miljø. I samband med det bør ein etter mi meining arbeida annaleis med overføringsarbeidet, avdi nærpersonar er dei næraste og potensielt største ressursane til å vera utøvarar av tiltak i overføringsarbeidet når barn og unge prøver seg ut i sine opprinnelege miljø.

Brukardeltaking

Brukardeltaking, innflyting, styrking og brukarstyring er sentrale og mangetydige omgrep i den helsepolitiske debatten. Erfaringar tyder på at vilje er tilstades, men at praktisk handling heng etter omgrepa. Hovudfunna i undersøkinga syner, etter mi meining den vanskelege utfordringa profesjonelle står ovanfor i møtet med brukarane av tenestane. I Stortingsmelding 25 (1996 – 97) legg ein til grunn at brukarane sjølve og deira føresette skal vera aktive deltakarar i behandlingsprosessen, og at dette i seg kan vera med å sikra kvaliteten på tenestane. I praksis syner det seg likevel vanskeleg å sikra brukardeltaking. Grunnane kan vera mange. Her er nok å nemna tradisjonar, manglande praksisar, menneskesyn, utdatert teoretisk kunnskap,

den tradisjonelle delinga i ekspert og pasientrolla, svake brukargrupper med meir. Brukarane står ikkje sjeldan att som dei behandla og dei profesjonelle som ekspertane og vitarane. Brukarar si sjølvtru og tru på egne ressursar i forandringsarbeidet vert ikkje styrka i slike samanhengar. Innanfor feltet står ein, etter mi meining, ovanfor mange og interessante utfordringar som vil heva kvaliteten i det barne og ungdomspsykiatriske arbeidet om ein er villeg til å endra og utvikla rådande praksisar.

Utvikling av institusjonsbasert miljøterapi

Sjølv meiner eg at dette står i nær samanheng mellom anna med å utvikla miljøterapi frå ein samtaleorientert metode i institusjonen, der den profesjonelle er forvaltar av kunnskap og dugleikar, til i høgare grad å arbeida *med* klientar i deira egne miljø på deira egne føresetnader. Konsekvensar vil mellom anna vera å informera betre, gjera kontraktarbeidet betre, arbeida meir der brukarane sjølve (barn/ unge og deira føresette) er og dermed arbeida meir med til dømes opplæring og rettleiing av nærpersonar der utfordringane og moglegheitene for varig endring er størst.

Største hindringane finn ein kan hende i motstanden mot å utvikla miljøterapi til eit empirisk basert virke. I røynda er det kanskje slik at det og er lettare å snakke og skrive om dokumentasjon av praksis enn å organisera og gjennomføra det. Det kan henda seg at tidene er i ferd med å skifta. Systematisering, dokumentasjon og offentliggjerding kan aldri erstattast av utøvarane sin sjølvrefleksjon kring eigen praksis i relativt lukka fagrom. Om dette er ein tendens, står ein i fare for å gjera den personlege dimensjonen, med egne erfaringar og relativt privat kunnskap til det største grunnlaget for utvikling av det miljøterapeutiske arbeidsfeltet.

Konsekvensane kan vera at det miljøterapeutiske virket vert drege vekk frå det offentlege rom og den naudsynte innsikten og diskusjonen feltet er avhengig av for å verta utvikla. Integrasjon mellom den kliniske verda og forskningsverda er avgjerande for å gjera det barne og ungdomspsykiatriske institusjonsfeltet meir rusta til å møta utfordringane ein står framføre (sjå Rønning 1997). Noko som i seg bør føra til

at vidareutdanning innan både vitenskaplege og kliniske områder i høgre grad vert satsingsområder for dei som dagleg arbeider med brukarane innan feltet.

Praktiske konsekvensar

Målarbeid er ein av dei mest sentrale faktorane i gjennomføring og administrasjon av behandlingsprosessen. Argumentet er at slik mål vert utforma, er dei i seg ein god indikator på om behandlingsprosessen er forsvarleg eller ikkje.

Ut frå dei data som ligg føre og med bakgrunn i eigen erfaring er det i høgste grad råd å utvikla målarbeidet i institusjonen. Opplæring, vegleiing, åpne drøftingar av målinnhald, prosedyrar for avstemming av mål med nærpersonar, rutinar for å sikra brukarmedverknad og deltaking og til dømes endra prosedyrar for utgreiing kan vera farbare område å utvikla.

6. Kva kan vera av interessa å undersøkje vidare

Ut frå undersøkingsfeltet er det fleire område som kunne vera interessant å gå djupare inn på. Eit ville til dømes vera korleis kontraktarbeidet verkar inn på målarbeidet. Det vil mellom anna vera interessant å sjå nærare på om konkrete tilhøve ein har kome til semje om i kontrakten verkar inn på kva for personar som vert inkludert i mål og dermed i behandlinga.

Eit anna interessant område å fordjupe seg i vil vera kva for verknad operasjonisering har for behandlingsarbeidet i seg. Her ville det mellom anna vera interessant å undersøkje korleis utøvinga av behandlingsarbeidet vert påverka av høg eller låg grad av operasjonisering og spesifisering i mål.

I høve til tilslutting og forplikting vil det vera interessant å undersøkje kva for praksisar som bidrar sterkast til å sikra desse sentrale faktorane. Samstundes ville det vera av sær stor interesse å sjå nærare på praksisar som sikrar brukardeltaking i behandlingsprosessen og om dette verkar inn på tilhøver som til dømes vedlikehald og varighet i endra veremåtar.

Samordning av mål med personar i naturlege miljø vil vera interessant å undersøkje grundigare, til dømes gjennom kva for effektar høg grad av sosial harmonisering og tilpassing i mål har for å sikra at veremåtar held fram i naturlege miljø.

Eit siste område, som for meg er viktig er kva for prosedyrar som er mest effektive i høve til overføring av tiltakseffekt til nærmiljøet.

7. Referanser

- Achenbach, T. M. (1991). *Manual for the Revised Child Behavior Checklist*. Burlington, VT: Author
- Bandura, A (1986). *Social Foundation Of Thought & Action. - A Social Cognitive Theory*. London: Prentice Hall
- Bandura, A (1977a). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.
- Bergin, A.E. & Garfield, S.L. (1994) Overview, Trends And Future Issues. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds). *Handbook Of Psychotherapy And Behavior Change (fourth edition)*.
- Brendtro, L.K. & Ness, A.E. (1983) *Re- Educating Troubled Youth. Enviroments For Teaching And Treatments*. New York: Aldine De Gruyter.
- Buckholdt, D.R. & Gubrium, J.F. (1980). The Underlife Of Behavior Modification. *American journal Orthopsychiatria*, 50, (2), 279 - 290.
- Cardillo, J.E. (1994). Goal Setting, Follow – Up, and Goal Monitoring. I T.J Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (Eds.) *Goal Attainment Scaling: Application, Theory, and Measurment*. New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates.
- Campbell, D.J. (1991). Goal Levels, Complex Tasks, And Strategy Development: A Review And Analysis. *Human performance*, 4, 1-31.
- Clark, D.H. (1971). *Administrative Therapy. The Role Of The Doctor In The Therapeutic Community*. London: Tavistock Publications.
- Christensen, J.S. & Larsen, E. (1992) Miljøterapi Set Ud Fra En Systemorienteret Sysnsvinkel. I B. Bechgaard (red.) *Miljøterapi*. København: Hans Reitzels Forlag
- Dalsgaard, O.S. (1992) Sosial nettverk, sosial integrasjon og psykisk helse. I: Live Fyrand (red.) *Perspektiver på sosial nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dawes, R.M. (1994). *House of Cards. Psychology and Psychotherapy Built on Myth*. New York: The Free Press.
- Emery, R.E. & Marholin, D., II. (1977) An applied behavior analysis of delinquency.

The irrelevancy of relevant behavior. *American Psychologist*, 32, 860-873.

Grønvold, E. (1992). Den systematiske arbeidsmodellen. (Upublisert manus), NKSH. Oslo.

Harvey, J.H., Burgess, M.L., & Orbeck, T.L. (1991). History and theories of social psychology: Their relevance to behavior therapy. I: P.R. Martin (edit). *Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science. An Integrative Approach*. New York. Pergamon Press.

Horne, H. & Øyen, B. (1991). *Målrettet miljøarbeid*. Oslo: G.R.D. forlag.

Horstmann, Ann. M. (1988). Peer Ratings of Children's Assertive and Unassertive Behavior: A Social validation Study. *Child and Family behavior Therapy*, 10, (2/3), 143 - 159

Johnson, D.S., & Kanfer, R. (1992). Goal - Performance Relation: The Effects of Initial Task Complexity and Task Practice. *Motivation and Emotion*, 16 (2), 117 - 141.

Judd, C.M., Smith, E.R., & Kidder, L.H. (1991). *Research Methods in Social Relations (6. edition)*. Forth Worth: Holt, Reinhart and Winston Inc.

Kanfer, F.H. & Goldstein, A. E. (1980). Introduction. I F.H. Kanfer & A.. E. Goldstein. *Helping people change. A textbook of methods (second editon)*.

Kazdin, A.E. (1985). Selection of Target Behaviors: The Relationship of The Treatment Focus to Clinical Dysfunction. *Behavioral Assessment*, 7, 33-47

Kazdin, A. E. (1992). *Research Design in Clinical Psychology. (second editon)*. Boston: Allyn and Bacon

Kazdin, A. E. (1994). *Behavior Modification in applied settings*. 5 th. edition. California: Brooks/ Cole Publishing Company

Kiresuk, T.J. (1994) Conceptual Background. I T.J Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (Eds.) *Goal Attainment Scaling: Application, Theory, and Measurment*. New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates.

Kiresuk, T.J. & Choate, R.O. (1994) Applications of Goal Attainment Scaling. I T.J Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (Eds.) *Goal Attainment Scaling: Application, Theory, and Measurment*. New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates.

- Klein, H.J., Whitener, E.M. & Ilgen, D.R. (1990). The role of Goal specificity in the Goal - Setting Process. *Motivation and Emotion*, 14, (3), 179 - 193
- Kvale, S. (1989). To Validate is to Question. I S. Kvale (edit). *Issues of Validity in Qualitative Research*. Lund: Studentlitteratur
- Lageraaen, P (1983). Metodetips. Miljøregler og problemløsningsmanual. *Tidsskrift for miljøterapi*, (3), 20 – 21.
- Lambert, M.J. & Bergin, A.E. (1994). The effectiveness of psychotherapy. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior Change (fourth edition)*.
- Larsen, E. & Selnes, B. (1975). *Fra avvik til ansvar. En miljøterapeutisk tilnærming til ungdom i institusjon*. Oslo: Tanum.
- Larsen, Erik (1985). Miljøterapeutisk institusjons- behandling av barn og ungdom. Et sentralt arbeidsfelt for klinisk psykologi i Norge. I: P.A. Holter, S. Magnussen og Sigrud Sandberg (red): *Norsk psykologi i 50 år*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Larsen, E. (1988). Ideologisk versus empirisk forståelse som grunnlag for profesjonelt arbeid i barnevernet. I E. Larsen (red). *Utviklingsperspektiver på praktisk barnevern. Tolv innlegg om forskning og utviklingsmuligheter i barnevernet*. Oslo: Tano
- Larsen, K.A. & Nytrøen, A.M. (1987). Målvalgsprosessen i opplæring av psykisk utviklingshemmede. *Hovedoppgave i spesialpedagogikk*, Statens spesiallærerhøgskole, Hosle.
- Lerner, R.M. (1986). *Concepts and theories of human development*. 2. Utg. New York: Random House
- Lerner, R.M., Hess, L.E., & Nitz, K. (1991). Towards the integration of human developmental and therapeutic Change. I P.R. Martin (edit). *Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science. An Integrative Approach*. New York. Pergamon Press.
- Locke, E.A., Latham, G.P., Shaw, K.N., Saari, L.M. (1981). Goal setting and task performance: 1969 - 1980. *Psychological bulletin*, 90 (1), 125 - 152.

- Locke, E. A. & Latham, G.P. (1990) *A theory of Goal setting & Task performance*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice - Hall.
- Martinsen, K. (1990). Omsorg i sykepleien - en moralsk utfordring. I: K. Jensen. *Moderne omsorgsbilder*. Oslo: Gyldendal.
- Matre, P.J. (1994) Forprosjektrapport - "Prosjekt Seidajøk 1994 - 98." (Upublisert internt materiale). Seidajøk barnepsykiatriske behandlingsheim, Tana,
- Moynahan, L. (1991) Los - modellen. Fra inntak til utskriving. I Sissel Krabbe (red). *"Rapport - Fjellbrott behandlingssenter - tilbakeblikk, status og framdrift."* (Upublisert materiale), Fjellbrott ungdomspsykiatriske behandlingssenter, Solbergelva.
- Nattrud, A.E. (1992). *Målhierarkiet*. (Upublisert materiale), Bogerudheimen ungdomspsykiatriske senter, Oslo.
- Nielsen, G. (1988). Praksisrelevant forskning i barnevernet. Noen Synspunkte på forholdet mellom forskning og praksis ut fra erfaringer med psykoterapi og psykoterapiforskning. I E. Larsen (red). *Utviklingsperspektiver på praktisk barnevern. Tolv innlegg om forskning og utviklingsmuligheter i barnevernet*. Oslo: Tano
- Nielsen, P. (1994). *Produktion af viden - en praktisk metodebog*. København: Teknisk Forlag a/s.
- Nilsen, T. & Rønning, J.A. (1997). Diagnostisering av ADHD ved bruk av en differensiell flerperspektiv hypotesetestende tilnærming. En kase studie. *Tidsskrift for norsk psykologforrening*. 34, (7), s. 587 – 594.
- Ogden, T. (1995). Kompetanse i kontekst. En studie av risiko og kompetanse hos 10 - og 13 - åringer. *Rapportserie fra Barnevernets Utviklingssenter nr. 3, 1995*.
- Ollendick, T. (1986) Behavior Therapy with children and adolescents. I: Garfield, S.L. & Bergin, E.N. (edit) *Handbook of psychotherapy and behavior change*. New York: Wiley.
- Ollendick, T & Greene, R. (1990) Behavioral Assesment Of Children. I: G. Goldstein & M. Hersen (edit): *Handbook of psychological assessment*. Second edition. New York: Pergamon Press.
- Orlinsky, D.E., Grawe, K. & Parks, B.K. (1994). Process and outcome in

psychotherapy - noch einmal. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds). *Handbook of psychotherapy and behavior Change (fourth edition)*.

Pancoast, D.L. (1992) Den psykologiske betydningen av sosial støtte.
I: Live Fyrand (red.) *Perspektiver på sosial nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget

Perlman, M.D & Kaufman, A.S. (1990) Assessment of child intelligence.
I: G. Goldstein & M. Hersen (edit): *Handbook of psychological assessment*. Second edition. Pergamon Press.

Peterson, R. A. (1991). Psychosocial determinants of disorder: Social support, coping and social skills interactions. I: P.R. Martin (edit). *Handbook of Behavior Therapy and Psychological Science. An Integrative Approach*. New York. Pergamon Press.

Radke - Yarrow, M. (1991) The individual and the environment in human behavioural development. I: P. Bateson (edit.) *The development and integration of behaviour. Essays in honour of Robert Hinde*. Cambridge: Cambridge University Press.

Reichelt, S. & Skjerve, J. (1983). *Målvalg i atferdsterapi med barn og familier*. Oslo: Universitetsforlaget.

Rønning, J.A. (1983). Når endring av de organisatoriske rammebetingelser er en forutsetning for å drive effektiv behandling på institusjon for psykisk utviklingshemmete. I: J. Skjærve & S.Å. Thorsen. *Mål i arbeidet med psykisk utviklingshemmete*. Oslo: Universitetsforlaget

Rønning, J.A. (1995). Changing the ecology of residential units for profoundly and severely mentally handicapped adults. – A quasi experimental investigation of generalization and maintenance of behavior change. *Scandinavian Journal of Psychology*, 36 (1)

Rønning, J.A. (1997). Regionsenteret i Barne – og ungdomspsykiatri. Akkulturasjon mellom forskning og klinisk praksis.
Tidsskrift For Norsk Psykologforening.34,(3), s. 204 – 212.

Rønning, J.A. & Thorsen, Å. (1983). Generalisering og varighet av behandlingseffekt: Presentasjon av et forskningsprosjekt.
Tidsskrift for Norsk Psykologforening ,20, 509 – 519.

Rønning, J.A. & Fyhn, O. (1996). Kvalitetssikring av barne - og

ungdomspsykiatriske poliklinikker. *Tidsskrift For Norsk Psykologforening*. 33, (7), 634 - 640.

Sattler, J. (1992) *Assessment of children. Revised and updated third edition*. Jerome M. Sattler. Publishers. Ltd.

Schwartz, S. (1991) Clinical decision making. I P.R. Martin (edit.) *Handbook of behavior therapy and psychological science. An integrative approach*. New York: Pergamon general psychology series.

Schein, E. H. (1980). *Organisasjonskultur – og Ledelse. Er kulturendring mulig ?* Oslo: Mercuri Libro Forlag A.S.

Schön, D. (1991). *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey - Bass Publishers

Skinner, B.F. (1953). *Science and Human Behavior*. New York: Macmillan Publishing Co.

Skovholt, T.M. & Rønnestad, H.M. (1992). *The evolving professional self. Stages and themes in therapist and counselor development*. Chichester: Willey.

Smith, A. (1994). Introduction and Overview. I T.J Kiresuk, A. Smith & J. E. Cardillo (Eds.) *Goal Attainment Scaling: Application, Theory, and Measurment*. New Jersey: Lawrens Erlbaum Associates.

Sommerschild, H & Grøholdt, B (1989). *Lærebok i barnpsykiatri*. Oslo: Tano.

Sosionomen 12/92. Omslag - baksidetekst. Usignert.

Stokes, & Baer,D.M. (1977) An implicit tecnology of generalization. *Journal of Applied Behavior Analysis*, 10, 349 - 367.

Theophilakis, M. (1990) *Behandlernes hus. Om psykiatrisk nstitusjonsbehandling av barn*. Oslo: Universitetsforlaget.

Triesman, A.E., Whittaker, J.K., Brendtro, L.K. (1969). *The other 23 hours. Child care work with emotionally disturbed children in a therapeutic milieu*. N.Y: Aldine de Gruyter.

Tubbs, M.E. (1993). Commitment as a moderator of the goal - performance relation: A case for clearer construct definition. *Journal of applied psychology*, 78, 86 -97.

Tubbs, M.E. & Dahl, J.G. (1991). An empirical comparison og self report and diskrepancy measures of goal commitment. *Journal og applied psychology*, 76, 708 - 716.

Undheim, J.O. (1985). *Innføring i statistikk for samfunnsvitenskaplige fag*. Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek.

Vedeler, G.H. (1972). *Samspill. En studie av ungdom og behandlere*. Oslo: Universitetsforlaget - Munksgaard.

Vedeler, G.H. (1983). Barne og ungdomspsykiatriens historie. *Tidskriftet Miljøterapi*, 9, s. 2-12.

Von der Lippe, A. L. & Høstmark Nielsen, G, (1993). *Psykoterapi Med Voksne. Fem perspektiver på teori og praksis*. Oslo: Tano.

Wechsler, D. (1967). *Manual for the Wechsler Preeschool and Primary Scale of Intelligence*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Wechsler, D. (1967). *Manual for the Wechsler f Intelligence Scale for Children - Revised*. San Antonio: The Psychological Corporation.

Weist, M.D., & Ollendick, T.H. (1991). Towards Empirically Valid Target Selection. The Case of Assertiveness in Children. *Behavior Modification*, 15 (2), 213-227.

Weist, M.D., Ollendick, T.H., Finney, J.W. (1991). Towards the empirical validation of treatment targets in children. *Clinical psychology*, 11, 515 - 538.

Wright, P.M. (1990). Operationalization of Goal Difficulty as a Moderator of the Goal Difficulty - Performance Relationship. *Journal of Applied Psychology*, 75, (3), 227 - 234.

Andre referanser

Lov om psykisk helsevern, 1961.

Lov om sykehus, 1969.

Nasjonal Strategi for kvalitetsutvikling i helsetjenesten, 1995. Sosial og helsedepartementet og Satens helsetilsyn.

Nynorskordboka, Definisjon og rettskrivingsordbok (1986). Oslo: Det norske samlaget.

Webster New Twentieth Century Dictionary (1979). New York: Simon and Schuster.

Stortingsmelding 25 (1996 – 97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial og helsedepartementet.