

Terapeut og pedagog

En fokusgruppeundersøkelse der kliniske pedagoger drøfter verdien av sin pedagogiske kompetanse i klinisk terapeutisk arbeid.

Elin Kreyberg



Masteroppgave i spesialpedagogikk ved Det
utdanningsvitenskaplige fakultet, Institutt for Spesialpedagogikk

UNIVERSITETET I OSLO

13.november 2009

SAMMENDRAG

Arbeidet i Psykisk Helsevern for Barn og Unge (PHBU) er organisert rundt det tverrfaglige teamet. I dette teamet arbeider det oftest leger (barnepsykiatere), psykologer, kliniske sosionomer og kliniske pedagoger. Kliniske pedagoger er pedagoger med spesialistkompetanse i barn og unges psykiske helse. Som kliniske pedagoger har de en tre-årig terapeutkompetanse. De arbeider for det meste i Psykisk helsevern for barn og unge, og er da tilsatt som helsepersonell. Rammene for møtet med det enkelte barn eller unge er forskjellig for pedagogen og terapeuten. I de siste årene har nye terapimetoder vokst frem og kunnskapen om terapi har økt. Det er vesentlig for barn og unge som henvises til psykisk helsevern at ulikhetene i det tverrfaglige teamet kommer dem til gode. Dette gjelder både i forhold til ulikheter i kompetanse og forståelse de ulike terapimetodene i mellom, men også de profesjonsspesifikke ulikhetene. Hvorvidt og eventuelt hvordan den pedagogiske kompetansen er verdifull i terapeutisk arbeid med barn og unge, er et mangelfullt beskrevet område.

Jeg formulerte følgende problemstilling: Hvordan vurderer kliniske pedagoger nytten av sin pedagogiske kompetanse i terapeutisk arbeid? Jeg var særlig interessert i hvorvidt den pedagogiske kompetansen ble vurdert som verdifull og om den preget det terapeutiske arbeidet de gjorde. Jeg ønsket å belyse tema med kliniske pedagogers egen vurdering. Formålet med studien var å søke empirisk kunnskap om kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse.

Ut fra en antagelse om at mye av kunnskapen om dette området var ”taus kunnskap” (Befring 2007), valgte jeg en kvalitativ tilnærming med fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Jeg samlet ni kliniske pedagoger fra poliklinikker for barn og unges psykiske helse i, eller i nærheten av, Oslo. Jeg fordelte informantene i to fokusgrupper som møttes to ganger hver. I analysearbeidet brukte jeg Grounded

Therory, slik den ble beskrevet av Corbin og Strauss (2008), som en guide. I analyseprosessens siste steg trer relevant teori frem fra materialet og bidrar til en begrepsliggjøring som kaster lys over mitt forskningsspørsmål.

Studien har to hovedfunn.

- De kliniske pedagogene gir uttrykk for at den pedagogiske kompetansen er verdifull og preger deres terapeutiske arbeid.
- Fokusgruppene beskriver en terapeutisk praksis som jeg finner best kan forstås ut fra et utvidet terapibegrep.

Jeg drøfter dette utvidete terapibegrepet som innehar to perspektiv på terapeutisk arbeid. Det ene har jeg kalt ”å se inn”. Det andre ”å se ut”. De to perspektivene opptrer parallelt og samtidig og innebærer at de kliniske pedagogene i sitt terapeutiske arbeid både fokuserer på intrapsykiske prosesser og, på ulike måter, bringer oppvekstarenaen til barnet inn i terapien.

Funnene gir grunnlag for å peke på noen fellesområder og noen ulikheter mellom de to kompetanseområdene pedagogikk og terapeutisk arbeid. Det er mitt håp at funnene vekker gjenkjennelse både hos fagfolk og pasienter. I så fall kan de være verdifulle i vurderinger av hvordan kliniske pedagogers terapeutisk kompetanse best kan komme barn og unge i psykisk helsevern til gode.

FORORD

Det siste året har jeg vært relativt opptatt av masterprosjektet mitt. Det har kostet disiplin, flid og struktur utover det jeg ”egentlig” trodde jeg hadde i meg. Resultatet, produktet, slik det foreligger, må jeg selv stå ansvarlig for. Imidlertid hadde jeg ganske sikkert ikke kommet i mål, om det ikke hadde vært for gode hjelpere. Det er mange som skal takkes.

Takk til to flotte veiledere. Inger Lise Sæther som var til uvurderlig starthjelp og Kari Trøften Gamst som overtok og fulgte meg gjennom prosessen, helt til mål. Takk for gode kommentarer og innspill og for inspirerende og lærerike møter.

Takk til ni entusiastiske og kloke kliniske pedagoger som ga meg materiale jeg kunne jobbe med. Uten dere hadde dette definitivt ikke vært mulig.

Takk til kollegaer ved Nic Waals Institutt og ved R.BUP som ved sin romslighet har gjort det mulig for meg å være mindre arbeidsom og mindre til stede på mine to arbeidsplasser i denne tiden, og som i tillegg har vært entusiastiske og ambisiøse på mine vegne. Det har vært helt nødvendig og veldig inspirerende.

Takk til kollegaer og venner utenfor arbeidshverdagen min, som har lånt meg øret og gitt viktige refleksjoner inn i arbeidet.

Sist, men ikke minst takk til Audun og Eirik og til venner som har holdt ut med meg til tross for at jeg til tider har vært urimelig ”nerdete” og usosial.

Oslo, november 2009

Elin Kreyberg

Innholdsfortegnelse

1.	Innledning.....	8
1.1	Problemområde og Målsetting	8
1.2	Studiens berettigelse.....	9
1.3	Oppgavens struktur	10
1.4	Avgrensning av oppgaven	11
2.	Teoretisk bakgrunn og rammeverk.....	12
2.1	En definisjon av fagfeltet	12
2.2	Tverrfaglighet og mangfold.....	13
2.3	Hva er en klinisk pedagog?	15
2.3.1	Rammer	15
2.4	Hva gjør kliniske pedagoger?.....	15
2.5	Terapi	16
2.5.1	Hva er psykoterapi?	16
2.5.2	Ulike terapeutiske retninger og metoder.....	18
2.5.3	Hva sier forskningen om effekten av terapi?	21
2.5.4	Pedagogisk terapi?.....	22
3.	Vitenskapsteoretisk og metodisk tilnærming.....	24
3.1	Vitenskapsteoretisk ramme	24
3.2	Datainnsamling.....	26
3.2.1	Det kvalitative forskningsintervju	26
3.2.2	Gruppeintervju og fokusgruppeintervju.....	27
3.3	Moderator	28

3.4	Utvalg.....	30
3.4.1	Intervjuguide.....	32
4.	Analyse, funn og drøfting.....	35
4.1	Grounded theory.....	35
4.2	Transkribering.....	37
4.3	Manuel koding eller bruk av dataprogrammer?.....	39
4.4	Analyse av gruppeprosessen og kommunikasjonen.....	40
4.5	Hva er det de sier? Åpen koding.....	42
4.6	Hvordan forholder de tolv temaområdene seg til hverandre? Aksial koding.....	44
4.6.1	Arenakompetanse – ”Vi kjenner skolen og barnehagens indre liv”.....	45
4.6.2	Barnefaglig kompetanse – ”Jeg hadde jo snakket med hundrevis av barn!”.....	50
4.6.3	Mestringskompetanse – ”Det at vi lærer av våre feil, det har jeg slutta å tro på! Vi lærer av at andre folk ser mestringsen vår!”.....	55
4.6.4	Endringskompetanse – ”Å jobbe sammen mot et mål, det er jo det det dreier seg om!”.....	60
4.7	Selektiv koding – begrepsliggjøring - teoretisering.....	68
4.7.1	Et utvidet terapibegrep.....	69
4.7.2	Å se ut - Fokus på individets samspill med omgivelsene.....	73
4.7.3	Å se inn – fokus på intrapsykiske prosesser.....	74
5.	Validitet og reliabilitet.....	77
6.	Etiske refleksjoner.....	81
7.	Konklusjoner og implikasjoner.....	83
7.1	To hovedfunn - Refleksjoner rundt et mønster.....	83
7.2	Hva så?.....	85
	Kildeliste.....	87

8.	Vedlegg	95
8.1	Kvittering på melding om behandling av personopplysninger NSD	96
8.2	Forespørsel om deltakelse	97
8.3	Samtykke.....	100
8.4	Intervjuguide	101
8.5	Tilleggsspørsmål	103

1. Innledning

Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) er et tverrfaglig fagfelt. De direkte pasientrelaterte kjerneoppgavene er utredning, diagnostikk og behandling (Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, 2008). Det forventes at alle som arbeider i feltet har kompetanse på kjerneoppgavene. Utredningskompetansen har noen fellesområder, men også klart definerte profesjonsspesifikke kompetanseområder. Behandlingskompetansen har mindre klare profesjonsspesifikke avgrensninger. I behandlingsforskning arbeides det med å finne adekvate effektmål på terapeutisk arbeid. I kjølevannet av denne forskningen dukker det opp diskusjoner om en metode skal ha fortrinn fremfor en annen og dernest også om ulike profesjoner har ulik tilnærming til terapeutisk arbeid. Denne studien skal omhandle kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse med fokus på hvordan kliniske pedagoger vurderer verdien av sin pedagogiske kompetanse i terapeutisk arbeid.

1.1 Problemområde og Målsetting

Jeg velger å bruke problemområde fremfor problemstilling fordi studien vil belyse et større felt og følge en prosess der spesifisering av problemområdet er en del av selve studien (Seltzer i : Halvorsen, Ropstad, Rund og Seltzer, 2006). Kliniske pedagogers terapeutisk kompetanse er den videste definisjonen av det problemområdet dette arbeidet omfatter. Kliniske pedagoger har en pedagogkompetanse før de blir terapeuter. Jeg ville undersøke kliniske pedagogers vurdering av verdien av den pedagogiske grunnkompetansen i forhold til terapeutisk arbeid. Jeg ønsket å undersøke hvorvidt de to kompetanseområdene styrket hverandre, og om det ville avdekkes motsetningsforhold mellom dem. Jeg har spesifisert problemområdet ved å *be kliniske pedagoger reflektere over sin terapeutiske praksis og vurdere verdien av sin pedagogiske kompetanse i forhold til dette arbeidet*. Problemområdet har sprunget ut av min kliniske erfaring som terapeut, mitt engasjement og arbeid med

spesialistutdanning for klinisk pedagoger og av senere års terapiforskning (f eks Carr,2009 og Orlinsky og Rønnestad, 2005).

For å finne svar på forskningsspørsmålene mine (Kvale, 1997) ba jeg fokusgrupper med kliniske pedagoger ta utgangspunkt i egen terapeutisk praksis og drøfte verdien av pedagogkompetanse i lys av tre kjernesporsmål:

- *Hva gjør dere faktisk når dere arbeider terapeutisk?*
- *Hvordan begrunner dere terapeutiske intervensjoner?*
- *Hva tenker dere er virksomme elementer i det terapeutiske arbeidet dere gjør?*

Jeg har jeg et ønske om at studien kan være et bidrag til en kunnskapsbasert forståelse av kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse.

1.2 Studiens berettigelse

Er det rimelig å anta at denne studien på noen måte vil komme til nytte(Befring, 2007)? ”Nytte” i denne sammenhengen er et vidt begrep. PHBU er et tverrfaglig felt der arbeidsenheten er det tverrfaglige teamet. De ulike profesjonene har ulike profesjonsspesifikke oppgaver, men det finnes også mange fellesfaglige områder og oppgaver. PHBU skal diagnostisere, initiere tiltak og iverksette behandling for barn og unge fra 0 – 18 år og deres familier. Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Helsedirektoratet, 15-1570, 2008) beskriver hvordan det forventes at alle som arbeider i PHBU har kompetanse på disse kjerneoppgavene. I de siste årene har det vokst frem et mylder av behandlingsmetoder. Roth og Fonagy (1996) referer Kazdin som har identifisert over 400 ulike psykoterapeutiske metoder. I dag er det mest sannsynlig enda flere. Parallelt med dette mangfoldet i metoder har det også vokst frem et krav om åpenhet, tilgjengelighet og brukerorientering . I dette ligger også et krav om eksplisitte og dokumenterte begrunnelser for vurderinger og valg. Naturlig følger en debatt om de ulike metodenes effektivitet og hvorvidt en metode

skal fortrinn fremfor en annen (Carr, 2009). I kjølvannet av effektstudiene spør en seg videre om det er mulig å identifisere terapeutvariabler (Orlinsky og Rønnestad, 2005) som effektvariabler. Profesjon kan være en slik variabel. Kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse er et område det finnes svært lite empirisk kunnskap om.

Mitt håp er at studien kan være et bidrag til økt empirisk viten om kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse og at funnene kan inspirere til tjenesteutvikling og debatt.

1.3 Oppgavens struktur

Studien tar for seg kliniske pedagogers vurdering av verdien av sin pedagogbakgrunn i arbeid som terapeuter. Feltet jeg har fokus på ligger i en klinisk terapeutisk verden. Fordi denne konteksten er forskjellig fra de fleste pedagogers kontekst, vil jeg begynne med, ganske kort, å skissere PHBU i Norge. Jeg vil ha spesielt fokus på dette som et tverrfaglig kompetanseområde. Deretter tegner jeg en rask skisse av de mest brukte terapeutiske metodene innen PHBU. Jeg redegjør for hva den klinisk pedagogiske kompetansen innebærer. I studien har jeg valgt fokusgruppeintervjuer som metode for datainnsamling. Dette valget og metoden redegjør jeg for. Videre gjør jeg rede for min analyse av materialet. Analysearbeidet er inspirert av Grounded Theory (Corbin & Strauss, 2008) der teorien er fundert (grounded) i råmaterialet. Ved ”å legge øret til materialet” (Dalen, 2004) har materialet på ulike steg i prosessen ”snakket til meg” og gitt nye innfallsvinkler til tema og aktualitet til teori som omhandler mine forskningsspørsmål. I oppgavens siste del henter jeg opp teori og begreper som jeg har sett vokse ut av materialet og analysene. Jeg drøfter studiens validitet og reliabilitet og etiske aspekt. I lys av analysene og drøftingene oppsummerer jeg oppgaven med konklusjon og implikasjoner i oppgavens siste kapittel.

1.4 Avgrensning av oppgaven

I studien ligger to absolutte avgrensninger. Diskusjonen om profesjonsspesifikke særtrekk i terapeutisk arbeid er vanskelig, og kan også være delikat fordi den kan komme til å røre ved maktforhold i fagfeltet og oppfattes som innlegg i en profesjonsstrid. Jeg ønsker å bidra til økt empiribasert kunnskap om verdien av pedagogisk kompetanse i terapeutisk arbeid. Jeg ønsker ikke å delta i en slags konkurranse ”Lille speil på veggen der, hvem er flinkest i landet her?” Derfor har jeg ikke spurt om kliniske pedagoger er gode eller dårlige terapeuter eller i hvilke grad de er bedre eller dårligere terapeuter enn andre profesjoner. Dette er heller ikke en komparativ studie som drøfter hvordan kliniske pedagoger skiller seg ut fra andre terapeutgrupper. Studien belyser kliniske pedagogers terapeutiske ”livsverden” (Dalen, 2004). Jeg spør etter informantenes opplevelse og deres vurdering av verdien av pedagogisk kompetanse i terapeutisk arbeid. Det kunne vært interessant å invitere både ledere, terapeuter med annen bakgrunn, brukere og samarbeidspartnere til å belyse problemområdet. I hvilke grad opplever de verdien av terapeutens pedagogiske grunnkompetanse? Omfanget av oppgaven, tidsressurser og økonomi har gjort at jeg lot tema belyses av bare en stemme, stemmen til kliniske pedagoger. Det hadde også vært interessant, og muligens gitt et enda rikere materiale om jeg hadde hatt anledning til å la gruppene møtes flere ganger, eller om jeg hadde supplert fokusgruppeintervjuene med spørreskjemaundersøkelse som kunne gitt data med generaliseringsmuligheter. Denne studien har imidlertid rammer som ikke tillater et slikt omfang.

Jeg vil analysere data jeg samler inn med tanke på å finne begreper og nye spørsmål eller antagelser som kan belyse problemområdet. Mine drøftinger og konklusjoner må forstås innen rammen av en kvalitativ studie begrenset av tid og ressurser. Det har vært nødvendig å gjøre mange valg underveis. Disse vil jeg redegjøre for fortløpende. Det har vært viktig for meg å bedrive ”mulighetens kunst” og ikke la ”det beste bli det bras fiende”. Samtidig har det vært like viktig å gjøre en studie som kvalitetsmessig er grundig nok til å ha en viss gyldighet utover øyeblikket (Maxwell, 1992).

2. Teoretisk bakgrunn og rammeverk

Dette kapitlet representerer renningen i veven. Datafunnene, mine analyser og drøftinger representerer ”innslagene” som til slutt vil danne et mønster.

Problemområdet er definert til kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse, og verdien av pedagogisk kompetanse i terapeutisk arbeid.

I det følgende vil jeg skissere den konteksten studien er en del av og noen av rammene for det terapeutiske arbeidet som er fokus for studien. Jeg begynner med en summarisk oversikt over fremveksten av det barnepsykiatriske fagfeltet i Norge og fokuserer på at feltet fra første dag hentet kompetanse fra ulike fagområder. Deretter vil jeg gi en skisse av det klinisk pedagogiske fagfeltet. Terapeutisk kompetanse er et kjernebegrep i studien. Som en del av redegjørelsen for ”rammeverket” har jeg derfor valgt å gi en oversikt over terapifeltet i PHBU. Jeg gir en summarisk oversikt over det psykoterapeutiske praksisfeltet og viktige teoretiske skillelinjer i de vanligste psykoterapeutiske metodene. Jeg plasserer kliniske pedagogers kompetanse inn i denne rammen.

2.1 En definisjon av fagfeltet

Barne og ungdomspsykiatri (BUP) er betegnelsen på en medisinsk disiplin og et tverrfaglig fagfelt (Iversen, 2000). Nå heter tjenesten ”Psykisk Helsevern for Barn og Unge” (PHBU). En søker også å innarbeide dette som betegnelsen på det tverrfaglige fagfeltet, og slik skille det fra den medisinske disiplinen, barnepsykiatrien. Jeg vil bruke de to begrepene om hverandre. I Norge er tjenesten organisert som en del av spesialisthelsetjenesten. De Barne- og Ungdomspsykiatriske Poliklinikkene (BUP) er hovedpilarene i denne helsetjenesten.

Veilederen (2008) slår fast at de direkte pasientrelaterte kjerneoppgavene ved poliklinikkene er utredning, diagnostikk og behandling i forhold til barn og unge og deres familier der det er knyttet bekymring til barnets utvikling og fungering. Barnet må henvises av lege eller barnevernsleder. Henvisningen vurderes i forhold til ”rett til

helsehjelp” (Spesialisthelsetjenesteloven, 2007). Det er et kriterium for inntak at barnet har utviklet egne plager, eller etter omgivelsenes vurdering viser plagsom eller forstyrret atferd. Det er altså ikke tilstrekkelig at barnet er i risiko ved at situasjonen rundt barnet er vanskelig og konfliktfylt. Henvist pasient må ha symptomer. I veilederen anbefales at alle saker blir tverrfaglig belyst. Veilederen slår fast at henviste barn og familier har rett til å bli møtt av personell med kompetanse i å vurdere og iverksette behandling i forhold til et bredt spekter av tilstander og faktorer som virker inn på barn og unges psykiske helse.

2.2 Tverrfaglighet og mangfold

Barnepsykiatrien er et relativt ungt fagfelt med røtter tilbake til gamle etablerte fag som filosofi, pedagogikk, psykologi og medisin. I sin bok ”Da barnepsykiatrien kom til Norge” trekker Hilchen Sommerschild og Einar Moe (2005) disse trådene. De påpeker hvordan 1920 og -30 tallets frigjøringskamper og S Freuds arbeid har preget vår tids syn på barn og oppvekst, og representerte et kraftsenter for barnepsykiatriens fremvekst.

I Norge ble de første behandlingstilbudene etablert i 1950 årene. De norske pionerene var først og fremst Hjalmar Wergeland og Nic Waal, begge leger (Sommerschild og Moe, 2005). Wergeland med allianser i det etablerte medisinske miljøet. Nic Waal var rebellen, politisk aktiv på venstresiden, i kamp mot det bestående på mange måter (Helge Waal, 1991). Begge var inspirert av mentalhygienebevegelsen, ”Child Guidance Clinics”, av psykodynamisk teori og av ideen om teamarbeid (Sommerschild og Moe, 2005). Nic Waal holdt et innlegg om ”Teamwork” allerede i 1958 på ”Den internasjonale barnepsykiaterforenings verdenskongress” i Lisboa (Auestad og Haavardsholm, 1969). I dette innlegget understreker hun nødvendigheten av forskjellighet og likeverdighet i det tverrfaglige teamet. Til forskjell fra det som har vært tradisjon i andre medisinske disipliner, også voksen-psykiatrien, har arbeidet i norsk barnepsykiatri allerede fra starten vært organisert rundt det tverrfaglige teamet. Teamet har bestått av lege (barnepsykiater), psykolog, klinisk sosionom og pedagog (først ”team pedagog”, senere klinisk pedagog). De ulike profesjonene har

samarbeidet, samhandlet og arbeidet til det beste for sine unge pasienter og deres familier (Iversen, 2000). Tverrfagligheten har, naturlig nok, også budt på utfordringer. I perioder har disse utfordringene vært så store at flere vil si fagfeltet var dominert av profesjonskamp (Iversen, 2000), en kamp om makt, definisjonsrett, anseelse og innflytelse. Noen ville si en kamp om likeverdighet og andre en kamp om ansvarlighet (Sommerschild og Moe, 2005 og Iversen, 2000) I dag eksisterer det selvfølgelig også kamper om posisjoner, om lønn og om makt og innflytelse profesjonene i mellom (Molander og Terum, 2008). Hvem som kan, skal og bør gjøre hva er en debatt som kan ha både profesjonsproteksjonistiske og faglige motiv.

Denne studien vil ha fokus på en av mange kliniske oppgaver, psykoterapeutisk arbeid, utført av en av profesjonsgruppene i dette tverrfaglige feltet, de kliniske pedagogene. Spørsmål om makt, innflytelse og definisjonsrett vil jeg ikke komme mer inn på.

Med henvisning til nyere forskning finner man mange faglige begrunnelser for å ivareta den tverrfaglige kompetansen i fagfeltet. Den opprinnelige begrunnelsen, at barn og unge i enda større grad enn voksne er avhengig av, eller i hvert fall sterkt preget av den konteksten de lever i, er like gyldig i dag (Carr, 2009) som den var i 1950-årene (Rutter, 1994). Det ligger i barndommens natur en avhengighet av de oppvekstvilkår, den beskyttelse og den utviklingsstøtte miljøet er i stand til å gi. I denne erkjennelsen ligger en begrunnelse for nødvendigheten av tverrfaglig kompetanse for å forstå barns "livsverden" (Dalen, 2004) og erfaringsverden. Effektforskning og brukerundersøkelser peker entydig i retning av et behov for et pluralistisk behandlingstilbud til barn og unge med psykiske vansker eller psykiske lidelser (Carr, 2009). Behandlingstiltak skal iverksettes på ulike arenaer, på laveste effektive omsorgsnivå (LEON-prinsippet), nært barnet eller den unge (Veileder, 2008). Det hersker bred enighet om at tverrfaglighet er både ønskelig og nødvendig.

Utviklingen i dette unge fagfeltet har gått fra rebellene i pionerperioden der den psykoanalytiske forståelsesmodellen ble ganske enerådende, til et fagfelt med stadig større tilfang av behandlingsmetoder (Carr, 2009). Hvordan forskjellighet, ulike

teoretisk ståsted, ulik erfaring og kompetanse kan utnyttes til det beste for barn og unge og deres familier, er den store utfordringen for alle i fagfeltet.

2.3 Hva er en klinisk pedagog?

Jeg vil svare på spørsmålet ved å gjøre rede for utdanningen og arbeidsoppgaver.

2.3.1 Rammer

Alle profesjonene i PHBU har sin vei til ”spesialistkompetanse”. Sosionomer blir kliniske sosionomer, leger blir barnepsykiatere og psykologer blir spesialister i klinisk psykologi med fordypningsområde barne- og ungdoms-psykologi. Pedagoger med spesialistkompetanse er kliniske pedagoger.

Spesialistutdanningen er treårig og består av tre hovedkomponenter; veiledet klinisk arbeid, tverrfaglig og profesjonsspesifikk undervisning. For opptak på klinisk pedagogisk spesialistutdanning kreves grunnutdanning på master -, hovedfag-, eller embetseksamens-nivå i pedagogikk eller spesialpedagogikk (tidligere var kravet 2. avd spesialpedagogikk) og minst to års praksis fra barnehage, skole eller PPT etter endt grunnutdanning (tidligere fem års forpraksis). Det kreves at en er i minst 50% klinisk arbeid med veiledning. Utdanningen skal organiseres rundt temaene utredning, observasjon, diagnostikk, terapeutisk arbeid individuelt og i gruppe, familieforståelse og familiebehandling og veiledning og rådgivning (www.r-bup.no).

I profesjonsseminaret skal pedagogene videreutvikle og ta i bruk kunnskap fra fagområdene pedagogikk, spesialpedagogikk, psykologi og psykiatri. I de tverrfaglige gruppene undervises det generelt om barn og unges psykiske helse, terapeutisk arbeid og terapeutisk metode (www.r-bup.no).

2.4 Hva gjør kliniske pedagoger?

Den første pedagogen i norsk barnepsykiatri var Anne Marit Sletten Duve. (Sommerschild og Moe, 2005). Nic Waal ”hentet” henne i Oslo Lærerinnelag i

begynnelsen av 1950-årene og ga henne det mandatet at hun skulle bringe psykiatrien inn i pedagogikken og pedagogikken inn i psykiatrien (Gomnæs, 2003). Siden da har det tverrfaglige barne- og ungdomspsykiatriske teamet bestått av lege, psykolog, sosionom og pedagog. Som ansatt i spesialisthelsetjenesten er kliniske pedagoger definert som helsepersonell. Deres primæroppgave er ikke knyttet til undervisning og opplæring, men til utredning, diagnostikk og behandling. Målsettingen er primært knyttet til symptomlette og bedret helsetilstand. For pedagoger innebærer dette en vesentlig endring av rammene for utførelsen av profesjonelt arbeid. Opplæringsloven definerer ikke arbeidsoppgaver og ansvarsområder og undervisningsdepartementet styrer ikke virksomheten. I tillegg til disse oppgavene vil kliniske pedagoger ofte samarbeide med personale i barnehage, skole, PPT og andre instanser som har barn og unges oppvekst som sitt arbeidsområde.

2.5 Terapi

I dette avsnittet vil jeg kort gjøre rede for min bruk av begrepet, gi en skisse av det terapeutiske feltet og trekke noen historiske linjer som plasserer kliniske pedagogers terapeutiske arbeid.

2.5.1 Hva er psykoterapi?

Ordet kommer fra gresk *therapeia* som betyr pleie, kur (Norsk ordbok, 2003). Ordboken definerer videre at det dreier seg om et begrep brukt om behandling uten medisiner. I vår vestlige verden finnes det et mylder av terapeutiske tilbud. Den første avgrensingen er knyttet til at denne oppgaven tar for seg psykoterapi, behandling for psykiske vansker eller psykisk lidelse uten medisiner. I dette ligger ingen stillingstagen til medikamentell behandling. Carr (2009) definerer psykoterapi som en konstruksjonsprosess der skolerte profesjonelle samhandler med klienter for å hjelpe dem å løse psykologiske problemer. Psykoterapi kan tilbyes uavhengig av alder og til mennesker med ulike intellektuelle forutsetninger. Psykoterapi kan gies individuelt, i grupper, til par eller familier for mest mulig effektivt å lindre et vidt spekter av vansker. I oppgaven vil jeg bruke terapi og behandling synonymt.

Det finnes ulike teoretiske forståelser av hvordan psykiske lidelser oppstår og vedlikeholdes, hva som er lidelsen eller vanskenes ”vesen”, og derved også hvordan den best kan behandles. Et hovedskille kan sies å gå mellom en patogen teoretisk modell og en salutogen modell. Patologi er læren om sykdomsutvikling. Salutogenese kan oversettes med læren om sunnhetens tilblivelse (Gjærum, Grøholt, Sommerschild, 1998). Langs denne skillelinen går for eksempel diskusjoner om diagnostikk. Skal behandlingen ta utgangspunkt i en forståelse og identifikasjon av sykdommen? Eller skal terapien, bygges på en forståelse av hva som beforder sunnhet? Dette hovedskillet representerer et premissvalg i terapeutisk arbeid (Gjærum, Grøholt, Sommerschild, 1998). I Norge er PHBU tett knyttet til en medisinsk tradisjon. Sykdomslære og patogenesen har stått, og står sterkt. Diagnoser er uunngåelig. Likevel er den patogene forståelsen på ingen måte enerådende i klinisk hverdag (Gjærum, Grøholt, Sommerschild, 1998). Til tross for teoretisk diametrale utgangspunkt, vil en i klinisk psykoterapeutisk arbeid finne innslag av begge forståelsene side om side. Betydningen av å styrke resiliente krefter og mobilisere håp om endring, er udiskutabelt. De fleste terapeutiske metoder vil ha innslag av begge forståelsene. De diametralt forskjellige utgangspunktene for forståelse av psykisk lidelse, representerer likevel en dimensjon i mange faglig diskusjon.

Det finnes flere skillelinjer. Etter omtrent tre generasjoner fagutvikling og tjenesteutvikling har det vokst frem ulike metoder og modeller for forståelse av barn og unges psykiske helse. I det følgende vil jeg, helt kort, gi en oversikt over de mest anvendte behandlingsmetodene. I teksten velger jeg å referere til dem som behandlingsmetoder, vel vitende om at det oftest implisitt i metodevalg ligger ulik teoretisk forståelse av psykiske vansker og psykisk lidelse. Grovt sett har vi fire ulike modeller, den psykodynamiske eller psykoanalytiske tradisjonen, atferdsterapeutiske metoder, systemisk oftest familieterapeutiske metoder og interaktiv psykoterapi (IAP).

2.5.2 Ulike terapeutiske retninger og metoder

Den psykodynamiske, psykoanalyseorienterte teorien var lenge den dominerende referansen i fagfeltet (Sommerschild og Moe, 2005). Også i klinisk pedagogisk utdanning har forståelsen stått sterkt. *Dynamisk psykoterapi* (Rønnestad og van der Lippe, 2009) er en samtaleterapi der samtalene dreier seg om å oppdage, forstå og bearbeide følelser, fantasier og opplevelser fra tidligere og nåværende relasjoner. Gjennom samtalene vil en søke en innsikt hos pasienten om hvordan disse erfaringene har mobilisert beskyttelsesmekanismer som en gang var hensiktsmessige, men som i dag hindrer en i å leve et godt liv. I denne terapiformen er erkjennelsen av driftslivet, ubevisste konflikter, psykologisk forsvar og handlingsmotivasjon sentrale forståelsesprinsipp (Gullestad og Killingmo, 2005). Terapien er mer rettet mot pasientens personlighetsmessige utforming enn mot ytre tegn på psykopatologi. For barn vil ”samtalen” gjerne være leken i sandkassen med ”hele verden materialet” og terapirommet vil være et av klinikkens lekerom (Gullestad og Killingmo, 2005), ofte omtalt som ”leketerapi”. I Norge er psykoanalytisk kompetanse forbeholdt leger og psykologer. Imidlertid har mange psykoterapeuter, også kliniske pedagoger, i alle år arbeidet terapeutisk på lekerom, i sandkasse, inspirert av denne forståelsen og med leken som kommunikasjonskanal. Behandlingsmetoden, psykodynamisk terapi med barn og unge, er åpen for flere.

Opprinnelig var det psykoterapeutiske arbeidet med barn rettet mot det individuelle barnet. Foreldrene gikk gjerne i ”foreldreterapi”, fortrinnsvis hos en klinisk sosionom. I overgangen mellom 1960- og 70 årene begynte en å problematisere at de som snakket om hverandre, burde snakke til hverandre (Sommerschild og Moe, 2005).

Familieterapien har således også røtter i den psykodynamiske tradisjonen. Det må understrekes at en kan drive terapeutisk familiarbeid og innen alle de ulike terapeutiske modellene. En ny og prinsipielt forskjellig teoretisk forståelse kan en imidlertid finne i den systemiske familieterapien (Bateson, 1904-1980). I denne tradisjonen flyttes fokus fra individet til systemet (Rønnestad og van der Lippe, 2009). Familien forstås som et system, eller som del av et system og

familiemedlemmene som enheter i dette systemet. Barnets symptom forstås som symptomer på et dysfunksjonelt system. Gjennom terapeutiske samtaler ønsker en å befordre endringer i samhandlingsmønster. Individene i systemene repositionerer seg i forhold til hverandre og derved endrer også den enkeltes atferd. Familien defineres gjerne som ”eksperter” på eget liv. Terapeuten kan innta en ”ikke vitende posisjon” og vil stille familien sirkulære spørsmål med tanke på å kaste lys over de ulike familiemedlemmenes forståelse og motiv og slik skape nye handlingsmønster. Systemiske terapeuter bruker gjerne rådgivning, gode forslag, paradoksale intervensjoner, narrative metoder, markering av generasjonsgrenser og grensesetting, påpekning av bånd mellom familiemedlemmene og familie verdier (Roth og Fonagy, 1996). De vil ofte tegne nettverkskart og kan invitere andre enn familiemedlemmer inn i terapirommet. Det er mange pedagoger å finne blant familierapeutene (Halvorsen, Ropstad, Rund og Seltzer, 2006).

Kognitiv atferds terapi (KAT) har i de siste årene etablert seg som en etterspurt psykoterapeutisk metode. Berge og Repål (2008) skriver i innledningen til sin ”Håndbok i Kognitiv terapi” at utgangspunktet er en forståelse som impliserer at det er et grunnleggende trekk ved mennesket at det er seg bevisst sin egen eksistens. Bevisstheten innebærer en evne til å kunne forestille seg fremtid og knytte refleksjoner til fortid. Ved å reflektere over fremtid og fortid forbereder vi oss på fremtidens utfordringer. Kognitiv terapi vil fokusere på denne refleksive prosessen som endringsgenererende. I denne prosessen arbeider en med å identifisere og utforske automatiske tanker og utfordre forventningene til en selv og omgivelsene. Eksponering og treningsoppgaver er vanligvis en sentral del av terapien. Oftest er terapien forankret i en manual. Hvor manualstyrt det enkelte terapeutiske forløpet er varierer imidlertid. Et effektmål vil gjerne være knyttet til atferdsendring. Det eksisterer et mangfold av utdanningstilbud innen denne metoden. Utdanningen er åpen for mange ulike faggrupper. KAT er en ikke uvanlig metodefordypning for pedagoger.

Inter-Aktiv-Psykoterapi, IAP (Rønnestad og van der Lippe, 2009) definerer seg som en konstruksjonistisk tradisjon. De hevder at alle terapeutiske forståelsesformer

innebærer rekonstruksjoner av klienters virkelighetsoppfatning. Terapeuten ser seg som ”medskaper” av ”virkeligheter” og er oppmerksom på hva slags konsekvenser dette får for klienten. Terapeuter må beherske alternative måter å forstå og behandle problemer på. Klienten er ekspert på seg selv. Terapeuten arbeider innenfor klientens meningssystem og bidrar til å utvide dette. Terapeuten skal bidra til å fokusere på muligheter og å videreutvikle den enkeltes ressurser. I dette arbeidet er det sentralt å trekke inn menneskets livssammenheng og finne mestringsstrategier for nye samhandlingsmønstre i systemene barnet er en del av. Vi kan finne teoretiske spor av sosial læringsteori, kognitiv terapi, kommunikasjonsteori og systemisk teori. Utdanningen i regi av IAP er forbeholdt psykologer og leger. Likevel vil en finne mange terapeuter, også mange kliniske pedagoger, uten formell godkjent IAPutdanning som vil si de arbeider inspirert av denne tradisjonen.

I tillegg til disse hovedgruppene finnes det et vell av ulike terapeutiske teknikker.

Marte Meo – En behandlingsmetode som er sprunget ut av systemisk familierapi og i Sterns teori om selvutviklingsområder. Metoden er basert på videoanalyser av samspillsituasjoner. I PHBU har metoden først og fremst vært brukt som terapeutisk intervensjon i samspillsbehandling av barn og foreldre, men også inn i arbeid rettet mot barnehager og skoler. Behandlingsmetoden har vært åpen for mange ulike faggrupper (Thue i Halvorsen, et al. 2006). Mange kliniske pedagoger er sertifiserte ”Marte Meo Terapeuter”.

Multisystemisk terapi (MST) er forankret i kognitiv atferdsteori, sosial læringsteori, strukturell og systemisk familierapi og Bronfenbrenners sosialøkologiske modell. MST er en systematisk tidsavgrenset og familiebasert intervensjon spesielt tilpasset barn og unge med store atferdsvansker og antisosial atferd. MST-terapeuter utdannes og sertifiseres i egne utdanningsprogram (Snyen og Bråthen i Halvorsen et al. 2006). De rekrutterer fra mange ulike faggrupper, de fleste ulike typer miljøterapeuter, blant dem også pedagoger og kliniske pedagoger.

Parent Management Training Oregon (PMTO) er en annen behandlingsmetode som her i Norge har sitt utspring i Atferdssenteret, UiO i tett samarbeid med Oregon

Social Learning Center. Behandlingsmetoden er utarbeidet spesielt for barn med atferdsvansker og bygger på å styrke foreldrenes ferdigheter. Opplæring i metoden tilbys alle faggrupper som jobber i fylkeskommunalt barnevern eller PHBU. Opplæringen går i regi av Atferdssenteret og fører til sertifisering på ulike nivåer (Aasebøe i Halvorsen et al. 2006).

Psykoedukative metoder Det finnes ulike utgaver av dette terapeutiske tilbudet. Noen er ”skreddersydd” for familien. Terapeuten fokuserer på mestring og handling og søker slik å dempe følelsesuttrykk slik at ny mestring kan ta plass. (Rund og Fjell i : Gjærum, Grøholt, Sommerschild, 1999) Andre har mer form av ”kurs” tilpasset en spesiell problematikk, ”foreldreskoler” eller grupper for barn/ungdom. Målsettingen er knyttet til å lære foreldre og/eller barn og ungdom å forstå egen lidelse og å redusere de negative konsekvensene av lidelsen. Det finnes ingen egen utdanning eller opplæring for dette tiltaket. Mitt inntrykk er at mange kliniske pedagoger er aktive der dette er et tilbud ved klinikken

2.5.3 Hva sier forskningen om effekten av terapi?

Seltzer (Halvorsen et al, 2006) sier om terapeutisk arbeid med barn og unge at klinikerens viktigste mål er å utrede hva som kan være vondt eller vanskelig for et barn og dets familie, og å fremme tiltak og behandling som hun finner egnet. Slik behandling har som mål å dempe lidelse og bedre funksjon og tilfredshet.

Effektforskning peker klart i retning av det som gjerne har vært omtalt som ”The dodobird verdict” (Carr, 2009). Begrepet er lånt fra ”Alice in Wonderland” (Carroll, 1979), der ”the dodobird” etter et kappløp mellom alle dyrene, erklærer at alle har vunnet og alle skal ha premie. I terapiforskningen referer ”The dodobird verdict” til at metodevalg bare i begrenset grad predikerer effekt. Det hersker enighet om at psykoterapi har en viss effekt. Den største effektvariabelen synes å være ”common factors”. Det synes som terapiutbyttet i stor grad er sammenfallende med pasientens vurdering av relasjonen mellom terapeut og pasient (Orlinsky og Rønnestad, 2005 og Carr, 2009).

2.5.4 Pedagogisk terapi?

I noen fagmiljø har det hersket en forventning om at kliniske pedagoger skulle gi ”pedagogisk terapi”. En mye omtalt, men lite beskrevet terapiform som gjerne ble definert med begrep fra psykodynamisk teori som ”ego-støttende terapi” eller bare ”støtteterapi” (Gomnæs, 2003). Betegnelsen refererer til Freuds modell med id, ego og super-ego som de tre gjensidig regulerende personlighetsinstansene. Ego er den instansen som behandler bevisste valg og handlinger og rasjonell tenking. Terapeuten la til rette for mestring og arbeidet i ”konfliktfri sone”. Terapien kunne ha form av samtaleterapi eller terapi på lekerom. Ved å styrke ”egofunksjonen” tenkte en at kreative krefter ble frigjort og at ubevisste straffende eller regressive krefter ikke lenger skulle hemme utvikling og god læringsprosess.

Med utgangspunkt i Tavistock-klinikken i London utviklet Irene Caspari (Caspari, 1974) en terapeutisk metode kalt ”Educational Therapy” (ET). Irene Caspari utviklet sin terapeutiske modell, parallelt med at Anne Mari Sletten Duve her i Norge utviklet en psykodynamisk forståelse og diagnostikk av lærevansker (Gomnæs, 2003). Begge tillia følelsene, inklusive de ubevisste følelsene, en sentral rolle i læringsprosessen. Begge var dessuten opptatt av hvordan innholdet i skolefag, som for eksempel kulturarven og kreative aktiviteter, gir elevene følelsesmessige opplevelser som kan bidra til personlig vekst og bearbeiding av uløste og ubevisste konflikter. Ved hjelp av kreative aktiviteter og med pedagogisk materiale (eventyr, spill, tegneblyanter, saks, papir, plastelina osv) legger ET-terapeuten til rette for en indirekte bearbeiding av de vanskelige følelsene, konfliktene, som en antar ligger til grunn for at progresjonen i utvikling eller læring har stoppet opp. Dette kalte Irene Caspari ”to work at one remove” (Caspari, 1974), gjerne oversatt til å arbeide ”et steg unna” (Gomnæs, 2003). I sine tolknings svar introduserer terapeuten aktiviteter og pedagogisk material som gir grunnlag for å arbeide indirekte, at one remove, med de psykiske konfliktene. Slik har terapeutens tolkninger en indirekte form. Aktiviteten er ”mellom” (Winnicott, 1971) barnet og terapeuten. Aktiviteten regulerer relasjonen. Ved at tolkningene har en indirekte form, mobiliseres ikke det psykiske forsvaret i samme grad som ved direkte tolkninger. Slik vil terapien bidra til å finne nye

løsninger på ”gamle” konflikter og frigjøre ressurser, og en oppnår en ny tilgjengelighet for læring og utvikling. I Norge fikk denne metoden sentral plass i utdanningen av kliniske pedagoger, kanskje særlig i 1990 årene (Gomnæs, 2003).

I tillegg til disse terapeutiske metodene, som hver på sitt vis referer til en psykodynamisk forståelse, har de fleste kliniske pedagoger hatt en familierapeutisk utdanning (Halvorsen et al, 2006).

I den kliniske hverdagen på BUP`ene tilstreber en bredde i terapimetoder. Et bredt spekter av metoder gir mulighet for ”skreddersøm”, en tilpasning av terapitilbud til hver enkelt pasient. I dette mangfoldet arbeider kliniske pedagoger. Dette er bakteppet for min studie.

3. Vitenskapsteoretisk og metodisk tilnærming

I dette kapitlet vil jeg beskrive ”redskapen” jeg har brukt for å finne svar på mine forskningsspørsmål. Jeg vil gjøre rede for vurderinger jeg gjorde i arbeidet med velge hvordan jeg kunne legge til rette for å finne ”sannest” mulig, mest mulig gyldige, svar på forskningsspørsmålene mine. Et grunnleggende premiss for forskningsarbeid er å gjøre rede for hva en anser som ”sann kunnskap”. Tone Kvernbekk sier: *”Å si at vi vet noe, har kunnskap om noe, er mer komplisert enn man skulle tro.”* (s 19 i Lund, 2002). Tett knyttet opp til vitenskapssyn ligger en stillingstagen til hva slags data som best kan beskrive problemområdet. Jeg må vurdere hvor informasjon som kan belyse mine forskningsspørsmål er å finne, og hvilke redskap jeg vil bruke for å finne den. Etter å ha plassert studien i en vitenskapsteoretisk ramme, vil jeg derfor gjøre rede for ulike sider ved den metodiske tilnærmingen. Herunder vil jeg omtale det kvalitative forskningsintervjuet, fokusgrupper, utvalg og intervjuguide. Overordnet for alle vurderingene som omtales i dette kapitlet er derfor hvem-, hva- og hvordan-spørsmål knyttet til innhenting av data.

3.1 Vitenskapsteoretisk ramme

Jeg ønsket å se nærmere på det profesjonsspesifikke elementet i kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse. Ut fra mitt kjennskap til fagfeltet antok jeg at informasjonen lå nedfelt i mine kollegers praksis. Jeg antok at de satt inne med mye ”taus” kunnskap (Befring, 2007) om tema. I antagelsen om ”taus kunnskap” ligger implisitt et vitenskapssyn om at sann eller gyldig kunnskap kan konstrueres og utvikles i en kontekst og har individuelle anknytninger. Etablerte sannheter som blir ”den eneste sannhet”, kan komme til å stå i veien for kunnskapsutvikling som tilpasses nye strukturer og sammenhenger. Ved å bringe ”tause stemmer” inn i en debatt, kan begreper og forståelser endre seg eller flytte seg (Seltzer i Halvorsen et al. 2006). Jeg hadde ingen hypoteser som skulle utforskes for så å bekreftes eller avkreftes. Utgangspunktet for min studie var at jeg hadde noen spørsmål knyttet til et problemområde jeg ønsket å få belyst. Ved å utfordre fokusgruppene til å ordsette

”taus kunnskap” håpet jeg at begrep og forståelser kunne utvikle seg. I dette ligger et konstruksjonistisk vitenskapssyn (Kvernbekk i Lund et al., 2002). Kunnskapens ”gyldighet” vil utvikles, modnes, endres, justeres og forkastes i forhold til kontekstuelle forhold. Borg, Gall og Gall (2003) sier sosial virkelighet konstrueres av individene som er deltakere i den aktuelle virkeligheten. Ved å utforske hvordan ulike aktører skaper sin sosiale virkelighet, kan vi som forskere ”gripe sannheten” og bidra til en vitenskaplig konstruksjon av det området vi forsker på. En positivist vil hevde at denne meningsskapingen vil tendere mot å være av personlig karakter uten generaliseringsverdi (Chalmers, 1999) og som sådan ikke tilfredsstillende positivists krav til empirisk kunnskap. Evidens er avhengig av empiri og empiri bekrefter evidens. Empiri betyr erfaring. I vitenskaplige termer forstås begrepet empiri slik at noe kan observeres beskrives og bekreftes og at slik fremvisning er grunnlag for evidens.

Både kvalitativ og kvantitativ forskning er basert på empiri (Seltzer i Halvorsen et al. 2006). Kvalitative metoder egner seg til å undersøke individers og gruppers opplevelse av fenomeners egenart (Ringdal, 2007). På jakt etter slike data vil en ofte be om en form for selvrapporing, at informanten gir forskeren data om det som er gyldig for informanten i den konteksten studien har plassert ham. Jeg lar egenskaper ved de data jeg ønsker å samle inn bli bestemmende for metodevalg. Metodevalget er begrunnet ut fra hensiktsmessighet (Befring, 2007).

Databearbeidingen innebærer alltid et element av tolkning av mening. Malterud (2003) påpeker at menneskers erfaringer, opplevelser og samhandlinger bare i begrenset grad vil la seg utforske og beskrive med numeriske data. I den kvalitative forskningstradisjonen søker en å beskrive et fenomen med bakgrunn i opplevelser og meningsfortolkninger. Kvalitativ og kvantitativ tilnærming står ikke i konkurrerende, men et komplementært forhold til hverandre (Grønmo i Holter og Kalleberg, 2007). Målsettingen er ikke knyttet til å beskrive en objektiv virkelighet, men å bidra til en meningsbærende konstruksjon av virkeligheten (Kvale, 1997), tilstrekkelig allmenngyldig til å være gyldig. Slike studier må tilstrebe å være overførbare til andre situasjoner på bakgrunn av gjenkjenning, ikke statistisk generaliserbarhet (Maxwell,

1992). Det blir min utfordring å tolke, forstå og generalisere gruppedeltakernes utsagn på en slik måte at det blir forståelig og gjenkjennelig også for andre (Corbin og Strauss, 2008).

3.2 Datainnsamling

Jeg har valgt fokusgruppeintervju som metode for datainnsamling. Metoden er en intervju metode, en form for gruppeintervju, men har også sin helt spesifikke utfordring og styrke. Metoden er å foretrekke når en ønsker data som kan si noe om hvordan og hvorfor holdninger eller handlinger forekommer i bestemte situasjoner (Halkier, 2002). Jeg var interessert i kliniske pedagogers vurdering av verdien av pedagogisk kompetanse i utøvelsen av terapeutisk arbeid. I det følgende vil jeg kort omtale det kvalitative forskningsintervjuet. Deretter vil jeg drøfte gruppeintervju og fokusgruppe intervju som datainnsamlingsmetode.

3.2.1 Det kvalitative forskningsintervju

Kvale definerer det kvalitative forskningsintervjuet som ”*et intervju som har som mål å innhente beskrivelser av den intervjuedes livsverden, med henblikk på fortolkning av de beskrevne fenomene.*” (Kvale 1997 s 21). Metoden er spesielt godt egnet for å få innsikt i informantenes egne erfaringer, tanker og følelser, informantenes livsverden. Dialogen mellom intervjuobjekt og intervjuer er styrt av forskeren som definerer og kontrollerer situasjonen. Intervjuobjektets svar følges opp av intervjueren. Intervjuformens styrke er at den gir mulighet for å fange opp nyanser og variasjon i den intervjuedes oppfatning og slik kan gi informasjon om en mangfoldig menneskelig verden og bidra til en beskrivelse også av ulikheter og uenigheter (Kvale, 1997). Å lytte og å motta informasjon er en skapende prosess. En søker å finne ”tykke” nok beskrivelser (Dalen, 2004). Her er ”tykk nok” et kvalitativt begrep betegnet ved et krav om at intervjuet henter ut tilstrekkelig grundige og nyanserte opplysninger og at analysen stiller adekvate og tilstrekkelig utdypende spørsmål til materialet.

3.2.2 Gruppeintervju og fokusgruppeintervju

Hensikten med gruppeintervju kan være både kunnskapsgenerering, eksplorering eller intervensjon og er godt egnet når målsettingen er å utvikle teorier og forklaringer (Brandt i Holter og Kalleberg, 2007).

En vesentlig kvalitetsindikator er at intervjuet forgår i en atmosfære preget av tillit, fortrolighet, respekt og at både intervjuer og informant har en vennlig nysgjerrighet i forhold til det tema som skal belyses (Kvale, 1997). Dette gjelder også for gruppeintervjuer. Gruppeintervjuer møter imidlertid også utfordringer og muligheter knyttet nettopp til gruppen som fenomen. Hver enkelt informant må komme til ordet og belyse tema. Gruppen må få anledning til å utvikle resonnementer og utvide sin forståelse av materialet som presenteres i gruppen. Det er viktig at deltakerne opplever seg likeverdige, og at ulikheter, forskjeller og også uenighet fremheves som et gode. Forskjellene må håndteres som inspirasjon til å utforske mangfold, ikke låse dialogen i konflikter (se kap om moderators rolle). Den felles utforskningsprosessen som gruppemedlemmene kaster seg ut i, har en mobiliserende og bevisstgjørende effekt på dem. Data blir noe annet enn summen av utsagn i enkeltintervjuer fordi gruppemedlemmene påvirker og lar seg påvirke av hverandre. Slik er metoden spesielt godt egnet for å hente ut ”taus” kunnskap. Jeg ønsket at mine informanter skulle dele erfaringer med hverandre og sammen produsere forståelser av verdien av pedagogisk kompetanse i terapeutisk arbeid.

I noe litteratur skiller en ikke mellom gruppeintervju og fokusgruppeintervjuer (Brandt i Holter og Kalleberg, 2007 og Kvale, 1997). Fokusgrupper er en form for gruppeintervju, men alle gruppeintervju er ikke fokusgrupper (Halkier, 2002). Fokusgruppene oppstod i USA rundt 1940 (Puchta og Potter, 2004). Etter andre verdenskrig og frem til 1970årene har fokusgrupper i all hovedsak vært en metode for kommunikasjons- og media-forskning og i markedsføringsforskning. De siste 40 årene er metoden tatt i bruk i flere andre forskningsfelt der man særlig ønsker data som kan gi svar på spørsmål om hvordan og hvorfor holdninger eller handlinger forekommer i bestemte sammenhenger (Halkier, 2002).

Fokusgrupper er først og fremst en metode for produksjon av forskningsdata. (Morgan, 1998a og Halkier, 2002). I fokusgrupper samles en gruppe mennesker av den som er ansvarlig for studien for å drøfte et bestemt emne (Halkier, 2002). Forskeren har definert fokus for drøftingene. Kvaliteten på data står og faller på at gruppen fungerer (Morgan, 1998b). Det er ulike meninger om hvor stor den ideelle fokusgruppen er. I arbeid med fokusgrupper finnes det ikke absolutte regler. Design på studien må tilpasses problemområdet og håndtering av gruppene må tilpasses gruppene (Morgan, 1998b). Kvalitativ forskning er ”skreddersøm”. Generell kunnskap om gruppedynamikk tilsier at jo flere som deltar i gruppen jo mer struktur vil drøftingene kreve. I store grupper må en akseptere at det er store variasjoner i forhold til hvor mye hver enkelt sier. I mindre grupper vil kommunikasjonen bli mer uformell, samtalen flyter friere. Det vil være mer plass til hver enkelt, men også større fare for at drøftingen flyter ut og gir rom for private assosiasjoner. Små grupper kan også representere en fare for at tilfanget av innfallsvinkler til tema reduseres. Utfordringen for moderator er således forskjellig avhengig av gruppestørrelse (Morgan, 1998b).

Jeg valgte fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. Jeg ønsket at gruppene skulle generere data knyttet til vurdering av verdien av pedagogisk kompetanse i terapeutisk arbeid. Jeg ønsket at gruppene skulle ha en mobiliserende og bevisstgjørende effekt på antatt taus kunnskap, slik at data ble noe annet enn summen av enkeltintervjuer.

3.3 Moderator

En fokusgruppe ledes av moderator (Halkier, 2002). Moderator har en nøkkelfunksjon i forskning der fokusgruppeintervjuer er datainnsamlingsmetode. Moderator er den som ønsker velkommen, presenterer tema og siden leder samtalen inn på sporet dersom gruppen synes å være i ferd med å forlate tema for studien. Når fokusgrupper er godt drevet virker moderator-rollen enkel. Moderators hovedoppgave er rett og slett å lede gruppen på en slik måte at data får så god kvalitet som mulig (Kreuger, 1998b). I dette ligger at deltakerne føler seg fri og engasjerer seg i

datagenereringen. Dersom ikke gruppene fungerer, vil råmaterialet bli av dårlig kvalitet og slik prege kvaliteten på hele studien. Moderator skal først og fremst være en profesjonell lytter (Halkier, 2002). I moderator-rollen ligger en viss styring, men en styring med varsom hånd, en moderering. Moderator skal legge til rette for sosial interaksjon i gruppen. Det er viktig at samtalen skal gå mellom gruppedeltakerne, ikke som dialoger med moderator med resten av gruppen som tilhørere. Deltakerne skal henvende seg til hverandre, kommenterer hverandres uttalelser. Moderator må ikke innta en så dominerende rolle at gruppedeltakerne henvender seg til moderator fremfor hverandre. Da blir det mer kjedet enkeltintervju (Morgan, 1998b). I moderatorrollen ligger et ansvar for at alle gruppedeltakerne kommer til ordet og at ikke enkeltpersoner dominerer eller at konflikter blir stående uløst. Uenighet, ulike erfaringer og ulike meninger er en styrke, men konflikter må ikke komme i veien for generering av data.

Moderator er oftest forskeren selv (Kreuger, 1998b). Dette har noen fordeler og noen klare ulemper. Halkier (2002) skriver at moderator skal være vennlig og innstilt på å lytte. Hun understreker at man godt kan være vennlig uten å være venner og samtidig at man ikke skal tro man kan intervju venner. For meg var dette et dilemma.

Fagmiljøet er lite. Det er ikke vanskelig å unngå å intervju venner, men umulig å unngå bekjentskaper, og rimelig å anta at flere av informantene i utgangspunktet har en viss grad av både bevisste og ubevisste antagelser om hverandres praksis og faglige standpunkt. Jeg måtte være moderator fordi kapasitet og ressurser gjorde det umulig å leie inn andre. I kraft av min kompetanse og erfaring med grupper anså jeg meg som en kompetent moderator. Min sentrale rolle i studien som helhet gir nærhet til materialet og kontroll på prosessen fra ”tegnebrettet” til konklusjon og formidling materialet. Dette kan være en styrke, men representerer samtidig en fare for studiens validitet i det jeg, i alle ledd, kan komme til ”å farge” studien og slik påvirke funnene. Dette drøfter jeg mer i kapittel om validitet. I moderatorrollen var det viktig for meg å understreke at jeg ikke var ute etter et bestemt svar, men ønsket en åpen refleksjon og at jeg faktisk ba dem om hjelp til å gi meg informasjon om et problemområde jeg antok at de hadde mye kunnskap om. Jeg understreket at det var viktig for meg at de

utforsket eventuelle uenigheter og nyanserte hverandre gjennom dialogen i gruppen. Jeg la vekt på å ikke komme med vurderende utsagn, ikke kommentere innlegg eller delta i dialogen. Jeg stilte oppklarende spørsmål hvis jeg ikke forsto hva som ble sagt. Jeg stoppet gruppedialogen når jeg opplevde at de forlot tema for studien. For øvrig lot jeg dialogen gå mellom gruppedeltakerne (Kreuger, 1998b).

3.4 Utvalg

Uansett forskningsmetode er spørsmålet om hvem som er informanter helt essensielt. (Befring, 2007). I kvalitative forskningsintervju er det vesentlig at de som blir intervjuet har noe om si om det som er studiens problemområde (Malterud, 2003). Jeg ville vite mer om verdien av pedagogisk kompetanse i klinisk terapeutisk arbeid. Da måtte jeg spørre noen som hadde noe å si om dette tema. Jeg kunne valgt å spørre pasienter, ledere ved BUP`er eller andre terapeuter. Jeg bestemte meg for å gå til kilden. Jeg ønsket kliniske pedagogers egen vurdering. Jeg antok at kliniske pedagoger i terapeutisk arbeid var en gruppe som kunne gi verdifull informasjon til mine forskningsspørsmål. Praktiske og økonomiske hensyn tilsa at reisevirksomhet var det verken tid eller penger til. Mine informanter måtte komme fra det sentrale østlandsområdet.

Jeg oppfatter klinikkledere ved BUP`er som viktige portvakter (Dalen, 2004), og valgte derfor å sende forespørsel om deltakelse til klinikkledere (vedlegg nr 2). Jeg valgte å gå via klinikkledere av flere grunner. Fokus for problemområdet var knyttet til kliniske pedagogers vurdering av elementer i egen profesjonelle kompetanse. Jeg ønsket å understreke dette ved å rekruttere deltakere via arbeidsleder. Jeg valgte å sende forespørsel til klinikkleder også fordi jeg ønsket aksept for å gjennomføre fokusgruppene i arbeidstid. Det at deltakelse var forankret hos leder vurderte jeg også kunne gi studien legitimitet. Jeg ville unngå å velge ut mine egne informanter. Deltakelse skulle baseres på frivillighet og samtykke. Ved å benytte skriftlig informasjon til klinikkleder i rekrutteringsprosessen ønsket jeg også å bidra til at informantene kom forberedt, men uten min farging. Jeg forstår begge disse overveielsene som overveielser for å redusere bias (Corbin og Strauss, 2008) i

undersøkelsen. Min posisjon som ”innsideforsker” (Vedeler, 2000) er en av studiens svake punkter, men i noen henseender også en styrke. Dette vil jeg komme mer tilbake til i drøfting av validitet og etiske dilemma.

Utvalgskriteriene oppsummert:

- Godkjent klinisk pedagog
- I arbeid som klinisk pedagog ved poliklinikk PHBU, sentrale Østlandet
- Fritt og informert samtykke
- Leders aksept på deltakelse

Jeg vurderte det slik at grupper på omkring syv deltakere ville være ideelt. Det ville gi mange innfallsvinkler, gruppestørrelsen ville sannsynliggjøre ulike syn og ulike erfaringer og gruppene ville ikke være veldig sårbare i forhold til sykdom eller frafall. Jeg ønsket ikke større grupper enn syv fordi det ville potensierte interaksjonspunktene og derved redusere hver enkelts mulighet til å utdype sine erfaringer og resonnementer (Halkier, 2002) og kreve en struktur og formalisering av samtalen som jeg var redd kunne komme til hinder for ”meningsproduksjon” (Kreuger, 1998b). Jeg ønsket mer enn en gruppe slik at jeg kunne sammenlikne prosessene. I fokusgrupper produseres data gjennom en prosess. Jeg ønsket mer enn et møte i hver gruppe for å styrke denne prosessen (Morgan 1998b).

Jeg fikk relativt mange henvendelser fra kollegaer som ga uttrykk for at dette var en spennende problemstilling. 14 melte forpliktende interesse for deltakelse. Det viste seg å være vanskelig å finne tidspunkt som kunne passe for alle. Dette er nok et knutepunkt for fokusgrupper. Ved enkeltintervju ville jeg som intervjuer kunnet være fleksibel og tilpasse møtetidspunkt. Til slutt satt jeg med ni informanter som hadde mulighet til å stille på angitte tidspunkt. Det var litt færre enn jeg ideelt sett hadde ønsket meg, men likevel tilstrekkelig til at jeg fikk to grupper. Alle informantene var kvinner. Med hensyn til pedagogisk grunnutdanning fordelte de seg helt jevnt mellom førskolelærer, allmennlærer og universitetsbakgrunn. Alle hadde bred erfaring som

pedagoger fra barnehage, skole og/eller PPT. Informantene hadde stor spredning i antall år som terapeuter, varierende fra om lag et år til over tjue år fra godkjenning som klinisk pedagog. De arbeidet ved fem ulike poliklinikker i eller i nærheten av Oslo. Med bakgrunn i min kjennskap til miljøet satte jeg sammen gruppene slik at alle skulle kjenne til minst en i gruppen, men ingen kjente alle. Begge gruppene hadde både ”ferske” og ”gamle” terapeuter. Det var fem i den ene gruppen og fire i den andre. Hver gruppe møttes to ganger. Med unntak av et sykdomsforfall til den ene samlingen møtte alle som avtalt.

3.4.1 Intervjuguide

Kvale (1997) skiller mellom forskningsspørsmål og intervju spørsmål.

Forskningsspørsmålene definerer problemområdet for studien (Kvale,1997). Hva er det denne studien ønsker svar på? Mine forskningsspørsmål dreier seg om kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse og hvorvidt de vurderer den pedagogiske kompetansen som verdifull i terapeutisk arbeid. Jeg ville vite mer om forholdet mellom profesjonsspesifikk kompetanse og terapeutkompetanse. Intervju spørsmålene er spørsmålene forskeren stiller informantene for å få data som kan belyse problemområdet, et redskap i arbeidet med å nå målet. Spørsmålsguiden i fokusgruppeundersøkelser er en guide for å holde fokus i samtalen på det aktuelle tema (Hakier, 2002). Det er viktig at den håndteres som en guide og ikke er til hinder for en fri generering av data. Metodens egenart ligger nettopp i dette at ny kunnskap ”skapes” i fokusgruppen (Halkier, 2002).

Morgan (1998a) sier videre at en i arbeid med data fra fokusgrupper lett kan glemme at en leter etter nålen og beskrive hele høystakken. I dette bildet er intervju spørsmålene magneten som skal trekke nålen ut av høyet. Jeg antok at svarene på mine forskningsspørsmål lå implisitt i kliniske pedagogers terapeutiske arbeid. Derfor valgte jeg å begynne med å stille spørsmål om hva de faktisk gjorde. Ved å be dem begynne med å beskrive sin terapeutiske praksis helt konkret knyttet til kliniske eksempler ønsket jeg å unngå en ideologisering og intellektualisering i svarene (Kreuger, 1998a). Jeg ville de skulle begynne med å fortelle hverandre om

praksisen sin, uten krav om å være ”flinke” i betydningen ha ”riktige” teoretiske begrunnelser for sin praksis. Slik håpet jeg å omgå eller komme forbi en ”dogme-preget” drøfting. Jeg antok at de var engasjert i det kliniske arbeidet og at de hadde mange ”historier” å fortelle hverandre. Deretter spurte jeg om hvordan de begrunnet sin praksis, og til sist om hva de tenkte som virksomme elementer i terapeutisk arbeid. Spørsmålene ledet dialogen fra det rent konkret beskrivende til det reflekterende. I refleksjonene ba jeg dem knytte an til spørsmålet om verdien av deres pedagogiske kompetanse. Jeg ba om refleksjoner knyttet til tre ulike komponenter som regnes som vesentlig i kompetansebegrepet; kunnskap, erfaring og personlig stil (Skau, 2008). Jeg utarbeidet en enkel intervjuguide (vedlegg 4) som jeg mente kunne styre dataproduksjonen slik at jeg fikk best mulige svar på forskningsspørsmålene mine. For å få mest mulig fri refleksjon og utvunget samtale, for at min eventuelle ”farging” i så liten grad som mulig skulle prege deres refleksjoner, valgte jeg å stille kun tre åpne, overordnede spørsmål (Halkier, 2002). Jeg brukte den samme intervjuguiden i alle møtene.

- Hva gjør dere når dere arbeider terapeutisk?
- Hva tenker dere er virksomme elementer i det terapeutiske arbeidet dere gjør?
- Hvordan begrunner dere terapeutiske intervensjoner?

Til hvert av spørsmålene knyttet jeg en liten instruksjon der jeg ba dem være konkrete og beskrivende. For å fokusere refleksjonene fulgte jeg opp hvert hovedspørsmål med noen få tilleggsspørsmål som knyttet seg til hvordan de vurderte verdien av den pedagogiske kompetanse inn i dette terapeutiske arbeidsfeltet. Intervjuguiden i sin helhet finnes i vedlegg fire. Her følger et par eksempler:

Hvordan vurderer du verdien av den pedagogiske kompetansen inn i det terapeutiske arbeidet?

Jeg ba dem kontrastere ved å ha oppfølgingsspørsmål om motsetninger i de to kompetanseområdene. Som for eksempel:

Er det noe du gjør som terapeut som du aldri ville gjort som pedagog, eller omvendt?

Slik ønsket jeg å nærme meg feltet uten at mine mer eller mindre bevisste forutinntatte meninger skulle legge føringer på gruppene. Likevel med en klar føring liggende i rammen for drøftingene. Jeg styrte dem slik at de snakket om studiens forskningsspørsmål. Tilleggsspørsmålene presiserer fokus for drøftingene. Innenfor disse rammene skal drøftingene flyte så fritt som mulig. Innholdet i drøftingene, studiens rådata, må ikke ”farges”. Gruppene fikk intervjuguiden utdelt.

Selv hadde jeg med meg en mer detaljert spørsmålsliste (vedlegg 5) inn i intervjuene. Denne listen brukte jeg som en sjekklister og rettesnor for styring av dialogen (Kreuger 1998a, Halkier, 2002). Jeg hadde også tenkt tilleggsspørsmålene som en hjelp dersom jeg det skulle oppstå som omtales som ”den dødelige stillhet” (s 67, Halkier, 2002). Listen med tilleggsspørsmål viste det seg å ikke bli bruk for. Det var aldri ”dødelig stille”, og gruppene kom inn på de områdene jeg ønsket uten ytterligere styring fra min side.

4. Analyse, funn og drøfting

I dette kapittelet smetter skyttelen frem og tilbake i renningen og mønstret i veven skal tre frem. Den overordnede målsettingen for studien gir retning på analysearbeidet. Jeg gjør rede for hvordan jeg anvender rådata fra fokusgruppene til å kaste empirisk lys over kliniske pedagogers terapeutiske arbeid og pedagogiske kompetanse. Jeg leter etter ”røde tråder” og knytter uttalelsene og refleksjonene opp til teoretiske begrep, slik at en mer overordnet forståelse av problemområdet kan tre frem. For å gjøre studien transparent har jeg valgt å illustrere min forståelse av hva informantene sa ved å referere sekvenser fra fokusgruppeintervjuene relativt detaljert.

Kapittelet begynner med en beskrivelse av Grounded Theory (Corbin og Strauss, 2008). GT har representert en struktur for analysearbeidet mitt. Deretter følger en omtale av transkripsjonsprosessen. Analysearbeidet er en systematisk prosess for å hente mening ut av råmaterialet. Meningen kan kun tre frem dersom en har en forståelse av konteksten utsagnene skapes i, derfor beskriver jeg hvordan gruppene fungerte. Deretter vil jeg omtale hvordan jeg analyserte råmaterialet.

Analyseprosessen innebærer at forskeren så fritt og åpent som mulig lytter ut informasjon i materialet som kan kaste lys over forskningsspørsmålene.

Analyseprosessen har tre stadier referert til som åpen koding, aksial koding og selektiv koding (Corbin og Strauss, 2008).

4.1 Grounded theory

I all kvalitativ forskning må forskeren ”legge øret til materialet” (Dalen, 2004) lytte og lete etter likheter og forskjeller på jakt etter et mønster som kan vekke gjenkjennelse og gi ny empirisk viten om problemområdet. I dette arbeidet kan en forstørre likhet og kontrastere forskjeller (Dalen, 2004). I kravet om å skape mening og å skille det vesentlige fra det uvesentlige ligger også et krav om å utøve teoretisk sensitivitet (Corbin og Strauss, 2008). I analysearbeidet har jeg valgt å bruke Grounded Theory (GT) som guide for å få svar på mine forskningsspørsmål. Jeg har valgt den modellen Strauss utarbeidet i samarbeid med Corbin (Corbin og Strauss,

2008), en videreutvikling av metoden til Strauss og Glaser. Denne modellen var den jeg opplevde som mest hensiktsmessig. Corbin og Strauss tillater at en beveger seg mellom teori og empiri slik at de to sidene underbygger hverandre og leder frem til ny teori som er ledet ut av (grounded) materialet. I arbeidet med analysen har jeg hatt behov for å gå til teorien. Dette kaller Corbin og Strauss (2008) ”informert teori”. Med utgangspunkt i det empiriske materialet søkes støtte i teorien som igjen gir støtte til analyse og koding av materialet. Metoden kan således sies å være preget av både induktive og deduktive prosesser, gjerne omtalt som abduktiv (Dalen, 2004). Målet med analysen er alltid å komme frem til en overordnet forståelse av datamaterialet. Analyseprosessen foregår på ulike nivåer. Først arbeidet jeg med å forstå hva informantene hadde sagt, åpen koding (Corbin og Strauss, 2008). I dette arbeidet er detaljer og nyanser viktig. Deretter organiserte jeg uttalelsene i kategorier slik at mer overordnede strukturer i materialet kunne tre frem. Dette omtales gjerne som kategorisering (Halkier, 2002), relasjonell eller aksial koding (Corbin og Strauss, 2008). Deretter lot jeg teori bidra til å løfte informasjonen ytterligere et nivå vekk fra de subjektive detaljene i det jeg forsøkte å forstå det empiriske materialet i lys av teoretisk kunnskap, referert til som begrepslig-gjøring (Halkier, 2002) eller selektiv koding (Corbin og Strauss, 2008). Dette er, slik jeg har forstått det, en parallell til generalisering i et kvantitativt materiale. De subjektive ytringene gjøres gjenkjennelig på et teoretisk og overordnet nivå. Gjennom hele prosessen og på alle nivåer, må studien likevel ha forankringen i rådata. De subjektive beskrivelsene er subjektive. Det er detaljrikdommen, de subjektive refleksjonene, beretninger om opplevelser som setter premissene for de mer generelle refleksjonene. Teorien er fundert (grounded) i datamaterialet. Strauss og Corbin bruker betegnelsene åpen koding, aksial koding og selektiv koding på de tre ulike nivåene av prosessen. Halkier (2002) referer til GT og har litt andre betegnelser på stegene i analyseprosessen. Hun bruker koding, kategorisering og begrepliggjøring. Kreuger (1998c) understreker at analysemodellen er interaktiv. Forskeren må være i interaksjon med materialet, gjøre opp status og ta avgjørelser om hva som skal gjøres som neste steg (Kreuger, 1998c). I analysearbeidet må en stadig tilbake til problemområdet. Forskningsspørsmålene er det Morgan referer til som ”nålen” når han advarer mot å miste nålen av syne og

beskrive hele høystakken (Morgan, 1998b). Det har vært en utfordring å ikke slippe nålen av syne. Fokus for denne studien, ”nålen”, er kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse. Etter koding av fokusgruppeintervjuene samlet jeg temaene i tolv temagrupper. Temagruppene lot seg igjen samle i fire overordnede kategorier. Kategoriene ga terapibegrepet et utvidet innhold jeg vil drøfte før jeg utleder en konklusjon.

4.2 Transkribering

Jeg hadde vel fire timers video opptak av fire fokusgruppeintervjuer. Hvordan kunne jeg best ivareta den informasjonen fokusgruppene hadde produsert? Jeg måtte gjøre de første valgene i forhold til hvordan jeg skulle håndtere det materialet informantene mine hadde gitt meg. Under selve intervjuene noterte jeg bare stikkord som var nødvendig for å styre samtalen. Alle intervjuene var festet til film. Jeg begynte analysearbeidet med å se og høre intervjuene mange ganger for å danne meg et inntrykk av hva det hele dreide seg om. Jeg laget memos etter disse gjennomgangene der jeg la vekt på å notere hovedinntrykk, en slags ”brainstorming-analyse”.

Kvale (1997) sier at transkripsjonen er en hybrid. Intervjuet er en levende samtale med et muntlig språk som fungerer i en kontekst. Ved å transkribere fryser vi deler av bildet og fester det på et papir. Det muntlige språket fremstilles mest mulig slik det er sagt, men stemninger, nyanser, tonefall og stemmebruk blir borte, hybridene er skapt. Halkier (2002) peker på at transkriberingen er den første reduksjonistiske prosessen i behandling av data. Kreuger (1998c) peker også på faren for å tingliggjøre opplevelser i det en ”oversetter” fra muntlig kontekstuell språk til skriftspråk. I skriftliggjøringen risikerer en å gjøre informanten urett. Det muntlige språket kan lett se ”umodent”, ureflektert eller ”uferdig” ut når det overføres til skrift (Halkier, 2002). En usikker gest kan bli borte og innholdet kan miste sin opprinnelige mening. Noen velger å ikke transkribere fokusgruppeintervjuer, men forholde seg til innholdet på videotapen og analysere derfra (Puchta og Potter, 2004). Med alle sine mangler er transkribering likevel oftest et nødvendig steg i analyseprosessen (Halkier, 2002).

Jeg valgte å transkribere intervjuene. I denne studien reflekterer deltakerne over sider ved egen profesjonell praksis. Det er rimelig å anta at den mest vesentlige informasjonen kommer som verbale ytringer. Jeg hadde et nært forhold til materialet i det jeg var til stede i alle fokusgruppemøtene og også så gjennom møtene på video flere ganger. Slik antok jeg at jeg ville kunne referere og gjenskape noe av stemningen i gruppene (Puchta og Potter, 2004). Å analysere kvalitative data vil alltid inneholde dette reduksjonistiske paradokset. På den ene siden er datas kvalitet nært knyttet til i hvilke grad en får frem informasjon som så nøyaktig og detaljert som mulig gir uttrykk for informantens subjektive opplevelse eller betraktninger. På den andre siden er det forskerens oppgave å redusere, ”lytte ut” tema og skape mening i materialet på en slik måte at det kan ha en gyldighet ut over øyeblikket. Denne prosessen starter med transkriberingen der detaljrikdommen i informasjonen som ligger i det konkrete møtet til en viss grad må gå tapt.

Med disse føringene gikk jeg i gang med transkriberingen. I den skriftlige gjengivelsen av informasjonen har jeg forsøkt å skrive ned så nøyaktig som mulig det som ble sagt, slik det ble sagt. Jeg har notert pauser, smil og gester som jeg har oppfattet som en del av kommunikasjonen, vel vitende om at det selvfølgelig er en reduksjon av informasjonen. Jeg har forsøkt å være åpen og ikke diskvalifisere noen utsagn eller underslå noen meninger, men er likevel klar over at jeg har gjort tolkninger og valg som andre kanskje ville gjort annerledes. Jeg anonymiserte hver enkelt informant, ved å gi dem nummer en til fire i den ene gruppen og en til fem i den andre. Jeg ga hver informant sin egen skriftfarge, i utskrift skilte jeg hvert gruppeintervju ved forskjellig farge på arket. Nedtegningsteknikker som ivaretar en mulighet for å analysere gruppeprosessen og ”produksjonsprosessen” er like viktig som en nedtegning som formidler hva de faktisk sier (Puchta og Potter, 2002). Fargekodene ga meg et visuelt inntrykk av kommunikasjonen og den enkelte informants deltakelse. Informantenes anonymitet var ivaretatt.

Kreuger (1998c) definerer ”analysens kontinuum” (s 27) som den kontinuerlige bevegelsen mellom rådata, beskrivelse, tolkning og konklusjon (recommendation). Både Dalen (2004) og Halkier (2002) argumenterer for at, selv om prosessen er et

kontinuum og metoden fordrer at man ikke ”lukker dører”, men hele tiden er åpen for nye forståelser, på gitte tidspunkt likevel erklærer stadier for tilbakelagt. Etter at transkripsjonen var gjort, har jeg valgt å følge Halkiers råd. Jeg har forholdt meg til det skriftlige materialet jeg har produsert og latt videotapene ligge. Totalt hadde jeg 90 sider transkripsjoner og rundt 20 sider memos. I tråd med slik f eks Corbin og Strauss (2008) definerer det, hadde jeg en opplevelse av at analyseprosessen var i gang allerede ved transkriberingen. Prosessen der noe løftes frem og noe blir liggende, hadde begynt. Et sted i hodet surret en ”lagringsfil” som registrerte tema og var nysgjerrig på hva de ”egentlig” sa. Jeg gjør kontinuerlig valg og har begynt prosessen der både reduksjon og ekspansjon er målsetting.

4.3 Manuel koding eller bruk av dataprogrammer?

Jeg var takknemmelig for alt materialet fokusgruppene hadde gitt meg, utålmodig og nysgjerrig på om jeg ville klare å yte deltakerne og materialet mitt tilstrekkelig rettferdighet ved å få det organisert i meningskapende sammenhenger. Det var mange ord, mange kloke ord, noen ”tenke-ord”, mange ”pauseord” og veldig mange halve setninger. Det Kvale referer til som 1000-sidersspørsmålet (Kvale, 1997) ble høyaktuelt. Jeg vurderte å benytte dataprogram i analysearbeidet. Data-analyser er konsistente og systematiske. De gjør det lett å flytte tekst rundt i dokumentet (Corbin og Strauss, 2008). Nettopp det at kategorier og strukturer raskt lar seg opprette i et materiale med hjelp av dataprogrammer, gjør også at data-analyser kan forringe kvaliteten på studien (Corbin og Strauss, 2008). Forskeren har alltid et ansvar for å behandle data med respekt for datas egenart (Befring, 2007). Det er viktig at forskeren har integrert forståelsen for materialet. Forskeren må forstå og kjenne til konteksten der data er produsert (Corbin og Strauss, 2008). Jeg var trygg på egen kompetanse i forhold til problemområdet, men ydmyk for ”skårungeposisjonen” som forsker. Med min manglende erfaring tenkte jeg at det ville være lettere å være fleksibel og i dialog med materialet hvis jeg bearbeidet det manuelt (Dalen, 2004 og Kreuger, 1998c). Jeg ønsket ”å la data gå gjennom hendene mine”. Jeg var redd for å miste verdifull informasjon i nybegynnerens famling og fascinasjon over teknikkens

muligheter (Kreuger, 1998b). Utstyrt med en stor rull gråpapir, skrivepapir i mange farger, saks, tape, markeringstusj, fargeblyanter og memos-lapper gikk jeg løs på analysearbeidet. Hva sa de?

4.4 Analyse av gruppeprosessen og kommunikasjonen

Bearbeiding av det empiriske datamaterialet fra fokusgruppeintervjuer er på mange måter likt bearbeiding av andre kvalitative intervjudata, men også ulik.

Fokusgruppene er dataproduserende. En analyse og forståelse av den meningsskapende prosessen og av hvordan gruppen fungerer som dataproduserende enhet er verdifull i analysearbeidet (Halkier, 2002). Ved andre datainnsamlingsmetoder vil det at informantene "farger" hverandres standpunkt kunne være en trussel mot datas validitet. I fokusgrupper påvirker deltakerne hverandre. De utveksler erfaringer, knytter forståelse og mening til hverandres bidrag og sammenlikner erfaringer. Sånn kan standpunkt endres og nye forståelser utvikle seg. I fokusgrupper tilstreber en nettopp denne dynamikken gjennom likeverdig "farging" av refleksjonene. Dette forutsatt at prosessen er preget av fri generering av synspunkt og refleksjoner. I analysearbeidet er en viss kunnskap om grupper og om kommunikasjon en fordel (Puchta og Potter, 2004). Først når ytringene er forstått, og forstått i en kontekst, kan de gi mening til problemområdet studien omhandler.

De ulike fargekodene hjalp til å få en visuell oversikt over om alle tok ordet og hvordan deltakelsen var fordelt. Mitt umiddelbare inntrykk etter gruppemøtene var at alle kom til ordet i begge gruppene. Dette ble bekreftet. Fargekodene avslørte likevel at det var to som var særlig aktive i første del av den ene gruppens første møte. En kan nesten lure på om de kom til møtet med en felles agenda. De gir hverandre ordet: "Si det, du". De støtter hverandre: "Det du sier der er veldig viktig." Imidlertid endrer dette seg, for meg ser det ut som dialogen i fokusgruppen raskt preges av likeverdighet. Dette kommer jeg tilbake til i drøftingen av validitet og reliabilitet.

Begge gruppene var preget av relativt lange monologer i begynnelsen av det første intervjuet. Dette faller sammen med at de forteller hverandre hva de gjør. De snakker

sjelden i munnen på hverandre. De lytter til hverandre og utforsker hverandres utsagn. Gjennom aktivt å utforske hverandres uttalelser forandres standpunkt og nye forståelser kan utvikles. Noen sitat fra gruppene kan illustrere dette.

” Det har jeg ikke tenkt på før, men det er jo helt sentralt”. ”Når du sier det, tenker jeg plutselig annerledes om sånn som jeg har gjort det...” ”Hva mener du med det?”

Andre ganger må en lytte til pausene og det som ikke blir sagt for å få tak i meningsinnholdet (Kreuger, 1998c). Noen ganger kan stillhet være uttrykk for ettertanke. Fra den ene gruppen henter jeg følgende eksempel:

Informant tre har snakket lenge og detaljert om hvordan hun arbeider. Det har vært så godt som ingen respons i form av mumling eller nikking, ingen verbale utsagn: ” Tre stopper litt. Det er stille i gruppen i 15 sekunder. Tre ser seg rundt og spør: ”Er jeg helt ute nå?” Det er stille. En: ”Nei, nei, det er bare spennende.” Fire: ”Ja, jeg blir stille fordi jeg sitter og tenker på hvordan jeg selv gjør det.... Jeg tenker om jeg kunne gjort noe liknende med en jente jeg jobber med...”

Andre ganger kan det at gruppen blir stille være uttrykk for uenighet eller et ønske om å unngå konflikt. Kanskje er latter ikke uttrykk for humor, men for en emosjonell spenning, angst eller til og med sinne.

Informant to har fortalt om hvordan hun roser barna hun jobber med. Det blir stille (12 sek.) To fortsetter, men stadig mer nølende. Hun avbryter seg selv; ”Ja, på en måte”... Hun ler (usikkert?). En smiler (men??). To avslutter ikke setningene. Det er stille i 7 sekunder. Moderator griper inn: ”Så i ditt arbeid er det å gi ros en måte å bygge opp om mestringsopplevelsen og styrke selvbildet, sånn som du begynte med å si at du synes er så viktig?” To: ”Ja, ja, for meg er det alltid et viktig element å bygge på mestring” Moderator: ”Hva tenker dere andre om det?” Stillhet ca 6 sekunder. En: ”For meg er mestring også helt sentralt, men jeg har litt mer komplisert forhold til det med ros. Når du roser opphøyer du den som gir ros. Det er et dilemma for meg.”

Her forstår jeg stillheten som uttrykk for at gruppen er usikker på om de ønsker å utforske eller forfølge en mulig uenighet eller kompleksitet i forhold til mestringsbegrepet. Som moderator griper jeg inn og oppfordrer dem til å gå videre på refleksjonene fordi jeg oppfatter dette som en viktig nyansering for problemområdet mitt. Er dette et begrep eller tema som vil vise seg å være viktig?

Slike analyser av kommunikasjonen og sosiale relasjoner er vesentlig for forståelsen av datamateriale innhentet i fokusgrupper. De tilfører en dimensjon til analysen av det språklige innholdet og understreker hvordan metoden har to ulike ”informantenheter”; hver enkelt deltaker, men også gruppen som en egen produksjonsenhet. Hovedinntrykket mitt er at fokusgruppene preges av fri og engasjert produksjon av data.

4.5 Hva er det de sier? Åpen koding

Det første steget i analyseprosessen er en ”råkoding” (Dalen, 2004) eller åpen koding (Corbin og Strauss, 2008). Analyseprosessen er en fokusert utforskning av materialet. Jeg begynner min dialog med datamaterialet, på jakt etter tema, fenomen og beskrivelser som omhandler hvordan mine informanter opplever verdien av den pedagogiske kompetansen i deres terapeutiske arbeid. Min kjennskap til fagfeltet og problemområdet danner bakteppe for forståelsen (Corbin og Strauss, 2008). Jeg er ikke ”teoriløs”, slik den opprinnelige GTmodellen krevde. Som ”innside observatør” (Vedeler, 2000) nærmer jeg meg feltet med betydelig teori og kompetanse som referanse for min forståelse av materialet fokusgruppene produserer. Dette kan innebære at jeg har de beste forutsetninger for å forstå informasjonen. I posisjonen ligger imidlertid også en klar fare for observatørbias (Vedeler, 2000). Tilhørighet i feltet som skal undersøkes utgjør en fare for at min forståelse av datamaterialet skal farges av min forforståelse. ”Som man roper i skogen får man svar”. I analysearbeidet tilstreber jeg å la kunnskapen om feltet være ”bakteppe” for min forståelse, informert teori (Corbin og Strauss, 2008), men likevel å lytte åpent til informantene.

Med problemstillingen, forskningsspørsmålene, intervjuguiden og tillegsspørsmålene som rettesnor ”legger forskeren øret til materialet” (Dalen, 2004) og forsøker å lytte ut meningssskapende enheter, konsepter, tema eller ideer i råmaterialet som kaster lys over forskningsspørsmålet (Halkier, 2002). Jeg leser gjennom det skriftlige materialet, markerer meningsbærende enheter og noterer temaoverskrifter i marginen (Kreuger, 1998c). Et eksempel:

En (fortsetter): ”...mestring det gjennomsyrrer på en måte alt jeg gjør. Det er kjempeviktig for meg. Og da blir det ikke så viktig for meg å forstå hva som er gæærnt og hvordan det har blitt gæærnt.” Tre sitter urolig (engasjert?). Hun sier stadig ”Ja, ja, mmm” (vil hun si noe?) Flere mumler mmm. En (fortsetter): ”Jeg er mest opptatt av hvordan vi kan gå videre.” Tre, avbryter: ”Men, jeg er også veldig opptatt av mestring, altså, ikke elendighetshistorier, men det er noe med å forstå hvorfor dette barnet er som det er, da....For akkurat nå kommer jeg fra en skole...” Hun forteller fra en klasseromsobservasjon...”og jeg tenker jo da, underveis når jeg sitter der og ser på ham: ”Hva er det du får til og hva er det ikke du får til? Hva kan det være?”..... for han ble helt kraftløs... og jeg vil jo ta opp de tingene der også. Det er nemlig det som har gjort at han kommer til oss!”

I marginen noterer jeg ”mestring”, ”fokus på veien videre” og ”forstå det som er vanskelig”. Om prosessen noterer jeg ”engasjement”, ”støtte”, ”salutogenese vs patogenese? Uenighet?”. Slik gir den åpne kodingen meg tråder å spinne videre på. Mestring er ”kjempe viktig” for informant en, så viktig at det har prioritet fremfor patologien. Informant tre sier at hun også er opptatt av mestring, men understreker at hun i sitt arbeid mener hun har en forpliktelse til å forstå patologien. Sammen utforsker de mestringsbegrepet. Mitt inntrykk er de til tross for enighet om at mestring er helt sentralt, har forskjellig praksis og kanskje også en uenighet i forhold til hvordan de adresserer patologien.

Slik arbeidet jeg meg gjennom råmaterialet. Jeg skilte ut det jeg forstod som temaoverskrifter i de kliniske pedagogenes beskrivelser og refleksjoner knyttet til egen terapeutisk praksis. Datamengden reduseres, men er også tilført en ny

dimensjon, jakten på et mønster har begynt. Materialet har gitt meg føringer på tema som kan bidra til en forståelse av kliniske pedagoger terapeutiske kompetanse. Skyttelen slår inn i renningen, frem og tilbake. Grounded Theory er kalt ”den konstant komparative metoden” (Gamst og Langballe, 2004). Det utvikler seg en dialog mellom meg som forsker og materialet fokusgruppene har gitt meg. Uten å tvinge datamaterialet inn i teoretiske konsepter eller forhåndsbestemte kategorier, men samtidig hele tiden med forskningsspørsmålene som rettesnor, leter jeg etter ledetråder og overordnet forståelse (Corbin og Strauss, 2008). Analyseprosessen er preget av dynamisk bevegelse mellom subjektive erfaringer og beskrivelser og en mer generalisert forståelse. Anekdoter og konkrete erfaringer i datamaterialet organiseres etter tema. Det første steget i å løfte forståelsen vekk fra de subjektive erfaringene nærmere en empirisk viten som kan være gyldig for flere, har begynt.

I prosessen med å lytte og lete i materialet etter hva fokusgruppene sa om hvordan de i terapeutiske arbeid møtte henviste barn, ungdom og deres familier og hvordan de vurderte verdien av sin pedagogiske kompetanse i dette arbeidet, fant jeg tolv temaområder som jeg oppfattet som særlig sentrale for forståelsen av studiens problemområde. De tolv temaområdene var organisasjonskompetanse, brobyggerkompetanse, arenafleksibilitet, utviklingspsykologisk kompetanse, lekkekompetanse, kunnskap om jevnaldringsgruppen, tilretteleggingskompetanse, betydningen av ros, glede som forutsetning for vekst, forklaringskompetanse, struktur og til sist relasjonskompetanse. Jeg vil omtale de ulike temaområdene i neste avsnitt.

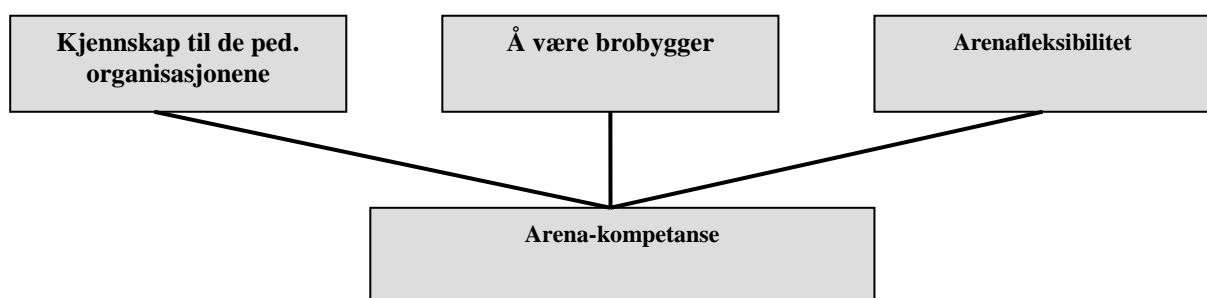
4.6 Hvordan forholder de tolv temaområdene seg til hverandre? Aksial koding

Corbin og Strauss (2008) referer til dette stadiet i analyseprosessen som aksial koding eller relasjonell koding. Halkier (2002) omtaler prosessen som kategorisering. Analyseprosessen er en kontinuerlig prosess på søken etter nyanser og variasjoner i materialet som kan kaste lys over problemområdet for studien. På dette nivået er hensikten å vende tilbake til materialet for å undersøke hvordan de ulike temaområdene forholder seg til hverandre med tanke på å skape sammenhenger

mellom konseptene eller tema (Corbin og Strauss, 2008). Kan jeg finne mønster i disse temaene som kan gi svar på mine spørsmål om kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse? Bevæpnet med memoslapper la jeg igjen ”øret til materialet”. Jeg lette etter sammenhenger og likheter, forskjeller, overlappinger og motsetninger i beskrivelsene. Hvordan kunne materialet kondenseres ytterligere i kategorier? Jeg fant at de tolv temaområdene omhandlet fire ulike kategorier. Kategoriene definerer fire kompetanseområder som, slik jeg forstår det, er fokusgruppens svar på mine spørsmål. De fire kategoriene er arenakompetanse, barnefagligkompetanse, mestringskompetanse og endringskompetanse. Jeg vil drøfte de tolv temaområdene og de fire kategoriene belyst med sitater fra fokusgruppene.

4.6.1 Arenakompetanse – ”Vi kjenner skolen og barnehagens indre liv”

I alle fokusgruppeintervjuene ble kjennskap til skole og barnehage trukket frem som verdifull kompetanse i terapeutisk arbeid. Dette er et kompetanseområde som også i forhold til forekomst fremstår som viktig. Alle informantene snakker om sin kunnskap om barnehagen og skolens indre liv og vurderer dette som verdifull kompetanse i terapeutisk arbeid. Det var, slik jeg forstod det, særlig tre temaområder som omhandlet denne kategorien.



Figur 1 Arenakompetanse: Kjennskap til de pedagogiske organisasjonene barnehage og skole, å være ”brobygger” og å ha trygghet og kompetanse til å være fleksibel i forhold til arena for terapeutisk intervensjon utgjør kategorien arenakompetanse.

”Jeg føler meg hjemme når jeg går inn på en skole, stemningen i gangene, klasserommet...”

Fokusgruppene snakker om betydningen av å ha kjennskap til de pedagogiske organisasjonenes indre liv. De snakker om betydningen av å ha gjenkjennelse på pedagogenes dilemma og forståelse for den konteksten de arbeider i. De snakker om verdien av å kjenne barnehager og skoler innenfra. I en sekvens ble denne kompetansen omtalt slik:

To (fortsetter): ... ”Jeg tror at vi kanskje lettere kan sette oss inn i den rollen, hvordan det er å stå fremme på kateteret, foran hele klassen og skulle ha kontroll. Det å vite hvordan det er å være lærer.” Informant fire: ”Ja. Jeg føler meg helt hjemme, jeg, når jeg går inn på en skole, stemningen i gangene, klasserommet... Jeg er som en gammel sirkushest som lukter sagmugg!”

De omtaler denne kompetansen som en kompetanse foreldre så vel som ungdom etterspør. I en sekvens hentet fra den andre gruppen omtales tema slik:

Fem: ” Ja, for foreldre er jo alltid opptatt av skole. Jeg var på et møte her en dag, et utskrivingsmøte. Det var mye snakk om diagnoser og testresultater og sånn. Men foreldrene de snakket om en ting ”Men hvordan skal vi få han tilbake inn i skolen?” sa de. Det var det de var opptatt av; skole, skole, skole, skole. Og da tenker jeg at min kompetanse og min erfaring er viktig. Jeg er enig med dem, for det første. Det er kjempeviktig for den gutten at han finner seg til rette på skolen. Og dessuten kan jeg det de etterspør. Jeg kan skole. Jeg kan møte dem på det og diskutere med både dem og skolen hvordan de kan legge til rette.” Fire: ”...jeg har ikke, sånn som dere, erfaring fra det å ha undervist eller jobbet i barnehage. Min erfaring før jeg kom til BUP er blant annet fra PPTjenesten. Likevel må jeg si jeg kjenner meg igjen. Jeg har også kompetanse på skole, barnehage, tilrettelegging. Jeg har vært på hundrevis av skoleobservasjoner. Jeg synes jeg kjenner skolen fra innsiden, men ikke med undervisningserfaring. Den kompetansen har ikke jeg. Den har læreren. Jeg tror det handler om å være pedagog.”

Jeg forstår det som organisasjonskompetansen blir en verdifull del av deres terapeutiske kompetanse fordi de opplever at den kommer henviste barn og unge og deres familier til gode. Informant fire utvider og nyanserer fokusgruppens forståelse av organisasjonskompetansen ved å knytte den til en mer generalisert pedagog kompetanse og pedagog identitet, snarere enn til det å selv ha undervist eller jobbet som førskolelærer i barnehage. Fokusgruppene understreker at det å ha kunnskap og kompetanse om de pedagogiske institusjonenes indre liv er viktig i arbeid rettet mot å skape forståelse i forhold til det pedagogiske personalet. Kompetansen fremheves imidlertid også som viktig i arbeid med foreldre. Slik underbygges verdien av dette området i det indirekte arbeidet som synes å være en viktig del av disse pedagogens terapeutiske virksomhet.

”Døråpner og hjerteåpner må jeg være!”

I gruppene snakker de mye om hvordan de ”åpner dører” i betydningen å få barn, foreldre og lærere til å være åpne for nye forståelser av hverandre. De snakker om betydningen av å vekke empati og å skape anerkjennelse. Jeg kalte dette temaområdet brobyggerkompetanse. Ved å møte skolens ledelse og personale med empati og anerkjenne deres arbeid og kompetanse, og samtidig peke på at barnet også er sårbart og verdig anerkjennelse, vil de bygge bro mellom skolen og barnet.

Informant tre har fortalt om en gutt hun har i terapi. Læreren i klassen er en svært anerkjent og dyktig lærer på skolen. Informanten opplever imidlertid at denne læreren har lite empati og lite forståelse for gutten. Hun opplever at læreren forstår situasjonen slik at problemet primært dreier seg om en for tett binding mellom mor og sønn og at lærer ber henne fokusere sitt arbeid mot relasjonen mor – sønn. Tre sier; ”...og da kjente jeg at jeg ble så provosert!...” - Hun holder inne et øyeblikk, stopper liksom seg selv, før hun fortsetter: ”... Det er klart jeg ble jo det fordi hun har rett! Men samtidig tenker jeg ;” Han får det ikke bedre før du åpner hjertet ditt for ham.” Akkurat da ble det det viktigste oppdraget for meg. Hvordan skal jeg få henne til å åpne hjertet sitt? Til å ta denne gutten inn og ikke straffe ham fordi hun er provosert over at moren knytter han så tett til seg? Å, ja der står jeg nå og da må jeg

bruke alt jeg kan. Jeg må konsentrere meg om å gi henne den anerkjennelsen hun trenger, og den fortjener hun også. Hun er flink, det er ikke det. Men jeg må få henne til å se den andre siden av ham. Døråpner og hjerteåpner må jeg være!” En: ”Ja. Det er utrolig ofte jeg må mekle mellom skolen og foreldre, eller mellom skolen og eleven, særlig når det er ungdom, da, for de blir så forbanna tilbake. Da er det nyttig når jeg kan si til læreren at jeg kjenner meg igjen, eller jeg vet hvordan man søker om ressurser og bistår med det, eller kan komme med ideer om hvordan det kan gjøres i klasserommet... Fire (avbryter): ”Ja det kjenner jeg igjen, men like viktig da er jo også det som er den mer generelle terapeutiske kompetansen. Jeg mener det er begge deler hele tiden. Det er ikke så lett å skille!” En: ”Ja, enig det. Vi har med oss en kompetanse på å håndtere konflikter, vanskelige relasjoner. Det er det som gjør oss annerledes... men det jeg skulle si var at da må jeg ofte også forklare for foreldrene, eller ungdommen, da, hvordan det er på skolen, hvilke muligheter som er realistiske, hva man kan forvente av dem og sånn!”

Denne sekvensen er valgt blant flere sekvenser i datamaterialet som omhandler det samme. Jeg forstår det som de kliniske pedagogene her snakker om et terapeutisk arbeid de selv omtaler som ”døråpner og brobygger”. De benytter sin arena-kompetanse fra både skole og behandlingsarenaen til å bygge bro og skape forståelse for det enkelte barnet. Når de snakker om ”å få læreren til åpne hjertet”, og om å mekle i konflikter anvender de kompetanse fra sin pedagogfaglige bakgrunn, men også terapeutisk kompetanse for arbeid med konfliktfylte relasjoner. Jeg forstår dem som de ikke synes det er rimelig å forvente at terapeuter uten pedagogbakgrunn skal ha tilsvarende kjennskap til de pedagogiske organisasjonene. Likeledes synes det urimelig å forvente den terapeutiske kompetansen hos andre pedagoger. De snakker om en brobyggerkompetanse som forutsetter begge kompetanseområdene.

”Jeg har terapi under hver busk!”

I fokusgruppene referer de til terapeutisk arbeid henlagt til mange ulike arenaer. Jeg forstår dem slik at de understreker verdien av å føle seg ”hjemme” i ulike settinger. Noen eksempler fra temaområdet arenaflexibilitet:

Informant fire har fortalt om en individualterapi hun har på klinikken. Gutten kommer ukentlig. Han har store atferdsvansker. Konfliktene er særlig knyttet til utageringsepisoder og misforståelser som oppstår på skolen. Hun sier: ”Jeg hadde tett kontakt med læreren. Gutten kom til hver eneste time. Han brukte tiden godt og reflekterte over egne bidrag inn i konflikter.... Men det hadde ingen effekt på skolen! Der var det like ille. Nå har vi en avtale om at annenhver time skal være på skolen. Vi har fått et rom vi kan være på og assistenten skal være med i timene. Sånn håper vi at det blir lettere for ham å overføre fra terapitimene til skolen. Jeg lurte på om jeg hadde turt å gjøre det sånn hvis jeg ikke hadde vært pedagog?”

I en annen gruppe forteller informant tre om terapi med en liten, sky og tilbaketrukket jente: ”Etter å ha blitt litt kjent med henne og foreldrene hjemme hos dem ble vi enige om at hun og jeg skulle møtes på skolen. Jeg snakket med læreren. Hun ville sørge for at det kom andre barn fra klassen med i timene våre. Jeg jobber sånn med flere barn, både på skoler og i barnehager. Jeg har alltid med den av de voksne som barnet føler mest tillit til. Her har vi med assistenten. Jeg planlegger hva vi skal gjøre og har med perler og spill og sånn”... Informant en i gruppen sier: ”Jeg har terapi under hver busk! Ja, det er mange av dem jeg jobber sammen med som gjør det, og jeg skal ikke bli for sjåvinistisk, men for meg er erfaringen fra arbeid i skolen viktig i denne sammenhengen. Nå for eksempel”... Hun forteller om en terapi med en ung gutt med selektiv mutisme, høyt skolefravær og bekymringsfull tendens til å trekke seg unna også andre fellskap...”så da er han vaktmesterassistent og jeg assistentassistent, kan du si. Så foregår praten mens vi skrur lyspærer og staker rør, da!” Informant tre: ”Jeg er jo også veldig opptatt av å bringe skolehverdagen inn i terapiene, da. Jeg har bare aldri tenkt på at jeg kunne gjøre det sånn. Jeg har gjort avtaler om å observere i klassen. Og så har jeg tatt med meg inntrykket mitt derfra inn i timene. Jeg har sagt sånn da det og det skjedde så det ikke som du likte det. Har jeg rett? Hva var det som skjedde? Hvordan var det for deg?”

Et annet eksempel som illustrer hvordan skolehverdagen kan flyttes inn i terapierommet:

Informant fem: ”Lekser og det å gjøre skolearbeid var rene helvete. Så jeg foreslo at vi skulle jobbe med skoleoppgaver et kvarter hver time. Jeg lager oppgavene og han jobber. Så bruker vi reaksjonene hans da til å forstå hva som skjer og snakke om det. Også får han jo gjort en del matte. Det er mest matte vi jobber med, for det er vanskeligst. Han syntes det var allright, men da måtte han få bestemme oppgaver til meg i et kvarter også. Og det er selvfølgelig alltid oppgaver som er helt umulige for meg å få til. Og så snakker vi om det. Hvor dum jeg følte meg og sånn.

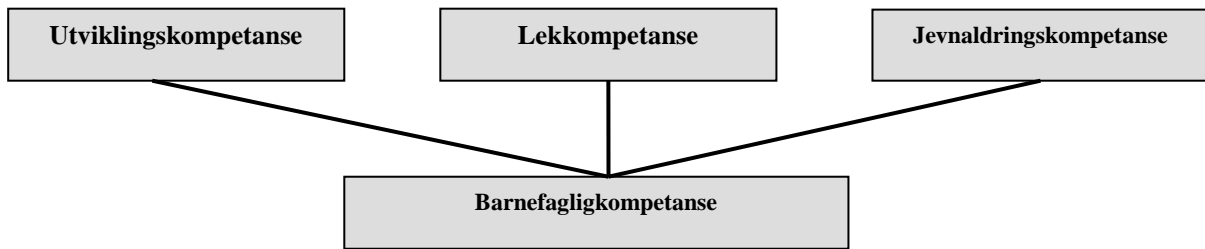
I disse og liknende sekvenser forstår jeg det som fokusgruppene påpeker verdien av pedagogisk kompetanse som en integrert del av terapeutisk kompetanse. Det er som den pedagogiske kompetansen ”smyger seg” inn i det terapeutiske arbeidet de gjør og kommer til syne først og fremst i fokus for det terapeutiske arbeidet. De kliniske pedagogene er også som terapeuter opptatt av hvordan barnet eller ungdommen har det i barnehagen eller på skolen.

Pedagogkompetansen synes å gi terapeutkompetansen en retning eller en utvidelse i det den representerer en fleksibilitet i forhold til hvor terapien kan foregå, hvem intervensjonen skal rette seg mot og i hva slags aktiviteter de velger å legge inn i terapien. De formidler at den pedagogiske bakgrunnen er verdifull. De formidler imidlertid også verdien av å ha solid terapeutisk kompetanse. ”Fellesnevneren” i disse temaene er hvordan det å ha kompetanse og identitet både på de pedagogiske arenaene og på behandlingsarenaene oppleves verdifullt og preger det terapeutiske tilbudet de kan tilby henviste barn og unge og deres familier.

4.6.2 Barnefaglig kompetanse – ”Jeg hadde jo snakket med hundrevis av barn!”

Alle som arbeider terapeutisk med barn og unge forventes å ha kompetanse om barns livsverden og om utviklingspsykologi. I fokusgruppene viser de til at erfaring som pedagoger med mange barn i aldersdelte grupper har gitt inngående kjennskap til hvordan barn på ulike alderstrinn ”vanligvis” er. De har kompetanse om normalutvikling, om barns lek og om jevnaldringsgruppens betydning generelt. Jeg

har kalt kategorien barnefagligkompetanse.



Figur2, Barnefaglig kompetanse: Utviklingspsykologisk kompetanse, kompetanse om lek og kunnskap om jevnaldningsgruppens betydning for den enkelte utgjør en grunnleggende kompetanse om barn og unge.

”Jeg har liksom i ryggmargen hvordan en vanlig åtte-åring er.”

I den ene gruppen sier en om utviklingspsykologisk kompetanse:

To: ”Jeg har med meg en kompetanse om vanlige barn og vanlige barns utvikling. Altså om barns utvikling generelt i barnehage og på skole eller ute i verden. En kompetanse om barn som jeg har fått gjennom å arbeide i barnehage og treffe så mange barn. Her ligger en såle, en viktig kunnskap.” Informant en: ”Ja, jeg har liksom størrelsen inne også. Jeg har liksom i ryggmargen hvordan en vanlig åtte-åring er. Ser med en gang om det der er en stor eller en liten en, for eksempel. Jeg har jobbet lenge i skolen. Jeg hadde jo snakket med barn før jeg kom til BUP. Jeg hadde jo snakket med hundrevis av dem! Og med foreldre også, selvsagt! Det å ha sånn mengdetrening, eller hva jeg skal kalle det, gir meg en trygghet når jeg snakker barn og foreldre på klinikken. Jeg kan det å snakke med barn.” Informant fem: ”Jeg tenker på den biopsykososiale modellen (en modell for å forstå psykiske vansker oppstått i et samspill mellom biologi, psykologi og sosiale konstruksjoner). Den kunne jeg fra før, egentlig. Som førskolelærer vet du alt om at unger er forskjellige og at livsbetingelser kan forsterke eller minimere forskjellene. Du vet at vanlige unger er veldig forskjellige. At mange av variantene ikke er noe å bekymre seg for. Men du vet selvfølgelig også da når det er noe som ikke stemmer. Når noe er, liksom, litt uttafor malen”.

De bruker sin kompetanse om en bred normalvariasjon til å vurdere henviste barn. De utveksler erfaringer og synspunkt på betydningen av dette. Det synes klart for meg at de i kraft av sin erfaring i pedagogisk arbeid opplever å ha en styrke i vurdering av enkeltbarns prestasjoner og utviklingsnivå innen språk, motorikk og humor så vel som sosial fungering. Gjennom sin erfaring med mange barn synes de å ha en internalisert ”norm” for aldersadekvate forventinger. Dette er kompetanse de opplever som svært verdifull for å forstå og møte det enkelte henviste barn.

”Lek er jo alfa og omega!”

Fra gruppe nummer to låner jeg informant fem sine ord som en illustrasjon:

”Leken i seg selv. Leken som egenverdi, ikke først og fremst fortolkningen av leken. Ikke først og fremst treningsaspektet, men leken som lek! Sånn tenker jeg om lek og jeg bruker mye lek i terapiene. I leken bruker jeg både pedagogen og terapeuten samtidig.”

Begge gruppene og alle deltakerne er opptatt av lekens ”helende kraft”. De snakker om leken som et betydningsfullt element i alle barns liv og leken som kommunikasjonsform i terapi med barn. De med førskolelærerbakgrunn tilskriver mye av sin lekkompetanse denne utdanningen. De understreker verdien av ganske enkelt å kunne mange leker og å ha kunnskap om lek som uttrykksform og lek i et utviklingsperspektiv. De andre anerkjenner leken som viktig i terapeutisk arbeid, men har ikke like bred erfaring med lek fra før de kom i BUP.

En: ”Det er klart vi lærte jo om lek på lærerskolen også. Vi hadde ganske mye om lekens betydning, men jeg har ikke lekt veldig mye med barn i jobbsammenheng. Jeg tror jeg snakker mer, eller vi maler og dikter og holder på med leire og spiller spill!” Informant tre, spør: ”Men det er vel lek, god som noe, det! Er det ikke det da? Tenker du ikke sånn at det å spille spill f.eks er en form for lek?” To: ”Ja, hvis vi tenker Winnicott og ET så er jo all kreativ virksomhet lek. Sånn tenker jeg.” En: ”Jo, jo det er klart, men jeg mente bare... lekerom. Det er uhyre sjelden jeg har barn på lekerommet!” To: ”Når jeg tenker meg om, tror jeg at det jeg kan om lek, sånn som

jeg tenker på det som terapeut, det har jeg egentlig mest fra den kliniske utdanninga. Jeg har brukt materialet og spill og leker som lærer, men å forstå lekens potesial, virkelig forstå leken, sånn tenkte jeg ikke som lærer.” Fire: ”Jeg leker masse. Jeg tror kanskje leken er mitt sterkeste kort. Jeg er en del på lekerom med sandkasse og hele pakka, men jeg tror jeg har med meg leken uansett hva jeg gjør med unger, jeg. I familiesamtaler også kan jeg egentlig innføre en liten lek.” En: ”Jeg mener vel egentlig bare... Dette har jeg ikke tenkt sånn på før nå, men... Jeg mener vel at min kompetanse om lek er mye større etter at jeg ble terapeut enn den var da jeg jobbet som lærer. Som lærer da var liksom bare alle disse tingene, lekene, sakser, tullehistorier, spill, ringleker, alt det der... Det var liksom bare der. Nå bruker jeg leken, ja som du sa, som lek har en verdi i seg selv og som kommunikasjonsform og ...ja jeg tenker annerledes, mye mer bevisst som terapeut... Men det er klart dere som er førskolelærere har vel en helt annen erfaringsbakgrunn”.

Denne sekvensen belyser flere forhold. Sekvensen illustrerer hvordan gruppemedlemmene bygger på hverandres uttalelser og utvikler sine resonnement. Bevisstheten om kompetansen øker. Alle opplever lekkompetanse som viktig i terapeutisk arbeid. Det er likevel forskjell på hvordan de vurderer verdien av sin pedagogiske bakgrunn inn i dette kompetanseområdet. Førskolelærerne synes å tenke at de har med seg en pedagogkompetanse på lek. De andre refererer også til erfaring med barn i lek, men sier de har fått økt teoretisk kunnskap og klarere forståelse av lek gjennom sin terapeututdanning. Den praktiske erfaringen og kunnskapen om lek i et pedagogisk perspektiv er verdifull og skaper ”en såle”. De opplever at kompetanse om vanlige barns lek og utvikling er verdifullt for dem i terapeutisk arbeid. Denne kompetansen tilskriver de sin pedagogbakgrunn og sin erfaring med store barnegrupper. Imidlertid opplever de det å være terapeut som en annen måte å være sammen med barn på. Dette har de måttet lære seg i PHBU. Flere har opplevd at de diskvalifiserte sin pedagogiske kompetanse da de begynte å arbeide terapeutisk, men etter hvert har utviklet sin terapeutiske stil der de henter frem den pedagogiske kompetansen og anvender den også i terapeutisk arbeid. Pedagogkompetansen gir dem en trygghet i møte med barn og ungdom.

”Du skal ha gode grunner, veldig gode grunner for å be unger komme til deg på klinikken hvis det går på beskostning av å være sammen med andre unger.”

I materialet mitt fant jeg mange sekvenser og utsagn som fremhevet de kliniske pedagogenes vurdering av tilhørighet i en jevnaldringsgruppe som viktig for barn og unges psykiske helse. De tilskriver kunnskap om barn i gruppe sin pedagogiske bakgrunn. Begge gruppene snakket om verdien av både erfaringskompetanse og teoretisk kompetanse. De delte erfaringer fra barnehage og skolegård og snakket om resiliensforskning og beskyttelsen venner representerer i forhold til psykisk lidelse. Også i individualterapeutisk arbeid syntes det som dette aspektet var viktig for dem. Et eksempel på dette:

To: ”Jeg er opptatt av å hjelpe de som kommer til meg med å få det bedre der ute, sammen med andre. Hvis unger funker med venner, så er det så mye lettere for dem å være lei seg eller redde.”

Fem: ”Jeg tenker ofte at du skal ha gode grunner, veldig gode grunner for å be et barn komme til deg på klinikken en eller to ganger i uka for å være sammen med deg hvis det går på bekostning av fotballtreninga eller korpset eller hva det måtte være.”

Informant tre sier henvendt til en som akkurat har snakket om hvor viktig hun tenker det er at terapien skal ha effekt ”der ute”:

Tre: ” ...det er akkurat det jeg tenker mer og mer ... når jeg legger terapien på skolen eller i barnehagen, så er det jo nettopp fordi jeg vet at hvis jeg kan få dem til å leke litt sammen, gjerne spille spill og sånn til å begynne med, for det er ikke så krevende for de som er sånn stille og forsiktige... altså hvis de kan leke sammen, sammen med meg så kanskje. Jeg håper jo det da, kanskje kan de begynne å leke litt mer sammen når ikke jeg er der og. Og, faktisk, så er det ikke sjelden at det er akkurat det som skjer... etter noen ganger forteller læreren eller førskolelæreren at de synes de ser en forskjell at hun eller han er mer i lek, slipper seg mer løs sammen

med de andre og da, ja da tenker jeg at vi er over kneika. Da er vi alltid over kneika.”

Om det å ha venner sier de:

To:” Det er jo sånn, som pedagoger så vet vi jo det... Jeg tenker at alle de som kommer til BUP, i alle fall de fleste, mange... sliter med venner. Enten det er de som alltid sloss og krangler, eller det er de som ikke har venner og er så mye alene, eller de som bare er smiledukker og strever så fælt fordi de kjenner seg så ensomme og alltid må være midt i, aldri kan være alene, for de er så ensomme... Vi kjenner dem jo fra skolen og barnehagen. Når jeg treffer en unge på klinikken, kan jeg liksom se for meg akkurat hvordan den ungen er i klassen, eller i barnehagen da... Det er en viktig terapeutisk oppgave å hjelpe disse til å få tak i noe i seg selv som de kan vise frem, som de synes det er verdt å dele med andre, noe de tror andre vil ha.” En:” ... Men vi har også den erfaringen på å håndtere grupper og det tenker jeg gir oss et godt utgangspunkt for å drive gruppe, altså terapigrupper i BUP.”

Jeg forstår det slik at gruppene her peker på en kompetanse om jevnaldningsrelasjoners betydning for barn og unges psykiske helse. Den pedagogiske kompetansen gjør at de er opptatt av barnets fungering i jevnaldningsgruppen også når de arbeider terapeutisk.

Jeg finner at disse temaområdene til sammen beskriver en barnefaglig kompetanse. En kompetanse om barns livsverden og barns utvikling som de opplever styrkes av pedagogkompetansen og er grunnleggende for deres terapeutiske arbeid med henviste barn.

4.6.3 Mestringskompetanse – ”Det at vi lærer av våre feil, det har jeg slutta å tro på! Vi lærer av at andre folk ser mestringen vår!”

Uttalelsen kommer fra informant en. I materialet mitt kom kategorien mestringskompetanse ut som den desidert mest hyppig omtalte. De kliniske pedagogene synes å mene at det eksisterer en sammenheng mellom opplevelse av

mestring og psykisk helse. Slik jeg forstår dem vurderer de sin pedagogiske kompetanse å være særlig verdifull i arbeidet med å holde mestringsaspektet frem i terapeutisk arbeid. Dette kom til uttrykk gjennom uttalelser som *uten mestring ingen endring*, eller *mestring er jo alfa og omega*. Jeg forstår dem som om de tenker at det å fokusere på mestring i terapeutisk arbeid er sentralt på tvers av terapiforståelse og metodevalg. I den ene fokusgruppen sier informant en:

”...Men hovedoverskriften er mestring, tenker jeg. Også er arenaer og terapeutiske innsnitt og alt det andre underordnet, for det er mestring det dreier seg om...”

I materialet finner jeg at informantene i hovedsak snakker om tre ulike ”mestringstema” som de knytter opp til eget terapeutisk arbeid. De vurderer det som vesentlig å legge til rette for mestring. De snakker om betydningen av å møte barna og ungdommene der de finner glede og de drøfter betydningen av at terapeuten gir ros.

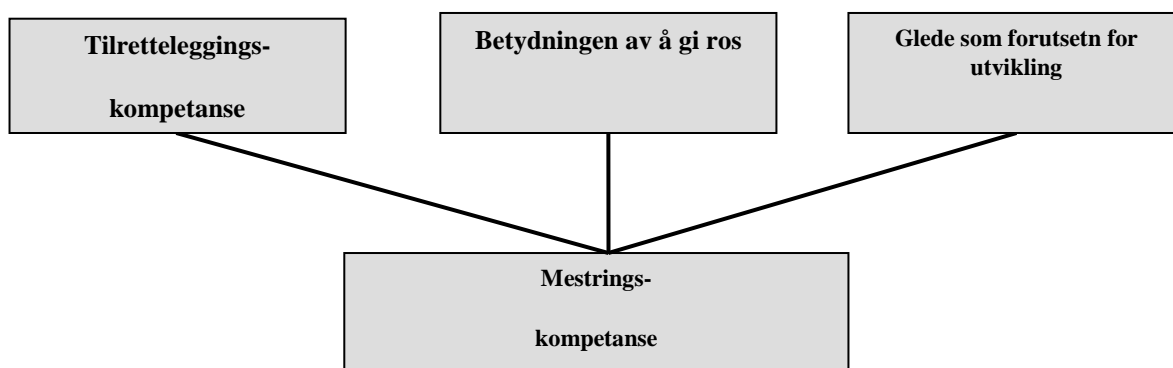


Fig.3 Mestringskompetanse: Kompetanse om hvordan tilrettelegge og tilpasse krav og forventninger til det enkelte barn, kunnskap og erfaring knyttet til betydningen av å gi ros og forståelsen av glede og vitalitet som en forutsetning for endring utgjør kategorien mestringskompetanse.

”Jeg gir jo oppgaver som jeg vet de får til.”

Uttalelsen innleder en drøfting om betydningen av å ha mestringsfokus på utredningsarbeidet som et grunnlag for senere terapeutisk arbeid. Fokusgruppene referer de til sin pedagogiske kompetanse som særlig verdifull i forhold til utredning og i forhold til å kunne tilrettelegge terapien med et mestringsfokus.

Informant to: ”Før jeg går i gang med en terapi har jeg alltid en runde der jeg sjekker ut hva er dette barnet kan? Og deretter hvor er det det strever?... Det ligger helt naturlig for meg som pedagog... og så bygger jeg selvfølgelig på mestringen, da.”

Informant fire sier: ”Jeg har jobbet mye med nevrosaker (vanligvis barn og unge med spesifikke lærevansker/utviklingsforstyrrelser eller ulike syndromer), og jeg vet hvor utrolig viktig en god funksjonsprofil er. Ikke bare tall og skårer, men en beskrivelse av funksjonen, og ikke minst hva som fungerer! Hvis du vet at en unge har en spesifikk vanske unngår du selvfølgelig, (avbryter seg selv)... jeg mener; Du må jo satse på å strekke innen et realistisk vanskeområde. Finne veiene utenom, liksom. I det terapeutiske arbeidet har jeg alltid funksjonsprofilen med. Vi snakker mye om ”å gå utenom” Vi finner strategier og utforsker mestringsveiene, da. Mestring betyr utrolig mye for disse ungene, selv om du ikke kan fjerne vansken, kan du gjøre at de mestrer til tross for, liksom.”

Felles er at de vurderer den pedagogiske kompetansen som sentral og at de i utredningsarbeidet eksplisitt leter etter mestringsområder i tillegg til å avdekke eventuelle spesifikke vansker. De omtaler imidlertid også mestring knyttet opp til den terapeutiske metoden. Et sitat fra den ene gruppen kan stå som eksempel:

Informant fire: ”Jeg jobber jo ofte med kognitiv terapi og kognitive teknikker.” Hun forteller om en terapi med et barn med angst. Hun gir eksempler på skalering og eksponeringstrening ”...og da snakker vi jo mye om mestringen. ”Hvordan kunne det blitt lettere for deg? Hva skal til for at du får det til en annen gang? Og ”Da du fikk

det til, hva var det som gjorde at du fikk det til? Hvordan kan vi få mer av det i livet ditt? ” Ja, sånn jobber vi og det er jo mestringfokus det og!”

Det er flere informanter som, med referanse til ulike terapeutiske metoder, forteller om hvordan de innen rammen av den terapeutiske metoden legger vekt på å legge til rette for mestring.

”Å gi ros har jeg et mer komplisert forhold til”

Dette sitatet er hentet fra en sekvens jeg har referert tidligere (s). Sekvensen illustrer hvordan gruppene drøfter dilemma knyttet til det å gi ros og faren ved å gjøre terapeutisk arbeid for prestasjonsorientert. Her følger flere eksempler:

Informant fem: ”Anerkjennelse er for meg nært knyttet til mestring og et kjernebegrep i terapeutisk arbeid.” Hun fortsetter: ”... Det er egentlig ikke så viktig at jeg .. eller, det viktigste er å komme dit at de anerkjenner seg selv. Veien dit går gjennom mestring, det tenker jeg.”

Informant tre: ”Det er viktig i terapi, eller i alle fall sånn som jeg jobber, å ikke bli for prestasjonsorientert. Mestring er et begrep som ligger så tett opp til det å være flink. Å være flink er ikke verdifullt i seg selv i en terapi. Det er viktig å orke å holde ut alle de vanskelige følelsene og jeg tenker jo at det dypest sett kanskje dreier seg om mestring, på en måte. Men samtidig er jeg redd. Jeg er livredd, kanskje nettopp fordi jeg er pedagog, at jeg skal bli sånn lærer, da, det var fint og nå var du flink og sånn. Det er ikke prestasjonene som står i fokus i mine terapier. Det handler jo om følelser og vanskelige følelser og om å få det bedre.”

Det er mye (selvironisk?) latter i gruppene knyttet til dette tema og beskrivelsene av hvordan de strever for å gi anerkjennelse, men ikke rose prestasjoner. Det står tydelig for meg at dette er et tema de trekker frem som spesielt utfordrende for dem som pedagoger. De snakker om hvordan de som pedagoger har hatt fokus på prestasjon. Som terapeuter ønsker noen av dem å snakke om anerkjennelse fremfor ros. Slik mener de å knytte mestringsperspektivet til opplevelse fremfor prestasjon. Som pedagoger er det viktig at de roser prestasjon og faglig fremgang. Som terapeut mener

flere det er viktig å defokusere prestasjon og derfor unngå ros. Latteren kommer gjerne i forbindelse med at de ”innrømmer” at de heller ikke som terapeuter klarer å unngå å rose prestasjon. Alle opplever dette som et dilemma.

”Vi snakker om det som gir lyst og hvordan det kan bli mer av det i livet deres.”

I sekvensene knyttet til det problematiske ved en prestasjonsfokuseret terapeutisk relasjon dukker ofte begrepene lyst og glede opp som aspekt ved fokusgruppens forståelse av mestring. Jeg forstår dem som at de i sin terapeututdanning og sin utvikling som terapeuter er blitt opptatt av nødvendigheten av å fundere terapeutisk arbeid i et håp om endring. Jeg forstår dem slik at de i arbeidet med å forankre terapeutisk arbeid i dette håpet sammen med barnet, ungdommen eller foreldrene jakter på lysten, gleden. Slik knytter de mestring til opplevelse, lyst og glede fremfor prestasjon.

En: ” Finne lysten og gleden og mestringen... finne utviklingssonen, ikke sant? Akkurat som når vi underviser. Hvor er denne ungen trygg? Hvor langt ned i bokstavrekka må du gå før du finner det nivået hvor ungen er sikker, før du begynner å gå på neste utviklingszone... Sånn tenker jeg med alt! Altså, da jeg hadde første klasse som lærer så tenkte jeg det med tall og bokstaver og... Nå tenker jeg det om psykiske prosesser. Hvor er denne ungen glad og fri? Hvor er liksom frikvarterene i livet? Og hvor går vi derfra?”

Mestring synes å være vurdert som et sentralt element i terapeutisk arbeid for alle i fokusgruppene. Å finne oppgaver og utfordringer som ligger innenfor, eller kanskje aller helst i ytterkant av, elevens mestringsområde er pedagogisk kjernekompetanse. Imidlertid finner jeg også at mestringsbegrepet nyanseres i fokusgruppene. Jeg finner at det er en spesiell utfordring for dem som pedagoger å holde fokus på følelser og intrapsykiske prosesser fremfor et prestasjonsorientert og atferds rettet fokus. De intrapsykiske eller opplevelsesnære aspektene ved mestring kommer til uttrykk i samtaler om det å gi ros, og utvikles videre i sekvensene der glede og vitalitet trekkes frem som en nødvendig forutsetning for vekst og utvikling.

4.6.4 Endringskompetanse – ”Å jobbe sammen mot et mål, det er jo det det dreier seg om!”

Overskriften er et sitat som kan ramme inn den kategorien jeg har valgt å gi betegnelsen endringskompetanse. Fokusgruppene syntes å mene at både terapeuten og pedagogen forventes å initiere endring. De snakker om hvordan det å skape en ny forståelse er nøkkelen til endring i pedagogisk arbeid, men også i terapeutisk arbeid. Videre synes de å mene at det er viktig for terapiutbytte at de som terapeuter er godt forberedt og tar ansvar for en struktur i timene. Jeg finner at de vurderer pedagogkompetansen som verdifull når de snakker om disse temaene. Det siste temaområdet i denne kategorien har jeg kalt relasjonskompetanse. Jeg forstår det som de vurderer den pedagogiske kompetansen som mindre verdifull i forhold til arbeidet med å etablere en terapeutisk relasjon. Jeg skal gjøre rede for hvordan kategorien er bygget opp og belyse med eksempler fra fokusgruppene.

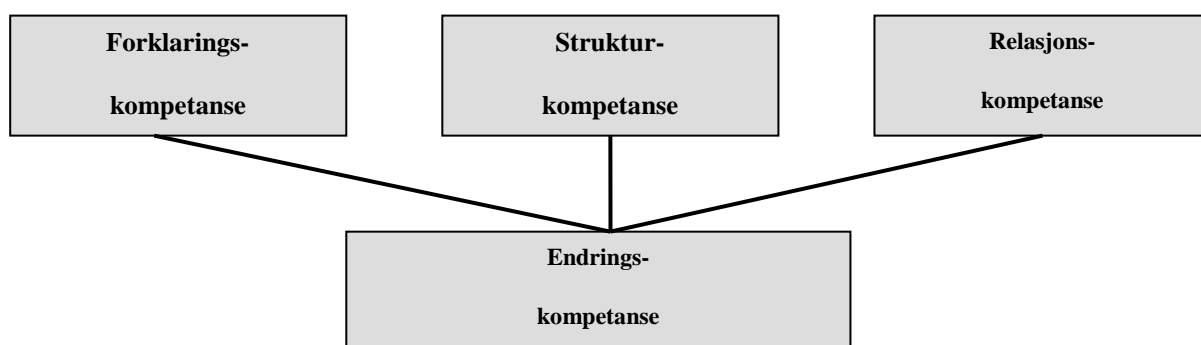


Fig 4 Endringskompetanse: Kompetanse på det å forklare, å holde struktur og være forberedt og å bygge relasjon synes å være grunnelementer i de kliniske pedagogenes forståelse av hvordan de initierer endring i terapeutisk arbeid.

Hva anser fokusgruppene for verdifull endringskompetanse?

”Å hjelpe barn til å skjønne seg selv og det de står oppe i. Det tror jeg er et stort poeng.”

Det å forklare og å legge til rette for at barn, foreldre og pedagogisk personale skal forstå, synes å være et viktig element i terapiene. Alle gruppene snakket om det og alle deltakerne var opptatt av det. Jeg vil gi noen eksempler fra fokusgruppene.

Informant to: ”Jeg jobber mye psyko-educativt. Jeg forklarer for foreldre, og barna også, selvfølgelig, hvordan det er mulig å forstå den vansken de er henvist for, eller det vi har funnet ut i utredningsfasen. Første skritt i terapien er alltid det; å skape en forståelse.” Tre: ” Jeg er opptatt av å skape en ny forståelse. De sliter sånn med den forståelsen de har av seg selv og foreldrene har av dem og jeg... den taperforståelsen, på en måte... Jeg er opptatt av å vise dem den andre siden, skape en ny forståelse. Hvis vi får til en ny forståelse, en forståelse som gir selvrespekt og respekt, så har vi et utgangspunkt for å skape endring. Da må liksom alle gjøre noe annerledes, med bakgrunn i den nye forståelsen, mener jeg. Det tenker jeg er ganske pedagogisk. Jeg mener jeg kan jo noe om det å forklare og...” To tar ordet tilbake: ”Ja, er det noe vi pedagoger kan, så er det vel å forklare!” ... Informant fem: ”Forstå på en måte som gjør at de kan opprettholde mest mulig verdighet. Det er for meg en vesentlig ting i terapien. Jobbe mot en måte å forstå seg selv og omgivelsene på som ikke knytter personligheten til å være offer, men som en måte å tenke på seg selv med verdighet og på hendelser som hendelser ”

Fokusgruppene betoner betydningen av en terapeutisk målsetting knyttet til å skape en ny forståelse. De definerer det som en viktig del av sitt terapeutiske arbeid å forklare. Informant tre bringer inn et nytt aspekt ved forståelsen, selvforståelsen. Dette begrepet er, slik jeg forstår det, et intrapsykisk begrep tilhørende en terapeutisk verden. Jeg forstår det som det skapes en nyansering og et skille mellom en logisk, kognitiv forståelse som fokusgruppene ser ut til å definere tett opp til det pedagogiske kompetanseområdet, og en forståelse som kanskje ligger nærmere opp til det terapeutiske begrepet innsikt. Slik opplever jeg at gruppen utvikler et resonnement som gjør at forståelsesbegrepet nyanseres og utvides. Informantene mine synes ikke å

være spesielt uenige, men har en gjensidig respekt for at de betoner ulike aspekt ved begrepet, varierende med metodevalg. De psykoedukative og KAT-terapeutene brukte sin pedagogkompetanse mer direkte ved å forklare, nærmest undervise om tema. De psykodynamisk orienterte synes å arbeide for en innsikt som skal vokse frem av en erkjennelse mer enn som resultat av å ha fått god forklaring.

En annen nyanse i ”forståelseskompetansen” kommer til uttrykk i følgende sekvens:

Informant fem: ”Jeg har noen hovedbegrep i mine terapier. Jeg tenker at det å hjelpe barn til å forstå og knytte mening til sin egen livshistorie, altså det å skjønne, å skjønne seg selv, skjønne det de står oppe i. Det tror jeg er et stort poeng. Så er det å støtte symboliseringsevnen, øke, støtte eller være med på, eller bidra til sånne selvhelende prosesser og egen evne til symbolisering. Det er to arenaer jeg jobber mye på i terapirommet...”

Jeg oppfatter dette som en terapeutisk prosess der hun legger til rette for at barnet selv skal knytte mening til belastende livshendelser. Det er, slik jeg oppfatter det, snakk om en annen terapeutisk prosess enn en mer forklarende, psykoedukativ prosess. Et annet sted i drøftingen sier hun:

”Jeg vet ikke om det å jobbe med livshistorier og det å knytte mening til er spesielt pedagogisk, jeg mener... det er jo mange som gjør det, men for meg er pedagogkompetansen viktig. Det å fortelle, lage historier, å snakke med barn om først hendte det og hva hendte da og sånn... Da bruker jeg pedagogen, men det er jo fra terapiforskning og... men for meg er erfaringen fra barnehage en viktig del av kompetansen min.”

Dette forstår jeg som et av de utsagnene som knytter pedagogkompetansen og terapeutkompetansen sammen. Hun beskriver et terapeutisk arbeid og en terapeutisk forståelse, nøler litt, men understreker at for henne er pedagogbakgrunnen viktig i dette arbeidet. I begrunnelsen referer hun til erfaringen med å bruke historier i samvær med barn. Hun beskriver hvordan hun overfører denne kompetansen og bruker historier i terapeutisk arbeid.

Disse eksemplene viser hvordan forståelse er et viktig element i direkte terapeutisk arbeid. Fordi dette er et tema informantene er opptatt av og hvor det ligger mange nyanser i råmaterialet velger jeg å ta med et eksempel til:

Informant tre: ”... å forstå på bakgrunn av en forklaring, eller hva jeg skal si.... Eller å forstå kognitivt... like viktig synes jeg det er med en emosjonell forståelse, mer sånn emosjonell læring som vi lærte om i utdanningen, altså at de har forståelse for hverandre! Og da er det viktig at jeg med min pedagogkompetanse forstår læreren og hvordan det er på skolen. Altså å forstå hvordan det er å være den læreren, hva det barnet kan gjøre med deg som lærer. For eksempel en jente jeg har. (forteller om stille, forsiktig, deprimert jente hun arbeider med...) Jeg forstår hvor provosert læreren kan bli av den stillheten... også å forstå hvordan foreldrene har det f eks (forteller om et annet barn, en gutt med store atferdsvansker på skolen)... og foreldrene får bare kjeft... eller i alle fall sånn opplever de det... Men å forstå hvordan de har det... og forstå ungen og ja i det hele tatt, på alle plan å forstå, det er en viktig side!”

Eksemplene fra fokusgruppene illustrer ulike sider ved fokusgruppens forståelse av forklaring og forståelse i terapeutisk arbeid. Også her snakker de om den pedagogiske kompetansen som verdifull samtidig som de understreker betydningen av en terapeutisk kompetanse. Jeg finner at de skiller mellom en kognitiv, fornufts- og forklarings-basert forståelse og en mer emosjonell opplevelse av forståelse som kanskje ligger nært empatibegrepet.

”Jeg går jo aldri til en time uten å være forberedt.”

...Flere ler og en annen i gruppen supplerer raskt: ”Ja, det er nok en sånn pedagog greie!”

Struktur, plan og regi synes å være viktig for de kliniske pedagogene. I datamaterialet mitt finner jeg at det hersker en selvironisk humor og en ambivalens i forhold til det å være godt forberedt og å ha en plan, en struktur og en regi på timene. På den ene siden virker de kliniske pedagogene stolte av å være godt forberedt. På den annen

side synes det som de også er litt beskjemmet over å være så strukturerte. De knytter refleksjoner til hvorvidt struktur og regi i terapiene gjør dem mindre tilgjengelige for ”den andres” agenda. De forbereder seg til terapitimene, og tenker at det er viktig for terapiutbyttet. Samtidig understreker de at ”kunsten” er å være fleksibel. Jeg forstår det som de knytter det å være forberedt opp til sin pedagogbakgrunn.

En: ... ” Ja, altså ikke sånn fra minutt til minutt fast plan, men med en tanke om hva er retningen i denne timen. Aldri helt sånn ”og hvordan har vi det i dag?”, liksom, uten plan og regi. Og jeg har tenkt ut hvordan vi skal komme dit. Jeg har planlagt hvilke leker eller spørsmål eller hva vi skal jobbe med og hvordan. Det har jeg... Eller hvis jeg ikke har det har jeg hatt det for travelt og slurva og da blir det nesten alltid dårlig!”

De legger planer, men kunsten er å være fleksibel.

Informant to: Men så tenker jeg også at det er mye jazz. Det er et mønster og det er en struktur, men det må være improvisasjon og!”

I en annen gruppe sier informant en:

”...men så kommer du kanskje dit du skal da. Hjem til familien i 6. etasje og du har båret opp spill og tenkt og planlagt også viser det seg at det er akkurat da naboen har tenkt å komme og drikke kaffe! ... ja da... eller så har kanskje akkurat rotta rømt og så må alle lete... Det er egentlig da det er helt nødvendig å ha en struktur og å vite hvor du vil. Har du struktur, kan du flytte arena og improvisere med rotter og nabokoner, hvis jeg ikke er forberedt da, så blir det i hvert fall ikke terapi!” Fire: ”Det ligger vel i ryggmargen vår som pedagoger det der med å ha en plan for timen!”

Her synes jeg å høre at de vurderer sin pedagogfaglige bakgrunn som verdifull. De oppfatter det liksom tilhørende ”det pedagogiske vesen” å være strukturert. På den andre siden henter de også ut begrunnelser for forutsigbarhet og struktur som kanskje ligger nærmere terapifeltet. I manualbaserte terapimetoder er struktur, forutsigbarhet, tilrettelagt progresjon og plan viktig som atferdsregulerende faktor. Disse

begrunnelsene ligger, slik jeg forstår dem nært opp til en pedagogisk begrunnelse. Jeg hører imidlertid også en annen stemme i materialet mitt. Igjen snakker de om ”å romme”, ”å trygge” og ”skape orden i kaos”, slik jeg forstår det er dette begrep med tilhørighet i en psykodynamisk forståelsesramme. I forlengelsen av dette forteller flere om individualterapi til fast tid, i fast rom på klinikken. De snakker om magien eller den terapeutiske effekten av det rituelle.

Informant to: ”Jeg kan fortelle om ei jente jeg jobber med nå. Hun er (forteller kort om en jente i barneskolealder henvist for angst med spørsmål om oppmerksomhetsforstyrrelse) ... Vi er alltid på det samme rommet. Hun kommer inn i rommet setter seg alltid i sofaen. Jeg setter meg i min stol. Jeg starter egentlig alltid med å spørre om hun har noe hun har tenkt på siden sist eller noe hun vil vi skal gjøre denne timen. Så går vi gjennom lekse eller det hun skulle finne ut av mellom timene...”

En i en annen gruppe sier:

Informant fem: ”... men jeg må si at jeg også har stor tro på individualterapi på klinikken. Jeg har så mye erfaring med det å gi en unge en fast tid, på et fast rom, eksklusivt for den ungen... den magien, nærmest, som oppstår når du skrur på det røde lyset og skrur av mobiltelefonen din... dette er din tid..”

De snakker om betydningen eller effekten av det forutsigbare, det rituelle i terapeutisk arbeid. De snakker om den symbolske verdien av struktur og regelmessighet. Strukturen og det rituelle ansees som en viktig forutsetning for å skape nødvendig trygghet og konfidensialitet. Uavhengig av hvilke terapeutiske metode de foretrekker utvikler det seg sekvenser der de skiller mellom pedagogens struktur og terapeutens struktur. En sier det slik:

Informant en: ” Struktur, jeg tror det er et nøkkelbegrep. Det ligger i pedagogkompetansen min at jeg tilstreber en struktur i timene, men likevel er det helt forskjellig når jeg jobber som terapeut og da jeg arbeidet som pedagog. Forskjellen er om du tenker at du først må lære barnet å følge regimet, at barnet må tilpasse seg

planen, eller du først må tilpasse deg, altså følge barnet. ... sånn helt på mikroplan bare følge barnet, men likevel ha strukturen i timen...”

En annen utdyper dette med et eksempel:

Informant fire: ”Ja, sånn satt jeg også og tenkte nå da vi snakket så mye om struktur... at det er en forskjell. For eksempel den skoleobservasjonen jeg fortalte om; Spesialpedagogen, hun hadde så mye hun skulle gjennomføre. Hun var så godt forberedt til timen, og hun liksom føyset ham unna!” Her skal vi følge min plan” ikke sant? ” Først skal vi... og så kan vi... og til slutt kan du få...” Det var liksom ikke plass til ungen, tenkte jeg. Han er jo en sånn du må følge i hans oppmerksomhet. Han viste jo så mye nysgjerrighet og hadde mange invitasjoner hvis bare hun hadde kunnet følge ham og ikke krevd av ham at han skulle følge hennes plan. Det ble umulig for ham, rett og slett. Åh jeg er så spent på det videre arbeidet med den pedagogen, for hun må lære seg å følge ungen...”

Det er flere liknende refleksjoner i begge gruppene. Jeg forstår det som de opplever at pedagogkompetansen gjør at struktur er nærmest uunngåelig for dem, og at de opplever dette som verdifullt i terapeutisk arbeid. Utsagn om at de som terapeuter følger barnet, mens de som pedagoger fulgte planen, tolker jeg som en type nøkkeluttalelse som beskriver et fokusskifte informantene mine ser som vesentlig i deres profesjonelle utvikling fra pedagoger til terapeuter. Jeg vil komme tilbake til dette i kapittelet om aksial koding. Tema bringer meg over til neste temaområde.

”Men det aller viktigste er jo å ha en relasjon som bærer”

I beskrivelsene av hva de gjør for å oppnå endring gjennom terapeutisk arbeid, snakker de mye om å bygge relasjon. De bygger relasjon til barnet, til foreldrene og til lærere. I disse refleksjonene synes det som om de vurderer den terapeutiske kompetansen som den primære. Et eksempel:

Informant en: ”I den første fasen er jeg veldig opptatt av å få tillit. Foreldrene må liksom stole på at jeg vil dem vel, at vi har samme mål og at jeg vil støtte dem i deres strev med barnet.”

Informant tre: ”Jeg bruker mye tid på at de skal bli kjent med meg. Ofte kan jeg dra hjem der for å bli kjent på deres hjemmearena...”

Informant to sier det enkelt:

”Først må vi jo bli enige om hvorfor de kommer....”

De har en terapeutfaglig begrunnelse for la pasient eller familie være aktive i å definere problemområdet og målsetting med kontakten. Denne relasjonelle kompetansen der forhandlinger er viktige, forstår de som forskjellig fra, og kanskje også til en viss grad hemmet av, deres pedagogbakgrunn.

Informant to: ”Sånn gjorde jeg aldri da jeg jobbet som pedagog” ... Informant en: ”Da jeg jobbet i skolen tror jeg liksom jeg tok det for gitt at foreldrene ville dit jeg ville. Vi begynte liksom på hvordan skal vi nå målet? Ikke: Hva skal målet være?” Informant tre: ”Ja det har du rett i! Jeg tenker på ofte, både i samtale med foreldre og i samtale med lærere, det der hopper vi pedagoger for fort over. Folk føler seg.... De får motstand, mange får det...”

Likevel trekkes den pedagogiske erfaringen frem som viktig:

Informant fire: ”...men når det er sagt, så tenker jeg vel at min erfaring med barn gjør at jeg kan snakke lett med dem. De får lett tillit til meg for jeg vet at dette kan jeg...” Informant fem: ”Jeg griper ofte til bøker, tegnesaker, aktiviteter, leker, sånn som jeg har gjort med barn som pedagog før, som kommunikasjonstøtte. For å hjelpe dem til å strukturere historien, eller å uttrykke følelser”

De kliniske pedagogene synes å mene at det å skape en ny forståelse, å arbeide målrettet og strukturert og å legge vekt på en god allianse er hovedpilarer i deres endringskompetanse. Den pedagogiske kompetansen fremheves som verdifull i det å legge til rette for en ny forståelse og å arbeide planmessig og målrettet. Det synes som de vurderer den terapeutiske kompetansen som en forutsetning for dette arbeidet og for arbeidet med å etablere en allianse og en tilstrekkelig trygg og tillitsfull terapeutisk relasjon mellom seg og barnet eller ungdommen. De trekker frem

nødvendigheten av et fokusskifte, som pedagoger rettet de oppmerksomheten mot en oppgave, i terapeutisk arbeid er fokus mer rettet mot barnets subjektive opplevelse.

4.7 Selektiv koding – begrepsliggjøring - teoretisering

Analyseprosessen i GT er et målrettet arbeid, grunnfestet i rådata, på jakt etter begrep eller teorier som kan gi svar på studiens forskningsspørsmål (Corbin og Strauss, 2008). Selektiv koding innebærer en ytterligere reduksjonistisk prosess i det en søker å samle kategoriene i færre og mer abstrakte, overordnede kjerne kategorier. En kjerne kategori er nøkkelen til teorien som er analysens målsetting. Analyseprosessen, arbeidet med å lytte ut informasjon i råmaterialet og løfte det inn i en teoretisk forståelse som gir empiriske svar på forskningsspørsmålene, går mot sin avslutning. *”Poenget er ikke å generalisere, men å spesifisere resultater som ”spårar sanningen om verkeligheten” (Hartmann 2001:36).”* (i Gamst og Langballe, 2004: 122) En kjerne kategori skal være *”(1) sentral og mer enn andre kategorier relatert til så mange andre kategorier som mulig, (2) den forekommer hyppig i materialet, (3) den utvikler teorien, (4) den tillater maksimal variasjon i analysen og (5) det er mulig å spore utviklingen av kjerne kategorien gjennom data.”* (Corbin og Straus ref i Gamst og Langballe 2004: 121) Spørsmålet som stilles er hva er hovedhistorien. (Corbin og Strauss, 2008) Det er nå mønstret i veven skal komme til syne. Halkier (2002) kaller denne prosessen ”begrepsliggjøring”. I begrepsliggjøringen leter en etter overordnede begreper som kan gi forståelse til materialet på tvers av fokusgruppene.

I arbeidet med å finne ”hovedhistorien” i råmaterialet vendte jeg tilbake til studiens problemområde. Jeg hadde definert et vidt og åpent problemområde, rammet inn av noen intervju spørsmål og en instruksjon for drøftingene i fokusgruppene. Jeg hadde god kjenneskap til fagfeltet, denne kunnskapen brukte jeg i min forståelse av hva materialet kunne fortelle meg. Mine styringsmekanismer var definisjon av problemområde, design av studien, intervjuguide og analysemetode. Selv om jeg ikke var teorifri, hadde jeg ingen klare forventninger til hva informantene ville svare meg. Jeg hadde ingen hypoteser som skulle avkreftes eller bekreftes. Jeg hadde ikke teori eller empiri som kunne vise vei. Jeg ville vite mer om hvorvidt og eventuelt hvordan

den profesjonsspesifikke kompetansen spilte sammen med terapeutkompetansen i kliniske pedagogers terapeutiske arbeid. Med forskningsspørsmålene og intervjuguiden som rettesnor og ramme vendte jeg tilbake til råmaterialet, til temaområdene og kategoriene og jaktet på ”nålen” (Morgan, 1998b).

Hva fortalte de kliniske pedagogene meg om sitt terapeutiske arbeid og sin kompetanse? Jeg forsto det som den terapeutiske kompetansen de beskrev sto på fire ben; arenakompetanse, barnefaglig kompetanse, kompetanse om mestring og endringskompetanse. Disse er beskrevet som kategorier i forrige kapittel. Jeg lette i materialet etter en ”fellesnevner”, en forståelse, noen prinsipper, et overordnet begrep som kunne kaste lys over verdien av pedagogisk kompetanse i terapeutisk arbeid. Jeg fant at de kliniske pedagogene omtaler egen terapeutisk praksis og kompetanse på en slik måte at det blir nødvendig å utvide den klassiske forståelsen av psykoterapi.

4.7.1 Et utvidet terapibegrep

Fokusgruppene beskriver detaljert og konkret hvordan de utfører psykoterapeutisk med barn, ungdom og familier på klinikken. De referer fra kognitiv atferdsterapi, familie terapi, terapi på lekerom, psykodynamisk terapi, samtaleterapi, samspill- og Marte Meo-behandling, Etducational Therapy, narrative teknikker og psykoeducative intervensjoner. De arbeider med barn og ungdom i alle aldre. De referer samspillsbehandling med spedbarn, terapeutisk arbeid med førskolebarn, skolebarn og med nesten voksne ungdommer. Videre refererer de til terapier med pasienter som, slik jeg kjenner klinikk, dekker alle de store pasientgruppene i PHBU. I materialet er det eksempler på barn og ungdom med depresjon, angst, tvang, alvorlige vegringstilstander, ulike tilpasningsforstyrrelser, atferdsforstyrrelser og nevropsykiatrisk problematikk.

Ganske unisont er de imidlertid villige til å definere også noe av det arbeidet de gjør i barnehagen, på skolen, med lærere og med foreldre som terapeutisk arbeid.

Det er mange overlappende områder mellom psykoterapi, samtaler, rådgivning, veiledning og tilretteleggingstiltak. Mange tiltak kan ha terapeutisk effekt, uten at de

derved nødvendigvis skal kalles terapeutisk arbeid. Liv Lassen (2002) trekker noen skillelinjer mellom rådgivingsarbeid og terapi. Hun peker imidlertid også på at det er vanskelige grenseoppganger og flytende overganger. Fokus for min undersøkelse er de kliniske pedagogenes terapeutiske kompetanse. Hva en definerer som terapeutisk arbeid blir essensielt for forståelsen av informasjonen i råmaterialet.

Ved å kontrastere uttalelser, synspunkt og erfaringer i materialet fant jeg sekvenser som jeg forsto som ”nøkkelsekvenser” i beskrivelse av forskjellen mellom terapeutisk kompetanse og pedagogisk kompetanse. En av disse nøkkelbevegelsene fra pedagog til terapeut har jeg tidligere referert til som fra *å følge planen til å følge barnet*. Videre forstår jeg det som nøkkeluttalelser, for eksempel når de snakker om betydningen av å skifte fokus fra prestasjon til opplevelse og når de drøfter ulike dilemma knyttet til mestring, ros og tilrettelegging. De opplever at de som terapeuter legger arbeid i å forhandle om målet, mens de som pedagoger kanskje først og fremst har forhandlet om veien til målet. Som pedagoger er de vant til å finne løsninger, forklare, vise vei. Som terapeuter må de i større grad følge barnet, finne veien sammen, høre hva barn, unge og foreldre vil og hvor de vil. Da jeg utforsket deres forståelse av terapeutisk arbeid fant jeg at de begrunnet sin definisjon av terapibegrepet. Informant tre i den ene gruppen sa det slik:

”Jeg tenker på terapeutisk arbeid som en beskrivelse av prosessene du støtter deg til. Det er ikke så viktig om barnet kommer til meg eller ikke, eller de tingene vi gjør, men det er viktig at jeg på en eller annen måte hjelper til med at det barnet får et ”rom” på skolen hvor det barnet kan få tid med et eller annet menneske, bli sett og tatt imot....og ...For at det kan bli mulig, må noen se den læreren og ta i mot lærerens reaksjoner... Det kaller jeg terapeutisk arbeid. Ja, faktisk, det kaller jeg virkelig viktig terapeutisk arbeid! Ikke at læreren får terapi, altså, men det er terapeutisk arbeid for barnet, rett og slett terapeutisk.”

Jeg tolker det som ”rom” her brukes i betydningen til Winnicott (1971), ”potential space”, ofte oversatt med ”mulighetens rom” (Gomnæs, 2003). Informanten beskriver hvordan hun støttet av sin pedagogiske kompetanse retter intervensjonen mot læreren.

Samtidig har hun fokus på barnet. Hun arbeider relasjonelt med barnets kontekst. For å beskrive dette arbeidet bruker hun begreper fra psykodynamisk teori. Hun beskriver prosessen som terapeutisk arbeid. Læreren defineres som en betydningsfull voksen i barnets liv og gies slik en status som en det kan være viktig å rette slik indirekte terapeutisk intervensjon mot. Ved å gi læreren "et rom" vil hun bidra til at barnet gies et "rom" på skolen. Hun antar at det har terapeutisk effekt for barnet å bli "sett, tatt imot og rommet" (Gomnæs, 2003). I intervensjonen hun beskriver har ikke hun som terapeut direkte kontakt med barnet.

Tre: "Det å finne vippepunktet, liksom, å kunne lage en felles forståelse av barnet for læreren og foreldrene. Det definerer jeg faktisk som viktig terapeutisk arbeid. Og den slags arbeid gjør jeg mye av!"

I drøftingene forstår jeg det slik at fokusgruppene legger en ny dimensjon til terapibegrepet. De snakker ikke bare om tradisjonelt terapeutisk arbeid på mange arenaer. De utvider også sin terapeutiske virksomhet til å omfatte arbeid med pedagogisk personale. De begrunner dette med at de anvender både sin pedagogiske og sin terapeutiske kompetanse for å skape en ny forståelse for det aktuelle barnet eller ungdommen. Slik argumenterer de for at dette er terapeutisk arbeid med barnet i fokus og med målsetting om å skape en ny forståelse som innebærer en endring for barnet.

En utvidet forståelse av terapibegrepet kan finne støtte i nyere psykoterapiforskning. Alan Carr (2009) har gjort en oppdatert review av forskning på effekt av psykoterapi med barn og unge. Både Carr (2009) og flere (Roth og Fonagy, 1996 og Orlinsky og Rønnestad, 2005) konkluderer med det som har blitt omtalt som "The do-dobird verdict" (21). For barn og unge anbefales likevel at forståelsen har en tverrfaglig basis, og multimodale tiltak (tiltak mot flere områder samtidig) ofte synes å ha større effekt enn for eksempel individualterapi på klinikken alene eller arbeid kun rettet mot foreldrene. Psykoterapi med barn og unge krever en fleksibilitet i forhold til både arena og metode.

Hanne Haavind (Haavind og Øvereide, 2007) drøfter hvorvidt terapien fortrinnsvis bør rettes mot den unge selv og være basert på møter mellom terapeut og pasient, eller om tilbud gitt til andre som kan støtte og hjelpe barnet på en mer hensiktsmessig måte uten at barnet er direkte deltakende også kan forstås som terapeutisk arbeid. Hun konkluderer med at det ikke finnes grunnlag for en prinsipiell holdning der den ene metoden foretrekkes fremfor den andre. Uansett hvilke format en bruker på terapien understreker Haavind at en løpende må vurdere hvordan barnet blir presentert og forstått.

Den utvidete definisjonen av terapibegrepet kan en også finne støtte for i ”Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge” utgitt av helsedirektoratet (2008) og i Stortingsmelding nr 47, ”Samhandlingsreformen” fra Helse og Omsorgsdepartementet (2009). I begge disse helsepolitiske dokumentene anbefales at en iverksetter behandling i forhold til et bredt spekter av metoder, på ulike arenaer og nært barnet eller den unge.

Det kan således synes som den terapeutiske praksisen de kliniske pedagogene referer til har støtte i forskning og teoriutvikling innen terapifeltet så vel som i helsepolitiske føringer. Psykoterapeutisk arbeid med barn og unge som pasient kan foregå på mange ulike arenaer og barnet selv må ikke nødvendigvis være representert i samtalen.

De kliniske pedagogene beskriver en terapeutisk praksis der de i kraft av sin pedagogiske bakgrunn arbeider terapeutisk og relasjonelt med kontekstene barnet lever i. Dette utvidete terapibegrepet farger drøftingene som en rød tråd innen alle fire ”bena” i den terapeutiske kompetansen og det terapeutiske arbeidet de beskriver. Deres terapeutiske praksis er, slik jeg forstår dem, preget av integrert kompetanse fra to fagfelt, pedagogiske fag og det terapeutiske fagområdet. Begge områdene er verdifulle og ingen av dem gies prioritet fremfor den andre.

Da jeg lyttet ut materialet mitt fant jeg at fokusgruppenes vurderinger av egen terapeutiske kompetanse best kunne forstås ut fra et utvidet terapibegrep. Jeg finner at de snakker om to perspektiv som det synes som de anvender parallelt. I sitt arbeid som terapeuter er de opptatt av individets samspill med omgivelsene. Jeg har kalt

dette ”å se ut”. Samtidig har de også fokus på terapeutisk arbeid med intrapsykiske prosesser. Jeg har kalt dette perspektivet ”å se inn”.

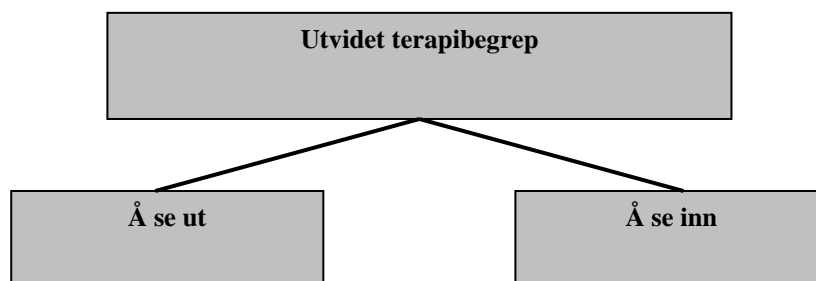


Fig5 Utvidet terapibegrep: I materialet mitt finner jeg at den terapeutiske kompetansen som blir beskrevet i materialet best kan forstås innen rammen av et utvidet terapibegrep, i dette er det to sidestilte perspektiv. Det ene definert som ”å se ut”, individets atferd og samspill med omgivelsene. Det andre perspektivet kaller jeg ”å se inn”, opplevelser og intrapsykiske prosesser.

4.7.2 Å se ut - Fokus på individets samspill med omgivelsene

Også når terapien foregår etter tradisjonelle terapeutiske metoder og på klinikken synes barnets fungering i barnehagen og på skolen å være i gjenstand for ”mine” terapeuters oppmerksomhet. Slik ser de ”ut” også når terapien foregår på tradisjonelle ”indre” arenaer.

To: ”Det er jo ikke alltid jeg jobber mot skolen, men jeg tror ikke det er et eneste barn som kommer inn på mitt kontor uten at jeg spør hvordan det går på skolen.”

Fokusgruppene gir uttrykk for at de vurderer trivsel, deltakelse og god tilpasning i barnehagen og på skolen som svært viktig for barn og unges psykiske helse. De snakker om god fungering på disse oppvekstarenaene som markør for psykisk helse. De gir også uttrykk for en forståelse som innebærer at barnehager og skoler er viktige

arenaer for forebygging av psykiske vansker og som arena for terapeutisk intervensjon i seg selv. Jeg finner at noen av informantene anlegger et salutogent perspektiv når de, begrunnet med å styrke og bygge opp om ”normalitet”, henlegger sitt terapeutiske arbeid til barnehagen eller skolen. Imidlertid finner jeg at også de som anvender en mer patologiorientert modell synes å rette blikket ”ut”, ved å legge terapien til barnehagen eller skolen, som en slags ”in vivo eksponering” eller ”in vivo terapi”. Andre bringer barnehagen og skolen inn i terapirommet ved at hendelser og erfaringer derfra er i fokus for terapien. Slik finner jeg at mine informanter, uavhengig av metode ”ser ut” mot barnehage og skole.

Som pedagoger har de erfaring med store barnegrupper. De trekker frem denne kompetansen og erfaringen som verdifull i terapeutisk arbeid. Slik bringer terapeutene de store barnegruppene ”inn” på terapirommet som referanse for hvordan de forstår og hvordan de forholder seg til henviste barn, unge og deres foreldre. De ”ser ut” og anvender dette erfaringsmaterialet og kompetansen om ”barn flest” som en slags norm i sitt møte med det henviste barn eller ungdom.

Jeg forstår det som informantene referer til terapeutisk praksis der de uavhengig av terapeutisk metode har oppmerksomhet rettet mot barnehager, skoler og de store barnegruppene. I dette arbeidet vurderer de den pedagogiske kompetansen som særlig verdifull. Slik ser de ”ut” innen alle de fire kompetanseområdene jeg har omtalt.

4.7.3 Å se inn – fokus på intrapsyriske prosesser

Fokusgruppene beskriver hvordan de som terapeuter retter blikket vekk fra læreplaner og forventninger om en ytre tilpassning, ”innover” mot barnets opplevelse av seg selv. Diskusjonen og nyanseringene i sekvensene som omhandler mestring, lyst og glede og sekvensene om ros og anerkjennelse, ser jeg som eksempler på hvordan de i terapeutisk arbeid ser ”inn” i barnet. I sin omtale av anerkjennelse finner jeg at de bruker begrepet i tråd med Anne-Lise Løvlie Schibbye (2002). I boken ”En dialektisk relasjonsforståelse” drøfter hun selvrefleksjon, intersubjektive prosesser og anerkjennelse i et relasjonelt perspektiv. Hun holder frem det paradoks at vi er avhengige av andre for å bli autonome som et allmenmenneskelig,

mellommenneskelig fenomen som også preger alt psykoterapeutisk arbeid.

Fokusgruppene beskriver hvordan det terapeutiske oppdraget krever at de følger barnet og er nysgjerrig utforskende på barnets indre liv. I dette arbeidet finner jeg at de knytter teorien og kunnskapen opp til intrapsykiske prosesser, tilhørende den psykoterapeutiske verden. De utforsker opplevd behov for endring og kartlegger håpet. De jakter på barnets egen opplevelse. De ”ser inn”.

Også når de arbeider med ”å knytte mening til hendelser”, eller er ”hjerteåpnere og døråpnere” beskriver de et intrapsykisk perspektiv. Som terapeuter er de opptatt av å være empatisk nysgjerrige, lete etter håp, romme den andres sårbarhet, tåle, forstå og følge barnet, ”se inn”.

Fokusgruppene snakker om å være utforskende og nysgjerrige og om ”å forhandle” seg frem til allianse. Jeg knytter deres referanser til Bordins (1994) forståelse av terapeutisk allianse knyttet til at enighet om mål og konsensus om midler (veien frem) styrker det relasjonelle båndet mellom terapeut og pasient. Denne forståelsen ser jeg i lys av psykoterapiforskningen som etter at ”The dodo-bird verdict” (s 21) ble avsagt, har forsøkt å analysere og kaste empirisk lys over dette magiske som er kalt ”den terapeutiske relasjonen”. Safran og Muran (2000) beskriver slike prosesser i sin bok om terapeutisk allianse. Tittelen på boken er betegnende nok ”Negotiating the alliance”. En forutsetning for at terapi skal være virksom synes å være at pasienten knytter håp og tillit til at relasjonen til terapeuten kan hjelpe dem over de vanskene som gjør at de søker terapi (Oslinsky og Rønnestad, 2005). Det synes å herske bred enighet om at relasjonen mellom terapeut og pasient, uavhengig av terapeutisk metode, må preges av anerkjennelse, tillit og respekt.

I materialet finner jeg mange sekvenser som omhandler terapeutenes opplevelse av den terapeutiske relasjonen som en relasjon som berører dem. De gir uttrykk for en nærhet til barna og ungdommene de snakker om.

”Det var et av de øyeblikkene som bare går rett i magan på deg!”

”Det er da det svinger!”

”Jeg får så mye...terapi kan være en gave til terapeuten også!”

Jeg forstår det slik at det de snakker om er terapeutens opplevelse av å være til nytte, at samtalen ”glir” at det foregår en utveksling og at intervensjonen ”sitter”, som Haavind (2007) uttrykker det. Disse opplevelsene knyttes til den terapeutiske relasjonen. Jeg forstår det som Haavind tar for seg forhold ved den terapeutiske prosessen som tilsvarer Sterns (2004) beskrivelser av ”moving along”, når samtalen glir og ”now moments”, når intervensjonen ”sitter” og det skjer en bevegelse. Også pedagogiske relasjoner kan ha den samme intensiteten. I et intervju med Daniel Stern utfordrer Christensen ham i forhold til å se fellesfaktor i læringsprosessen og terapiprosessen (Kristensen, 2006). Stern blir spurt om han kan tenke at slike ”now moments” også kan beskrive øyeblikket der ny mestring eller ny forståelse erverves. Dette svarer Stern bekreftende på. I en slik forståelse av både læreprosessen og den terapeutiske prosessen, ser informantene mine ”inn” og tar i bruk sin pedagogiske og terapeutiske kompetansen parallelt.

Noen i fokusgruppene referer til ET-forståelsen (s 22) og beskriver hvordan de arbeider ”at one remove” (Caspari, 1974). Imidlertid beskriver alle, uavhengig av terapeutisk metode, hvordan de i terapeutisk arbeid griper til saks, tegnestifter, modelleire, historiedikting, perler, puslespill og lek, materialer og aktiviteter. De integrer dette repertoaret, som er kjent for dem som pedagoger, i sin terapeutiske praksis. Slik utvider de sin terapeutiske ”verktøykasse” med pedagogisk verktøy også når de arbeider terapeutisk med fokus på de intrapsykeiske prosessene. De ”ser inn” og ”ut” samtidig.

Som kliniske pedagoger og terapeuter synes det for meg som de er opptatt av å formidle ulikhetene, men aller mest av hvordan det ”å se inn” og det og ”å se ut” utgjør en helhet i deres terapeutiske arbeid med henviste barn og unge. Den pedagogiske kompetansen synes å inngå som en verdifull del av deres terapeutiske kompetanse uavhengig av om de ”ser ut” eller ”inn”. Slik beskriver fokusgruppene terapeutisk arbeid og kompetanse som best kan forstås i lys av et utvidet terapibegrep.

5. Validitet og reliabilitet

I det følgende vil jeg drøfte det jeg anser som de største utfordringene i forhold til denne studiens reliabilitet og validitet. Først vil jeg gi en kort generell redegjørelse for hvordan jeg forstår begrepene. Jeg ønsker å belyse hvordan jeg har stått i dilemma som ikke har en klar løsning, men der løsninger velges ut fra at en vurdering gis prioritet fremfor en annen.

Reliabilitet og validitet er uttrykk for studiens pålitelighet og gyldighet (Maxwell, 1992). Det dreier seg om i hvilke grad forskeren anvender et begrepsapparat som er entydig og tilstrekkelig konsistent og presist til at funnene kan sies å være pålitelige og gyldige, og om hvor stabile og generaliserbare funnene er (Berfring, 2007).

Validitet kan variere i styrke, men i flg Lund (2002) vil vi aldri kunne oppnå perfekt validitet i empirisk forskning. Valid forskning krever at en tilstreber validitet i alle ledd. Det dreier seg om å vite hva du leter etter, om å ha tilstrekkelig områdekunnskap til å finne de beste stedene å lete, om å bruke riktig verktøy og riktig målestokk og om å forstå hva du finner når du finner noe. Truslene mot validiteten (Lund, 2002) er til en viss grad metodespesifikke. Maxwell (1992) peker på hvordan validitet og reliabilitet i kvalitativ forskning må forstås innen rammen av et konstruksjonistisk vitenskapssyn og på den kvalitative forskningens premisser. Betydningen av forskerens egen rolle, forutsetninger og konsekvenser knyttet til utvalg og systematisk håndtering av den organisering og fortolkning av materialet som foregår i analyseprosessen er likevel utfordringer for all vitenskaplig virksomhet (Malterud 2002).

I min studie søkte jeg kliniske pedagogers vurdering av verdien av pedagogisk kompetanse i forhold eget terapeutisk arbeid. Jeg ville forske på ”mine egne”. Slik er det rimelig å anta at jeg skulle ha de beste forutsetninger for å finne informanter som kan belyse problemområdet, å vite hva jeg skulle spørre om og utforme hensiktsmessige spørsmål og forstå hva informantene sa, det vil si tolke data med tilstrekkelig teoretisk sensitivitet. Imidlertid er det nettopp i dette at jeg i

utgangspunktet er involvert og engasjert i området at også den største trusselen mot studiens pålitelighet og resultatenes gyldighet ligger.

Jeg forstår det som den største trusselen mot denne studiens pålitelighet og gyldighet ligger i faren for at min mer eller mindre bevisste ”forforståelse” skal prege funnene. Faren for å velge et tendensiøst utvalg, la det ligge føringer i spørsmålene, å bevisst eller ubevisst selektere informasjonen i materialet med bias og la min analyse farges av min forforståelse, var så absolutt til stede (Befring, 2009). Dette var forhold jeg var meg bevisst gjennom hele prosessen. Imidlertid er jeg, som terapeut, smertelig klar over at ubevisste motiv er ubevisste, og derved vanskelig selv å gjennomskue. Jeg har vært innom drøfting av disse truslene både i forhold til utvalg og i presentasjonen av analysearbeidet. Ved å la mine vurderinger være åpne for leseren har jeg ønsket å gi innsyn og mulighet til å se eventuelle ”bias feller”. Like fullt klar over at det jeg har valgt å ikke referere ikke er tilgjengelig for leseren og således kan representere en validitetstrussel.

Jeg valgte GT som analysemetode fordi jeg fant metoden hensiktsmessig for studien, men også fordi analysemetoden krever åpenhet. Begrep skal vokse frem av datamaterialet, den aksiale koding skal gi begrep som kan ”løfte” informasjonen inn i teoretisk forståelse som kaster nytt empirisk lys over problemområdet. Ved å gjøre prosessen mest mulig transparent, har jeg ønsket å øke styrken på studiens reliabilitet og validitet. Gjennom mange og lange sitat fra råmaterialet vil leseren kunne følge mine resonnement, se mine prioriteringer og vurdere hvorvidt prosessen og min begrepsliggjøring synes pålitelig, gyldig, treffsikker og rimelig.

Datas pålitelighet preges også av informantenes pålitelighet. Informantene må ha kompetanse på problemområdet og de må være selektert uten bias (Kvale, 1998). Jeg har gjort rede for valg i forbindelse med rekruttering av informanter og hvordan jeg søkte å kompensere for at jeg, bevisst eller ubevisst, skulle påvirke deltakelsen. Jeg valgte en metode for utvelgelse av informanter og for datainnsamling som ga meg informanter som en må anta ”hadde noe på hjertet”. Dette øker datas pålitelighet i den forstand at jeg kan anta å ha fått intervjuobjekter som har informasjon om

forskningens problemområde. De samme forhold reduserer samtidig representativiteten. Mine informanter er ikke nødvendigvis ”typiske” kliniske pedagoger. Jeg vurderte det slik at informanter som kunne representere en type ”best practice” (Corbin og Strauss, 2008) var en styrke for studien. Ideelt sett hadde jeg ønsket meg flere informanter . Jeg vurderte det slik at å få flere informanter ville kreve at jeg mer aktivt ”purret” folk til å delta. Dette anså jeg som en større trussel mot studiens validitet enn å ha litt få informanter. Informantene kom uten noen form for press. Jeg støttet meg til Halkier (2002), med fire – fem i hver gruppe får hver enkelt mer taletid, resonnementer kan utvikles og nyanseres og gruppestørrelsen innbyr til åpenhet og intimitet. Jeg valgte å sette i gang med de ni informantene jeg hadde. Jeg antok at flere hadde en viss kjennskap det hverandre. I sammensetningen av gruppene forsøkte jeg å ta hensyn til at representantene skulle føle seg likeverdige.

Det er spesielle validitetsutfordringer knyttet til fokusgruppeintervju som datainnsamlingsmetode. I gruppene forutsettes en samtale som bidrar til fri produksjon av data. I dette ligger at informantene skal ”farge” hverandres standpunkt, gruppen skal få frem informasjon som er kvalitativt annerledes enn informasjonen enkeltintervjuer med de samme informantene ville gitt. Likevel må ikke den enkeltes stemme undertrykkes, ”uteliggerne”, stemmen som er annerledes, kan være det som gir data en ekstra kvalitet fordi de andre i gruppen slik utfordres til å ”validere” egne utsagn. Det er dette jeg forstår som ”fri produksjon av data” (Kreuger, 1998b). Det er i lys av denne forståelsen for metoden betydningen av å tolke gruppedynamikken og kommunikasjonen ligger (Puchta og Potter, 2004). God gruppedynamikk er en forutsetning for reliable og valide data (Halkier, 2002). I den ene gruppen kunne det se ut som to av informantene hadde snakket sammen på forhånd. Jeg ble overrasket over dette da jeg så gjennom videoopptakene. Imidlertid vurderte jeg det likevel slik at gruppen opprettet en ballanse. Kommunikasjonen mellom de to endret seg fort. Deltakerne fremstod som reflekterte, med profesjonell selvtillit og tilstrekkelig trygghet til å være åpne og nysgjerrige på hverandres praksis også når de var uenige.

Ved å la gruppene møtes to ganger gies informantene en mulighet for å validere informasjonen i det de kan gjenta eller utdype utsagn fra det ene møtet til det neste.

Beskrivelsene gjøres ”tykke” (Dalen, 2002). Hadde rammene tillatt det, ville jeg bedt dem tilbake for å diskutere min analyse, ikke for at informantene skulle diktere analysen, men for å få en diskusjon knyttet til min forståelse (Fangen, 2009).

I transkripsjonen ligger en fare for mer eller mindre bevist å utelate eller feiltolke. Dersom flere transkriberer samme sekvens eller samme intervju vil en se om det er meningsdivergenser (Halkier, 2002). Rammene for studien tillot ikke at jeg brakte inn ”kontrolltranskripsjoner”. Jeg måtte derfor velge å stole på min egen nøyaktighet og forståelse. Jeg la vekt på å notere så nøyaktig som mulig og skille ut mine tolkninger fra konkrete beskrivelse med parenteser, ...*sa hun med et (ironisk?) smil.*

Maxwell (1992) omtaler triangulering som en metode for å validere forskerens forståelse av informasjonen. Under hele prosessen søkte jeg å komplettere min forståelse ved å drøfte den med kollegaer. Slik ville jeg gi min forståelse et feste utenfor meg selv. Dette forstår jeg som en type triangulering som bidrar til å øke studiens validitet. Det er like fullt mitt ansvar alene at analysene er pålitelige og tilstrekkelig gyldige.

Slik har jeg søkt å gi studien best mulige vilkår for å øke valididetsstyrken.

6. Etiske refleksjoner

I det følgende vil jeg drøfte etiske utfordringer. I denne studien knytter de seg til generelle etiske krav om å søke ”sannheten” og at studien skal ha sin legitimitet, men også til forhold rettet mot en etisk ivaretagelse av informantene. Den Nasjonale Forskningsetiske Komité For Samfunnsfag og Humaniora (NESH, 2006), oppnevnt av Kirke-, utdannings- og forskningsdepartementet har utarbeidet forskningsetiske retningslinjer. Retningslinjene har vært førende for mine etiske vurderinger og svar på dilemmaer i løpet av studien.

Ett overordnet etisk krav til all forskning er et krav om at man søker ”sannheten” uten hensyn til andre interesser (Befring, 2009). Det er videre en etisk fordring at studien har sin legitimitet, at den på en eller annen måte kan sies å være ”nyttig”. Krav om at forskning skal være fri og uavhengig og søke gyldig kunnskap uten lojalitet eller egeninteresse utover det å søke ”sannheten” må forstås som et uttrykk for en etisk forpliktelse til å gjøre ”godt arbeid”. Slik vil studiens validitet og reliabilitet også være sider ved studiens etiske standard. I sin søken etter sann og gyldig kunnskap er det en selvfølgelig forutsetning at forskeren ikke må jukse, lyve eller bevisst eller ubevisst fordreie resultatene i undersøkelsen (Befring, 2009). Disse kravene gjelder uavhengig av forskningsmetode.

Kvalitativ forskning har oftest data av mer personlig karakter enn kvantitativ data. Dette stiller et særlig etisk krav til forskeren om å være tilstrekkelig nær og empatisk til å behandle datamaterialet med respekt for ”giveren”, men samtidig også et krav om å være tilstrekkelig distansert til å gi funnene en gyldighet eller en relevans ut over den konkrete situasjonen. I kvalitative forskningsintervjuer er det en særlig etisk forpliktelse å ivareta informantens integritet både under selve intervjuet og i bearbeidingen av informasjonen. Informantene fikk skriftlig orientering på forhånd (vedlegg 2). Deltakelsen var basert på fritt og informert samtykke. Informantene var voksne, ansvarlige og kompetente mennesker som ble bedt om å delta med informasjon knyttet til egen profesjonsutøvelse. Temaområdet vurderte jeg å være lite sensitivt i forhold til privat informasjon. Jeg ønsket å ta intervjuene opp å video, og

måtte således lagre digital informasjon der enkeltpersoner kan identifiseres. Jeg valgte å melde studien til personvernombudet og fikk godkjenning derfra (vedlegg 1). En av informantene reservert seg mot videoopptak. Hun ville imidlertid gjerne delta og ble plassert utenfor kameravinkelen slik at det bare var stemmen hennes som ble tatt opp.

I fokusgruppeintervjuene var det min oppgave som moderator å legge til rette for fri og aktiv dataproduksjon. At den enkelte informant skulle føle seg ”vel”, respektert og ivaretatt har også en etisk side. Informasjonen gruppene produserte er av lite sensitiv karakter, likevel har jeg funnet det riktig å beskytte informantene ved å anonymisere uttalelsene. Fagmiljøet er lite. Det er mitt ansvar hvilke sitater som blir tilgjengelige og i hvilke sammenheng jeg referer dem. Jeg har ”strippet” all informasjon som arbeidssted, alder, utdanningssted og liknende for at ikke sitater skal kunne føres tilbake til enkeltinformanter. Jeg valgte å gi hver informant et nummer fra en til fem i den ene gruppen og en til fire i den andre. I sitatene vil leseren ha en viss mulighet til å vurdere hvorvidt flere informanter er referert. Det er imidlertid ”doble” informanter med nummer en til fire. Dette er valgt for å beskytte informantene, men også det kliniske materialet. Barn og unge, og spesielt barn og unge i sårbare posisjoner, slik en må anta barn og ungdom henvist til PHBU er, har et særlig krav på beskyttelse (NESH). Jo færre gjenkjenningpunkt som ligger i materialet, jo bedre er både pasienter og informanter beskyttet. I fokusgruppene ble kliniske eksempler anonymisert, ingen navn, ingen opplysninger om familie eller personopplysninger for øvrig ble nevnt. I teksten her er kasusbeskrivelsene ytterligere redusert til et minimum.

7. Konklusjoner og implikasjoner

Formålet med studien var å generere empirisk kunnskap om kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse og om verdien av den pedagogiske kompetansen i klinisk terapeutisk arbeid. Vevnaden er ferdig. Mønsteret er beskrevet.

Dette er en kvalitativ studie der informasjonen stammer fra ni kliniske pedagoger som har drøftet ulike sider ved sin terapeutiske kompetanse, verdien av sin pedagogiske kompetanse og sitt terapeutiske arbeid i fokusgrupper. Datamaterialet er kvalitativt og må forstås innen disse premisser. Vi kan snakke om generaliserbarhet bare i den grad andre kjenner seg igjen i det som beskrives (Maxwell, 1992). I dette siste kapitlet vender jeg tilbake til problemområdet og konkluderer mine funn, før jeg peker ut mulige implikasjoner av funnene.

7.1 To hovedfunn - Refleksjoner rundt et mønster

Morgan (1998) sier om fokusgrupper at de finnes i alle størrelser og fasonger. Det er fristende å si det samme om kliniske pedagoger som terapeuter. I det kliniske materialet fra fokusgruppene finner jeg representanter for alle de mest brukte terapimetodene referert i teorikapitlet, dog ikke slik at alle gjør alt. **På tvers av forskjellene i forståelse og tilnærming vurderer de den pedagogiske kompetansen de har som verdifull. Dette anser jeg som et hovedfunn i studien.**

Det kan synes som den pedagogiske kompetansen gir dem en trygghet i møte med det enkelte henviste barn og ungdom og deres familier, og den setter sitt preg på hvordan de utøver sitt terapeutiske arbeid. Jeg finner at de vurderer at både teoretisk kunnskap, yrkesspesifikke ferdigheter og personlig kompetanse (Skau, 2008) som pedagoger gir dem en god ”såle”, en verdifull kompetanse for å forstå og arbeide terapeutisk med barn og unge. I utforming av terapeutrollen har de, innen rammene for de ulike terapeutiske metodene, utviklet sin egen terapeutiske stil. I denne personlige stilen finner jeg at pedagogkompetansen og pedagogidentiteten er vesentlig.

De forteller om en terapeutisk praksis som jeg har funnet best lar seg forstå innen ”et utvidet terapibegrep”. Dette er et annet hovedfunn i studien. I det utvidete terapibegrepet finner jeg to samtidige og parallelle perspektiv. Jeg har kalt disse ”å se ut” og ”å se inn”. De beskriver hvordan den pedagogiske kompetansen er verdifull for dem og farger det terapeutiske arbeidet de gjør både når de ”ser inn” og når de ”ser ut”. Fokusgruppene fremstår som ”tokulturelle”. De behersker teori og arbeidsredskap fra to verdener og har integrert disse i sin egen terapeutiske kompetanse (Skau, 2008).

I kapittelet om vitenskapsteori refererte jeg Selzer (Halvorsen et al. 2006) som hevder at en ved å bringe tause stemmer inn i en debatt kan oppnå at begrep og forståelser endrer seg eller flytter seg. Jeg forstår det som det er nettopp det fokusgruppene har bidratt med. Ved å dele klinisk terapeutisk erfaring med hverandre har de ordsatt en praksis, utviklet en forståelse og bidratt til det jeg har benevnt ”et utvidet terapibegrep”. Det terapeutiske fagfeltet er i bevegelse. Jeg har ”tegnet et kart” i teorikapittelet. Utviklingen har gått fra den psykodynamiske leketerapien, med psykoanalysen som en slags rettesnor, til et mangfold av terapeutiske metoder. Noen terapeutiske metoder ligger helt opp mot det pedagogiske fagområdet.

Psykoedukative metoder og mange av de manualbaserte terapimetodene, for eksempel KAT, og også mange av de mestringsorienterte terapeutiske metodene, kan bevege seg i retning av treningsprogram. I denne bevegelsen ligger en bevegelse i terapifeltet fra relativt ensidig å ”å se inn” til også ”å se ut”. Det er rimelig å anta at også terapeuter med annen profesjonsbakgrunn vil arbeide innen et utvidet terapibegrep.

Jeg finner de to hovedfunnene særlig interessante sett i lys av disse utviklingstendensene i det terapeutfaglige kompetanseområdet. Min studie fokuserer på terapeutenes vurdering av verdien av pedagogiskkompetanse. Informantene er klare i sin vurdering. Den pedagogiske kompetansen er verdifull for dem. Av dette utleder jeg at mine informanter farger sin terapeutiske kompetanse med profesjonsspesifikk kompetanse. Andre terapeuter vil mest sannsynlig la sin kompetanse farges av andre kompetanseområder.

De to kompetanseområdene, pedagogens og terapeutens, har opplagt store overlappingsområder både i forståelse og metoder. Begge er preget av vår tid, vår kultur og særlig av det rådende syn på barn. Kanskje er det også slik at det kan finnes et visst belegg for å antyde at retningen i bevegelsen på de to kompetanseområdene er mot flere overlappingsområder? Likevel er det klare forskjeller. Oppdraget, eller myndigheten, pedagoger og terapeuter er gitt tilhører to verdener. Pedagogene skal lære bort og oppdra. Terapeutene skal behandle. Disse forskjellene nedtegner seg konkret i ulike lovverk og ulike forventninger til ”opplæringsvesenet” og ”behandlingsvesenet”. Kliniske pedagoger er tilhørende den terapeutiske verden. Fokusgruppene knytter refleksjoner til endringen de har vært gjennom i prosessen med å bli terapeut. For å bli terapeuter har de måttet lære seg ”å følge barnet fremfor planen”.

Oppsummert tenker jeg at mine informanters utforming av terapeutrollen kan forståes i lys av oppdraget Anne Marit Sletten Duve i sin tid fikk fra Nic Waal. Hun skulle bringe pedagogikken inn i barnepsykiatrien og psykiatrien inn i pedagogikken. (Helge Waal, 1991). ”Mine” kliniske pedagoger har hjulpet meg til å beskrive hvordan de bringer pedagogikken inn i terapifeltet og terapeutisk forståelse inn i pedagogikken.

7.2 Hva så?

Det er som kjent vanskelig å spå, og særlig om fremtiden og en skal vokte seg vel for å generalisere funn fra en kvalitativ studie. På bakgrunn av materialet fra fokusgruppene har jeg utledet noen begrep. Studien har sin legitimitet i den grad noen finner disse begrepene anvendelige eller nyttige.

Det ville glede meg om studie kunne være en stemme inn i debatten om profesjonsspesifikke elementer i terapeutisk arbeid. I et tverrfaglig kompetanseområde, som terapeutisk arbeid innen PHBU er, har vi en forpliktelse til å utnytte forskjellene til det beste for våre unge pasienter. En identifisering av profesjonsspesifikke elementer i terapeutkompetansen vil kanskje gjøre oss bedre i ”skreddersømmen”, slik at den enkelte pasient får et tilpasset terapeutisk tilbud.

Kanskje kan man med en viss rimelighet ha forventning om at kliniske pedagoger er terapeuter som, også i terapeutisk arbeid, tar et særlig ansvar i forhold til å bringe barn og unges liv i barnehagen og på skolen inn i terapien og terapien ut til disse arenaene?

Kanskje kan barn og unge og deres familier i fremtiden forvente å møte kliniske pedagoger i spesialisthelsetjenesten, selvfølgelig, men også i PPTjenesten, i skolehelsetjenesten og på helsestasjoner ?

Kanskje må vi i kliniske pedagogers utdanning søke å styrke denne profesjonsspesifikke terapeutkompetansen parallelt med at de gies en grundig metodeutdanning? I dette ligger et arbeid med bevegelsen fra pedagog til terapeut og med å underbygge betydningen av ”å se inn” og ”å se ut” samtidig.

Jeg velger å ikke klippe veven, i håp om at noen får lyst til å arbeide videre på den. Vil mønsteret tre tydeligere frem? Vil det endre seg?

Kildeliste

- Auestad og Haavardsholm (1996) *Dr. Nic Waal. Utvalgte skrifter.* Oslo: Nic Waals Institutt
- Befring, E (2007) *Forskningsmetode med etikk og statistikk.* Oslo: Det Norske Samlaget
- Befring, E (2009) *Kvalitativ metode.* Forskningsetisk bibliotek.
<http://www.etikkom.no/FBIB/Metoder-og-tilnærminger> Hentet 12.07.09
- Befring, E & Tangen, R (2004) *Spesialpedagogikk.* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Berge, T & Repål, A (2008) *Håndbok i kognitiv terapi.* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Bion, W R (1967) *A Theory of Thinking I: Second Thoughts* New York: Aronsen
- Bordin, E.S (1994) *Theory and reasearch on the therapeutic working alliance: New directions. I* Horvath & Greenberg (Eds) *The working alliance: Theory, research and practice* (pp 13-37) Oxford: Wiley and Sons
- Brant, B (1996) *Gruppeintervju: perspektiv, relasjoner og kontekst* s 145-166 i Holter, H & Kalleberg, R *Kvalitative metoder i samfunnsforskning.* Oslo: Universitetsforlaget

-
- Borg, W.R & Gall, M.D & Gall, J.P (2003) *Educational Research An Introduction 7th ed* Kap 1: "The nature of Educational Research" s 2-37 (2007)
- Og kap 17: "Evaluation Research" s 679-723 (1996)
- I blandingskompendium SPED4010, Institutt for spesialpedagogikk, Det utdanningsvitenskaplige fakultet, Universitetet i Oslo: 26.august 2008
- Carr, A (2009) *What Works with Children, Adolescents, and Adults?* London/New York: Routledge
- Carroll, L (1979) *Alice i eventyrland* Oslo: Aschehoug
- Caspari, E (1974) *What is Educational Therapy? Therapeutic Education* Vol. 4, No 2
- Chalmers, A.F (1999) *What is this thing called Science?* Glasgow: Open University Press
- Corbin, J & Strauss, A (2008) *Basics of Qualitative Research 3e.* California: Sage Publication, Inc
- Dalen, M (2004) *Intervju som forskningsmetode.* Oslo: Universitetsforlaget
- Fangen, K (2009) *Kvalitativ metode, Forskningsetisk bibliotek.*
<http://www.etikkom.no/FBIB/Metoder-og-tilnærminger> Hentet 12.07.09

-
- Gamst, K.T & Langballe, Å (2003) *Barn som vitner. En empirisk og teoretisk studie av kommunikasjon mellom avhører og barn i dommeravhør. Utvikling av en avhørsmetodisk tilnærming. Avhandling for dr. polit.graden, Institutt for spesialpedagogikk, Universitetet i Oslo*
- Gomnæs, I.L. (2003) *Når følelsene kommer i veien. Oslo: Yrkeslitteratur as*
- Gjærum, B & Grøholt, B & Sommerschild, H (1998) *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre. Oslo: Tano Aschehoug*
- Grønmo (1996) *Forholdet mellom kvantitative og kvalitative metoder s 73-109 i Holter, H & Kalleberg, R Kvalitative metoder i samfunnsforskning. Oslo: Universitetsforlaget*
- Gullestad, S.E & Killngmo B (2005) *Underteksten, Psykoanalytisk terapi i praksis. Oslo: Universitetsforlaget*
- Halkier, B (2002) *Fokusgrupper. Fredriksberg: Samfundslitteratur Roskilde Universitetsforlag*
- Halvorsen, I & Ropstad, I & Rund, B.R & Seltzer, W.J (2006) *Foreldre og fagfolk i samspill Behandling av psykiske vansker hos barn og unge. Stavanger: Hertevig Forlag*

-
- Holter, H & Kalleberg, R (2007) *Kvalitative metoder i samfunnsforskning*. Oslo: Universitetsforlagets Metodebibliotek
- Haavind, H & Øvereide, H (2007) *Barn og unge i psykoterapi, terapeutiske fremgangsmåter og forandring Bind 2*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Iversen, H.P (2000) *Profesjonsmakt i barne- og ungdomspsykiatrien Ein analyse av profesjonsmakt og endringar i profesjonelle relasjonar i barne- og ungdomspsykiatrien*. Hovudfagsoppgåve ved Institutt for administrasjon og organisasjonsvitenskap Universitet i Bergen Våren 1999, Molde: Møreforskning
- Kristiansen, R (2006) *Fantastiske forbindelser – relationer i undervisning og læringssamvær*. Fredrikshavn: Dafolo Forlag
- Kreuger, R.A (1998a) *Developing Questions for Focus Groups, Fokus Group Kit 3*. California: SAGE Publications
- Kreuger, R.A (1998b) *Moderating Focus Groups, Focus Group Kit 4*. California: SAGE Publications
- Kreuger, R.A (1998c) *Analyzing & Reporting Focus Group Results Fokus, Group Kit 6*. California: SAGE Publications

-
- Kvale, S (1997) *Det kvalitative Forskningsintervju*. Oslo: ad Notam Gyldendal
- Kvernbekk, T (2002) I Lund, Kleven og Kvernbekk. Kapittel 2 *Vitenskapsteoretiske perspektiver* (s19-79). Otta: Unipub AS
- Lassen, L (2002) *Rådgivning Kunsten å hjelpe*. Oslo: Universitetsforlaget
- Lund, T & Kleven, T.A & Kvernbekk, T & Christophersen, K-A (2002) *Innføring i forskningsmetode*. Otta: Unipub AS
- Malterud, K (2003) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning* Oslo: Universitetsforlaget
- Maxwell, J.A (1998) *“Understanding and Validity in Qualitative Research”* Havard Educational Review 32 (3) 1992 pp 279-300. I blandingskompendium SPED4010, Institutt for spesialpedagogikk, Det utdanningsvitenskaplige fakultet, Universitetet i Oslo: 26.august 2008
- Morgan, D.L (1998a) *The Focus Group Guidebook, Focus Group Kit 1*. California: SAGE Publications
- Morgan, D.L (1998b) *Planning Focus Groups, Focus Group Kit 2*. California: SAGE Publications
- Molander, A & Terum, L.I (2008) *Profesjonsstudier*. Oslo: Universitetsforlaget

-
- NESH (2006) *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi*
[http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06 Skrevet ut 20.01.09](http://www.etikkom.no/retningslinjer/NESHretningslinjer/06_Skrevet_ut_20.01.09)
- Norsk Ordbok (2003) *Norsk ordbok for grunnskolen*. Oslo: Kunnskapsforlaget
- Orlinsky, D.E & Rønnestad, M.H (2005) *How Ppsychotherapists Develop – A Study of Therapeutic Work and Professional Growth*. Washington, DC: American Psychological Association
- Puchta, C & Potter, J (2004) *Focus Group Practice*. London: SAGE Publications
- Ringdal, K (2007) *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskaplig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget
- Roth, A & Fonagy, P (1996) *What works for whom? A Clinical Review of Psychotherapy Research*. New York: The Guilford Press
- Rønnestad, M.H & von der Lippe, A (2009) *Det kliniske intervjuet*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Safran, J.D & Muran, J.C (2000) *Negotiating the Therapeutic Alliance*. New York: The Guilford Press
- Schibbye, A-L. L (2002) *En dialektisk relasjonsforståelse i psykoterapi med individ, par og familie*
Oslo: Universitetsforlaget

-
- Seltzer, W.J (2006) *Flerfaglig integrering av forskning og klinisk praksis* Kapittel 2 (s17 – 39) i Halvorsen et al *Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge*. Stavanger: Hertervig Forlag
- Skau, G.M (2008) *Gode fagfolk vokser. Personlig kompetanse i arbeid med menneske*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag
- Snyen, M & Bråthen, B (2006) *Multisystemisk terapi (MST)* Kapittel 15 (s 245-263) i Halvorsen et al *Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge*. Stavanger: Hertervig Forlag
- Spesialisthelsetjeneste loven. (2007) Pasientrettighetsloven, forskriftshjemmel § 2-1 sjuende ledd <http://www.lovdatab.no>
- Rund, B.R & Fjell, A (1998) *Mestring av en psykotisk verden – en psykoedukativ innfallsvinkel til å lære psykotiske ungdommer og deres pårørende nye mestringsstrategier* Kapittel 16 (s321-340) i Gjærum, Grøholt og Sommerschild: *Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre*. Oslo: Tano Aschehoug
- Rutter, M (1994) *Beyond longitudinal data: Causes, consequences, changes and continuity*. Journal of Consulting and Clinical Psychology, 62, pp 928-940

-
- Sommerschild, H & Moe, E (2005) *Da barnepsykiatrien kom til Norge – Beretninger ved noen som var med.* Oslo: Universitetsforlaget
- Thue, O (2006) *Marte Meo- "Av egen kraft".* Kapittel 7 (s127-143) i Halvorsen et al *Foreldre og fagfolk i samspill Behandling av psykiske vansker hos barn og unge.* Stavanger: Hertevig Forlag
- Vedeler, L (2000) *Observasjonsforskning i pedagogiske fag – En innføring i bruk av metoder.* Oslo: Gyldendal Akademiske
- Veileder, 15-1570 (2008) *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.* Oslo: Helsedirektoratet (IS 15-1570)
- Winnicott, D. W (1971) *Playing an Reality.* London: Tavistock Publication
- Waal, H (1991) *Nic Waal Det urolige hjertet.* Oslo: Pax Forlag A/S

8. Vedlegg

Vedlegg 1 **Kvittering på melding om behandling av personopplysninger
NSD**

Vedlegg 2 **Forespørsel om deltakelse**

Vedlegg 3 **Samtykke**

Vedlegg 4 **Intervjuguide**

Vedlegg 5 **Tilleggsspørsmål**

8.1 Kvittering på melding om behandling av personopplysninger NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Hvalseiløfjellveg 29
N-5007 Bergen
Norge
Tlf: +47 55 58 21 17
Faks: +47 55 58 90 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr: 985 321 934

Steinar Thore
Institutt for apersalpedagogikk
Universitetet i Oslo
Postboks 1140 Blindern
0318 OSLO

Vår dato: 25.03.2009

Vår ref: 21274/2/09U

Deres dato:

Deres ref.

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 07.02.2009. Meldingen gjelder prosjektet:

21274	<i>Howdan berikrer kliniske pedagoger nytten av den fagdaglige kompetansen i sitt arbeid som lærere?</i>
Behandlingsansvarlig	Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Steinar Thore
Student	Elin Kreyberg

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2009, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Hærudsen
Bjørn Hærudsen

Grethe Halvorsen
Grethe Halvorsen

Kontaktperson: Grethe Halvorsen tlf: 53 58 25 83
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Elin Kreyberg, Konglevn 36, 0860 OSLO

Publiseringssenter / Østert Office

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1021 Blindern, DE 10 Os a, Tlf: +47 22 45 52 11, nsd@nsd.uib.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7891 Trondheim, Tlf: +47 72 58 15 02, nsd@ntnu.no
TRONDHEIM: NSD, Svl, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø, Tlf: +47 77 64 41 34, nsd@stet.uib.no

8.2 Forespørsel om deltakelse

Elin Kreyberg
Konglevn 36
0860 Oslo

Oslo 21.01.09

Til
Leder for poliklinikkene i PHBU v/
Aker Universitetssykehus
Akershus Universitetssykehus
Diakonhjemmet Sykehus
Sykehuset Buskerud
Ullevål Universitetssykehus
Sykehuset Østfold

Forespørsel om deltakelse i mastergradsprosjekt om kliniske pedagogers terapeutkompetanse

For tiden arbeider jeg med et mastergradsprosjekt ved Institutt for Spesialpedagogikk (ISP) ved Universitetet i Oslo (UiO). Prosjektet har arbeidstitel "*Hvordan beskriver kliniske pedagoger nytten av den pedagogiske kompetansen i sitt arbeid som terapeuter?*" Min undersøkelse vil fokusere på å analysere og drøfte kliniske pedagogers refleksjoner over eget terapeutisk arbeid. Formålet med prosjektet er å søke å generere hypoteser om kliniske pedagogers terapeutiske kompetanse. Det er viktig for meg å understreke at det ikke er en målsetting å vurdere terapeutisk kompetanse f eks i dimensjonene god, mindre god eller egnet, uegnet. Det ligger heller ikke innenfor oppgavens rammer å sammenlikne ulike profesjoners utforming av terapeutrollen.

For å få kunnskap om dette emnet, har jeg valgt å bruke fokusgruppeintervjuer. Fokusgruppeintervju er en gruppedrøfting der deltakerne drøfter skisserte problemstillinger. I min undersøkelse vil fokusgruppene bli bedt om å drøfte spørsmål organisert rundt tre hovedtema:

- Hva gjør kliniske pedagoger faktisk når de arbeider terapeutisk?
- Hvordan begrunner de sine intervensjoner?
- Hvordan tenker de om hva som er virksomt i det terapeutiske arbeidet de gjør?

Fokusgruppeintervjuene vil tapes, transkriberes og analyseres. Data vil danne grunnlag for mine drøftinger.

I løpet av våren 2009 planlegger jeg å gjennomføre to gruppe-intervjuer med tre fokusgrupper, hver gruppe med 4-5 deltakere.

Bakgrunn for undersøkelsen

Det er en stadig tilbakevendende diskusjon hvorvidt det er profesjonsspesifikke elementer i den terapeutiske kompetansen. De to hovedkomponentene i den klinisk pedagogiske kompetansen, den pedagogiske kompetansen og den terapeutiske kompetansen er kompetanseområder med klare forskjeller, kanskje særlig knyttet til at pedagogen skal oppdra, lære opp eller formidle kunnskap, mens terapeuten skal behandle, kurere eller lindre. De to kompetanseområdene har også klare fellesfaglige områder. For eksempel forvalter begge fagområdene kunnskap om endringsprosesser, om utvikling og om vekst.

Hva er jeg ber om?

Jeg ber om at kliniske pedagoger som kan ha lyst til å være med i en fokusgruppe tar kontakt med meg. De som er aktuelle for deltakelse må ha fullført klinisk pedagogisk utdanning. Det er en fordel om deltakerne representerer en spredning i forhold til erfaringsbakgrunn og arbeidskontekst. Ellers stilles det ingen krav, annet enn at de har lyst til å delta og har anledning til å være med på to samlinger a vel en times varighet. Jeg planlegger en samling i løpet av februar og en i midten av mars. Samlingene vil være i R.BUP's lokaler i Nydalen. Dersom jeg får en gruppe (minst 4) fra Østfold, vil jeg kunne komme til dere hvis dere har lokaler vi kan være i. Får jeg en gruppe med tilhørighet i Asker, Bærum, Drammen, vil jeg f eks kunne komme til Asker. Dersom det er mulig, ønsker jeg å gjennomføre fokusgruppene på slutten av arbeidsdagen.

De som er interessert kan melde seg til meg på mail; elin.kreyberg@online.no eller fyller ut vedlagte skjema og sende pr. post til Elin Kreyberg, Konglevn 36, 0860 Oslo. Skriv navn, hvor du jobber og når du var ferdig klinisk pedagog. Den tiden som er avsatt til masteroppgaven er dessverre svært knapp. Jeg ber deg derfor vennligst gi meg tilbakemelding så snart som mulig, og helst innen 06.02.09.

Jeg tar kontakt med hver enkelt så snart jeg har nok informanter.

De som deltar i undersøkelsen er sikret full konfidensialitet. Det betyr at ingen vil kunne føre svarene tilbake til den som har gitt dem. Alt materiale fra undersøkelsen vil bli oppbevart ut fra retningslinjer gitt av Personvern ombudet i lov om opprettelse

av personregister, og vil bli aidentifisert etter at undersøkelsen er slutt ved utgangen av 2009. Det vil si at alle navn og opplysninger som kan føre tilbake til den som har svart, vil bli fjernet fra de svarene som er avgitt. Svarene vil bli kodet og kodelisten vil oppbevares atskilt fra datamaterialet. Video- og båndopptak vil bli slettet ved utgangen av studiet. Dersom det skulle være aktuelt å beholde enkelte video f eks for undervisningsformål, vil det bli innhentet tillatelse til dette i de enkelte tilfellene. Det vil skje i god tid før prosjektets utgang.

Det understrekes at det å delta i en slik undersøkelse er frivillig. En har rett til å trekke seg underveis i undersøkelsen uten å oppgi grunn, og å kreve dataene slettet. Om du ikke ønsker å delta, eller skulle ønske å trekke deg. Vil ikke det ha konsekvenser for fremtidige arbeidsforhold eller eventuelt samarbeid med u.t eller andre deltakere i fokusgruppen. Alle utsagn som refereres, alle tolkninger og alle analyser er mitt ansvar.

Med vennlig hilsen

Elin Kreyberg
Klinisk pedagog

8.3 Samtykke

SAMTYKKE

Jeg samtykker til at det gjøres video-opptak av min deltakelse i fokusgruppe
dato.....

Data fra fokusgruppene skal brukes i forbindelse med mastergradsprosjekt

”Hvordan beskriver kliniske pedagoger nytten av den pedagogiske kompetansen i sitt arbeid som terapeut?”

Masterprosjektet er knyttet til ISP v/ UiO. Daglig ansvarlig Steinar Theie, student er Elin Kreyberg.

Svarene vil bli kodet og kodelisten vil oppbevares atskilt fra datamaterialet. Video- og båndopptak vil bli slettet ved utgangen av studiet. Dersom det skulle være aktuelt å beholde enkelte video f eks for undervisningsformål, vil det bli innhentet tillatelse til dette i de enkelte tilfellene. Det vil skje i god tid før prosjektets utgang. Alle opplysninger anonymiseres innen utgangen av 2009.

Underskrift

8.4 Intervjuguide

FOKUSGRUPPE

- Hva gjør du faktisk når du arbeider terapeutisk?

Under denne overskriften vil jeg at dere skal fortelle hverandre hva dere gjør i terapiene dere har. Jeg vil at dere skal utveksle konkrete arbeidserfaringer.

I samtalen rundt dette erfaringsmaterialet ønsker jeg at dere etter hvert bringer inn refleksjoner omkring hvorvidt dere tenker at det dere gjør preges av at dere er pedagoger.

(Er det noe du gjør som terapeut som du aldri ville gjort som pedagog, eller omvendt?)

- Hvordan legger du tilrette for å nå målet, hva tenker du er virksomt i det terapeutiske arbeidet de gjør?

Her vil jeg først og fremst at dere skal dele erfaringer om virksomme elementer i en god terapiprosess. Jeg vil at dere skal være konkrete og fortelle hverandre hva dere gjør for at terapien skal bli mest mulig virksom.

Når dere har delt ulike erfaringer om hva hver enkelt av dere opplever er de mest virksomme elementene i det terapeutiske arbeidet dere gjør, vil jeg gjerne at dere bringer inn refleksjoner omkring hvorvidt dere tenker at forståelsen av hva som er virksomt preges av at dere er pedagoger.

(Er det noen effektvariabler som er sentrale i en opplæringssituasjon, men ikke relevante i terapeutisk arbeid, eller omvendt?)

- Hvordan begrunner du dine intervensjoner?

Under denne overskriften vil jeg at dere skal fortelle hverandre hvorfor dere gjør som dere gjør. Begrunnelsene kan godt være erfaringsrelaterte, du kan relatere dem til din teoretiske forståelsesramme eller til både erfaring og teori.

Når dere har utvekslet ulike tanker om begrunnelser, vil jeg gjerne at dere bringer inn refleksjoner omkring hvorvidt dere tenker at begrunnelsene deres preges av at dere er pedagoger.

(Tenker du at det finnes begrunnelser som er relevante i en opplærings situasjon som ikke er gyldige i en terapeutisk situasjon eller omvendt?)

I drøftingene kan det hende dere vil komme inn på om det er spesielle grupper barn/unge dere har, eventuelt aldri, har i terapi (små barn, ungdom, psykotiske, deprimerte, atferdsforstyrrelser osv) og hva som er målsettingen for terapien (fordi måldefinering og metodevalg tilpasses målgruppe og definering av utbytte gjerne relateres til måloppnåelse). Denne drøftingen er svært interessant. Jeg vil gjerne at vi gir tema litt tid, men først vil jeg at dere skal snakke om hva dere faktisk gjør.

8.5 Tilleggsspørsmål

INTERVJUGUIDE

- Hva gjør kliniske pedagoger faktisk når de arbeider terapeutisk?

Bruker du pedagogiske teknikker i ditt terapeutiske arbeid?

Roser du pasientene? Stiller du krav til dem?

Snakker du om hvem som bestemmer innholdet i timen?

Bruker du materialer som lim, saks, fargeblyanter, modellkitt el?

I den grad du bruker slike materialer hvordan bruker du det? Hva gjør du?
Hvordan introduserer du aktiviteten?

Velger du intervensjoner som du er kjente med/har erfaring med fra ditt pedagogiske arbeid?

I hvilke grad gjør du det samme i terapeutisk arbeid som i pedagogisk/spesialpedagogisk arbeid?

Hvordan opplever du at din pedagogiske/spesialpedagogiske erfaring kommer til nytte i terapeutisk arbeid?

Er det spesielle pasientgrupper du opplever at du lykkes bedre med enn andre, tenker du i så fall at dette har en sammenheng med at du er pedagog?

Er det noe du ville gjort som pedagog som du aldri vil gjøre som terapeut eller omvendt?

- Hvordan begrunner de sine intervensjoner?

På hvilke måte opplever du at dine begrunnelser for intervensjoner i terapeutisk arbeid bygger på pedagogiske begrunnelser?

Vil du si at du i timene legger til rette for mestring?

Har timene mer eller mindre fast struktur? Hvordan oppstod denne strukturen?
Hvorfor er det slik?

I hvilke grad planlegger du aktiviteter for hver time? Hvordan velger du aktiviteter? (begrunnelser)

På hvilke måte tenker du at din forberedelse til timen spiller inn?

Hvis noe ikke går etter planen, hvis det skjer noe uventet, hva gjør du da? Hva sier du? Hvorfor gjør du de slik?

Begrunner du dine bidrag i terapien med ord som vekst, utvikling og økt mestring?

Begrunner du dine intervensjoner i terapeutisk arbeid med pedagogiske argumenter eller er de i hovedsak inspirert av den terapeutiske retningen du har valgt?

Er det spesielle pasientgrupper/diagnoseområder du tenker at din bakgrunn som pedagog gir deg spesielle forutsetninger for å arbeide med?

Er det grupper du, pga din bakgrunn som pedagog ikke arbeider med?

Ser du pedagogiske/spesialpedagogiske terapeutiske begrunnelser

Er det begrunnelser for valg som er relevante i en opplæringssituasjon som ikke er gyldige i en terapeutisk situasjon?

- Hvordan tenker de om hva som er virksomt i det terapeutiske arbeidet de gjør? Tenker du at noe av det som er virksomt i opplæringssituasjonen også er virksomt i terapi?

Er det noen effektvariabler som er godt begrunnet i en opplæringssituasjon, men ikke relevante i terapeutisk arbeid?

Tenker du at utbytte av terapien er avhengig av at du legger til rette for oppgaver i ”proximate zone”?

Er det viktig for utbytte av terapien at du kommer med presise tolkninger og at disse kommer på optimalt tidspunkt?

Er det viktig for utbytte at pasienten opplever økt mestring eller øker sin kompetanse på et eller flere områder?

Hva tenker du er ditt viktigste bidrag for at terapien skal bli vellykket?

Hva gjør du for å evaluere terapiprosessen?

Hvordan avslutter du kontakten? Hva er begrunnelsen? På hvilke måte arbeider du med den?