

Foreldres opplevelse av MST-CAN-behandling

En kvalitativ studie



«Hun var ikke bare en terapeut for oss, hun ble en del av familien»

Silje Terese Sæther

Masteroppgave i barnevern

Institutt for sosialfag, Fakultet for samfunnsvitenskap,

OsloMet - Storbyuniversitetet

Mai 2020

© Silje Terese Sæther

2020

Foreldres opplevelse av MST-CAN behandling – En kvalitativ studie

Sammendrag

Forfatter: Silje Terese Sæther

Tittel: Foreldres opplevelse av MST-CAN-behandling – En kvalitativ studie

Veileder: Sidsel Natland

Introduksjon: MST-CAN er en evidensbasert, intensiv, helhetlig og hjemmebasert behandlingsmetode for alvorlige og komplekse barnevernssaker der foreldrene utøver vold og omsorgssvikt. Denne studien presenterer foreldreperspektiver på MST-CAN; en viktig kilde til kunnskap, da det kan belyse andre sider av behandlingen enn de sidene som inkluderes når en behandling evalueres innenfor rammen av behandlingsmål og symptomreduksjon. Det har hittil ikke blitt gjennomført forskning som belyser brukerperspektivet i MST-CAN, og derfor er denne studien den første av sitt slag

Formål: Å få kunnskap om hvordan foreldre som har mottatt behandling i MST-CAN opplevde behandlingsprosessen.

Metode: Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer med 4 aleneforeldre og ett foreldrepår etter avsluttet behandling i MST-CAN. Materialet ble analysert med tematisk analyse. Funnene er diskutert i lys av teoriene terapeutisk allianse og salutogenese, samt forskning på MST-CAN og empirinær teori om selve behandlingsmodellen.

Resultater: Samtlige foreldre i denne studien var positive og tilfredse med MST-CAN, hvor dette synes å være nært knyttet til en sterk terapeutisk allianse mellom foreldrene og terapeuten, faglig dyktige terapeuter, skreddersydd behandling med virksomme og effektive intervensjoner, samt høy tilgjengelighet og mye ressurser. Foreldrene opplevde at relasjonen til terapeuten skapte tillit og trygghet, hvor dette var avgjørende for å sette i gang og stå i endringsprosessen. Behandlingen i MST-CAN hjalp foreldrene til å mestre foreldrerollen og egen psykisk helse, hvor dette også hadde vedvart etter avslutning av behandling da informantene opplever at behandlingsmålene i dag er helt eller delvis oppnådd.

Nøkkelord: MST-CAN, Vold, omsorgssvikt, barnevern, hjelpetiltak, evidensbasert, kvalitativ undersøkelse, brukerperspektiv, behandlingsprosess, terapeutisk allianse, salutogenese, mestring

Forord

Omtrent samtidig som jeg var ferdig med transkriberingen av intervjuene og jeg for alvor skulle begynne å skrive denne masteroppgaven, stengte hele Norge ned på grunn av covid-19 viruset. Hjemmekontor og begrenset sosial kontakt har bydd på en del utfordringer for mange, inkludert meg selv. Likevel har det vært en fordel å ha noe konkret å fokusere på som ikke handler om viruset.

Arbeidet med dette masterprosjektet har vært frustrerende, men også en givende og engasjerende prosess. Jeg har vært drevet av et ønske om mer kunnskap om hvordan vi på best mulig måte kan hjelpe de mest utsatte barna og deres foreldre som strever. Foreldreperspektivet på en av de mest lovende behandlingsmetodene for denne målgruppen var derfor interessant å fordype seg i.

Denne studien hadde ikke blitt til uten hjelp fra bra folk. Først og fremst vil jeg takke mine informanter som stilte opp, åpnet seg og delte rikt av sine erfaringer.

Videre vil jeg takke Audun Formo Hay i MST-CAN som har bidratt med mye kunnskap, gode diskusjoner og praktisk tilrettelegging for prosjektets gjennomføring. Takk til Nina Tollefsen i NUBU også, som har vært tilgjengelig for spørsmål og bidro med informasjon og inspirasjon under et møte på NUBU våren 2019.

Takk til Nicklas som har vært god og raus. Han har håndtert min overtenning på engasjement med nysgjerrighet, og min frustrasjon med mye støtte. Ikke minst har han sørget for godt næringsinntak med mange gode brunsjer og middager i denne prosessen.

Jeg har også satt pris på at venner og familie har brydd seg, bidratt med støtte og lufteturer i Torshovdalen.

Takk til min enestående veileder Sidsel Natland for heiarop, inspirasjon, høy tilgjengelighet, konstruktive, konkrete og fylldige tilbakemeldinger.

Og takk til deg for at du vil lese denne oppgaven. Jeg håper at den kan bidra til inspirasjon!

Innholdsfortegnelse

SAMMENDRAG	3
FORORD	4
1 INNLEDNING	8
1.1 MST-CAN	10
1.1.1 <i>Teoretisk fundament for MST-CAN</i>	10
1.1.2 <i>Innhold i MST-CAN</i>	11
1.1.3 <i>Forskningsfunn om MST-CAN</i>	13
1.2 IMPLEMENTERINGEN AV MST-CAN I BÆRUM KOMMUNE	16
1.3 PROBLEMSTILLING OG STUDIENS FORMÅL	17
1.3.1 <i>Bakgrunn for valg av tema</i>	17
1.4 OPPGAVENS OPPBYGNING	18
2 TEORETISK FORANKRING	19
2.1 DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN	20
2.1.1 <i>Forskningsfunn om betydningen av terapeutisk allianse for behandlingsutfall</i>	22
2.2 SALUTOGENESE	23
2.2.1 <i>Stress og ressurser</i>	23
2.2.2 <i>Sense of coherence</i>	24
3 METODE	26
3.1 VITENSKAPSTEORI	26
3.2 VALG AV METODE	27
3.2.1 <i>Semistrukturert intervju</i>	27
3.3 DATAPRODUKSJON	28
3.3.1 <i>Forberedelser og rekruttering av informanter</i>	28
3.3.2 <i>Utvalget</i>	29

3.3.3 Gjennomføring	31
3.3.4 Transkribering	33
3.4 ANALYSEPROSESSEN	33
3.4.1 Tematisk analyse	33
3.5 FORSKNINGSETISKE HENSYN	36
3.5.1 Databehandling	36
3.5.2 Intervjusituasjonen	37
3.6 STUDIENS TROVERDIGHET	37
3.6.1 Studiens begrensinger	38
4 RESULTAT	40
4.1 FORELDRENES OPPLEVELSE AV MST-CAN SOM ET HJELPETILTAK	40
4.1.1 Foreldrene opplevde at de trengte hjelp	41
4.1.2 Medvirkning innenfor metodens ramme	42
4.1.3 Relasjonell og trygghetsskapende behandlingsprosess	44
4.1.4 Terapeuten som kompetent	47
4.1.5 Skreddersydd behandling i en evidensbasert metode	48
4.1.6 Helhetlig intervensjon og tett oppfølging	49
4.1.7 Høyt sikkerhetsfokus	52
4.1.8 Mangelfull involvering av barnet	53
4.2 FORTELLINGER OM ENDRING	53
4.2.1 Bedre psykisk helse	54
4.2.2 Mestring av foreldrerollen	56
4.2.3 Positiv utvikling hos barna	58
4.3 OPPSUMMERING	60
5 DISKUSJON	61
5.1 DEN TERAPEUTISKE ALLIANSEN	61

5.1.1 Engasjement i den terapeutiske prosessen	62
5.1.2 Emosjonelt bånd mellom terapeut og klienten	63
5.1.3 Trygghet i det terapeutiske systemet	64
5.1.4 En felles opplevelse av mening i familien.	65
5.2 MESTRING	65
5.2.1 Begripelighet	66
5.2.2 Håndterbarhet	67
6 KONKLUSJON	70
6.1 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING	70
7 REFERANSER	72
VEDLEGG	78

1 Innledning

«En god barndom varer livet ut» (Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, 2014) er et sitat som sier mye med få ord. Dessverre vet vi at det er mange barn og unge som opplever utrygge oppvekstforhold i hjemmet. I fjor ble det publisert en studie (Hafstad og Augusti, 2019) som kartla omfang av vold og overgrep i hjemmet i en norsk kontekst. Studien var den første av sitt slag, der ungdommer kunne svare på undersøkelsen uten samtykke fra foreldrene etter at en ny lov trådte i kraft i 2017 (forskrift om barns rett til å selv samtykke til deltakelse i forskning, 2017 § 1-3). Studien viste blant annet at 1 av 20 har opplevd alvorlig fysisk vold i hjemmet (Hafstad og Augusti, 2019).

Å bli utsatt for vold og omsorgssvikt i barndommen kan ha alvorlige konsekvenser i et livsløpsperspektiv, og kan gi økt risiko for psykiske og fysiske helseplager, uførhet, forkortet levealder og selvmord (Norman, Byambaa, Butchart, Scott og Vos, 2012; Thoresen, Myre, Wentzel-Larsen, Aakvaag og Hjelmdal, 2015). Den berømte og omfattende ACE (adversed childhood experience)-studien (Felitti, Anda, Nordenberg, Williamson, Spitz, Edwards, Koss og Marks, 1998) hadde også funnet dette, og den viste i tillegg at flere belastninger samtidig i barndommen kan ha en kumulativ effekt, altså at det fører til flere og mer alvorlige helseplager som voksen. Man vet også at ubearbeidede barndomstraumer kan bli videreført til egne barn, slik at omsorgssvikt kan gå i arv i generasjoner. Vold og omsorgssvikt har store konsekvenser for både enkeltindividet, de kommende generasjonene, økonomien og produksjonen i samfunnet. Fra mange ulike perspektiver finner man gode argumenter for å stoppe og forebygge vold og omsorgssvikt mot barn.

Norsk lovgivning, blant annet gjennom inkorporeringen av FNs barnekonvensjon og Grunnlovens (2014) § 104, skal sikre at barns rettigheter ikke blir krenket, og at de får den beskyttelse de har krav på. I FNs barnekonvensjon (1989) artikkel 19 er det bestemt at; «staten skal beskytte barnet mot fysisk eller psykisk mishandling, forsømmelse eller utnyttelse fra foreldre og andre omsorgspersoner». Videre fastslår barnevernloven (2019) § 30 tredje ledd, et totalforbud mot bruk av vold, også som ledd i foreldrenes oppdragelse av barn. Vold i nære relasjoner er også fastslått som forbudt ved straffelovens (2019) § 282 og § 283.

I Norge er det politiet som har ansvaret for å straffeforfølge vold mot barn, og den kommunale barneverntjenesten har ansvar og myndighet til å sikre at barn som lever under

forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse i rett tid barnevernloven (2019) § 1. Dette kan innebære å tilby institusjonsopphold for hele familien, kontrolltiltak i hjemmet, hjelpetiltak i hjemmet for å styrke foreldrenes omsorgskompetanse, hjelpetiltak for å forhindre eller begrense utvikling av atferdsvansker hos barn, kompensere for mangler i omsorgen, avlaste foreldrene, plassering av barn i fosterhjem eller plassering i barnevernsinstitusjon.

Vold og omsorgssvikt mot barn kan bunne i mange og ulike årsaker ved foreldres helse og oppvekst. Det er derfor nødvendig at barneverntjenestene har et godt kunnskapsgrunnlag for å forstå og identifisere familiens utfordringer, da det har betydning for om tiltakene som iverksettes virker eller ikke. Videre er det avgjørende at barneverntjenestene har tilgang på tiltak av god kvalitet som passer til barnets og familiens helhetlige behov, samt foreldrenes endringspotensial.

Det har skjedd en forsiktig oppblomstring av omfanget og tilgangen til evidensbaserte metoder som hjelpetiltak i barnevernet i løpet av de siste 20 årene. Med evidensbaserte metoder menes det metoder som ofte er manualbaserte, samt at effekten av metoden er målt vitenskapelig, med en intervensjonsgruppe og en kontrollgruppe, der tiltaket har hatt en beviselig positiv effekt for intervensjonsgruppen. (Mørch, 2012; Grimen, 2009).

Evidensbaserte metoder er altså vitenskapelig dokumentert som effektive. Innføringen av evidensbaserte metoder har vært gjenstand for mye debatt innen fagfeltet, der kritiske røster har ment at evidensbaserte metoder blant annet fratrar den profesjonelle muligheten til å utøve faglig skjønn, samtidig viser praksis at det ofte er rom for fleksibilitet og lokal tilpassing. I følge Natland og Malmberg-Heimonen (2016) er det nødvendig å ha en nyansert tilgang til evidensdebatten, om hvorvidt evidens- eller manualbaserte metoder også potensielt kan bidra til utvikling av profesjonell bevissthet som er nødvendig for å utøve godt sosialt arbeid. Dette er imidlertid en debatt som ligger utenfor fokuset i denne oppgaven.

I NOU 2012:5 ble det også tatt til orde for kunnskapsbasert praksis og mer bruk av evidensbaserte metoder som hjelpetiltak i barnevernet. Dette masterprosjektet dreier seg om en slik evidensbasert metode; *Multisystemic therapy for child abuse and neglect (MST-CAN)*. Bærum kommune, i samarbeid med Asker kommune og Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU), var de første i Skandinavia til å etablere metoden som en del av tiltaksapparatet i barneverntjenesten i 2016 (Madslie, 2020).

1.1 MST-CAN

MST-CAN er en intensiv, helhetlig og hjemmebasert behandlingsmetode for alvorlige og komplekse barnevernssaker der foreldrene utøver vold og omsorgssvikt (Swenson og Schaeffer, 2014). MST-CAN er en tilpasning av standard multisystemisk terapi (MST) som behandler familier med barn som har alvorlige atferdsvansker. Metodene bygger på samme teorigrunnlag, men målgruppene er ulike. Der målgruppen til MST er familier med barn som har atferdsvansker, er målgruppen til MST-CAN familier med barn fra 6 til 18 år, og har fokus på foreldrenes vold, atferd og omsorgssvikt. Så lenge ett av barna er innenfor alderen 6-18 år, kan yngre barn i familien også inkluderes. Behandlingen har et høyt fokus på sikkerhet for å sikre at barna ikke blir utsatt for ny vold/omsorgssvikt under behandlingen, og det er egne verktøy for å frita barn for skyld og ansvar knyttet til vanskene familien har hatt (Swenson og Schaeffer, 2014). Målet med MST-CAN er å holde familiene sammen, sørge for at barna er trygge, forebygge nye episoder av vold og omsorgssvikt, redusere psykiske helseplager hos familiemedlemmene og forbedre familiens eksisterende sosiale nettverk for å gjøre endring bærekraftig over tid. Intervensjoner fra MST-CAN er skreddersydd for å møte barnas utviklingsbehov (Swenson og Schaeffer, 2014).

1.1.1 Teoretisk fundament for MST-CAN

MST-CAN behandlingen er styrt av prinsipper som baserer seg på Bronfenbrenners utviklingsøkologiske modell (Swenson og Schaeffer, 2014). Denne modellen er bygget på en sosialøkologisk teori om hvordan barn utvikles, påvirkes og sosialiseres av omgivelser på ulike systemnivå. Teorien har en forståelse av samspillet mellom barn og omgivelser som gjensidig, der de virker sammen i et vekselspill (Bronfenbrenner, 1979). Den sosialøkologiske teorien har 4 ulike systemnivå man kan bruke for å forstå hvilken kontekst barnet til enhver tid inngår i;

Mikrosystemet; institusjoner og grupper som har en direkte kontakt og relasjon til barnet. Eksempel på dette kan være familie, skole, barnehage.

Mesosystemet; består av forbindelsene mellom grupper fra mikrosystemet. Dette kan være forholdet mellom foreldrene og læreren til barnet.

Eksosystemet; en eller flere sosiale forhold som ikke involverer barnet som en aktiv deltaker, men som barnet blir indirekte påvirket av. Eksempel på dette kan være foreldrenes arbeidsforhold; hvor mye de jobber påvirker deres tilstedeværelse hjemme.

Makrosystemet; består av ulike kulturelle eller ideologiske elementer i samfunnet som påvirker barnet og omgivelsene til barnet, f.eks. religion.

(Bronfenbrenner, 1979)

MST-CAN har en ressursorientert tilnærming, der man har fokus på, og styrker de eksisterende beskyttelsesfaktorene i disse systemene. Samtidig arbeider man også med å endre risikofaktorene i systemene som er knyttet til vold og omsorgssvikt (Swenson og Schaeffer, 2014). Risikofaktorer er en fellesbetegnelse på forhold som øker sjansen for at personer utvikler psykiske eller sosiale vansker, og beskyttelsesfaktorer er en fellesbetegnelse på forhold som demper sannsynligheten for utvikling av vansker når personen er rammet av risikofaktorer (Kvillo, 2015). Litteraturen viser at vold og omsorgssvikt sjelden er enkeltstående hendelser, og bestemmes av flere risikofaktorer på ulike systemnivå (Swenson og Schaeffer, 2014). MST-CAN jobber derfor med alle sidene av familiens behov på ulike systemnivå.

1.1.2 Innhold i MST-CAN

Inntakskriterier for MST-CAN er at det forekommer fysisk og/eller psykisk vold og omsorgssvikt mot barna i familien. Videre må barneverntjenesten ha registrert en konkret hendelse vedrørende vold eller omsorgssvikt i løpet av de siste 180 dagene. Videre er det et inntakskriterium at det er planlagt tilbakeføring dersom barna er midlertidig plassert utenfor hjemmet. Eksklusjonskriterier er familier der det forekommer pågående seksuelle overgrep eller partnervold, familier med foreldre som er suicidale eller har psykose, og familier der det er bestemt at foreldrene skal fratas omsorgen (Swenson og Schaeffer, 2014).

Behandlingen har høy intensitet med minst 3 møtepunkter i uken, og pågår i 6-9 måneder. I tillegg er MST-CAN-teamet tilgjengelig 24/7, ved at de har en døgnbemannet telefon som familien kan ringe til ved behov (Madslie, 2020). Teamet består av en teamleder/veileder, terapeuter med bakgrunn som kliniske psykologer og en miljøterapeut. Terapeuten og miljøterapeuten jobber direkte med familiene, mens terapeutene blir veiledet av teamlederen. Miljøterapeuten arbeider med det familien har behov for av praktisk tilrettelegging, for

eksempel familiens økonomi, bolig, arbeidssituasjon og medisinhandling. Terapeuten gir klinisk psykologisk behandling til familiemedlemmene, ved hjelp av ulike metoder som for eksempel sinnemestring, rusbehandling og traumebehandling. Dette betyr at MST-CAN-teamet overtar behandlingsansvar og behandlingsledelse i perioden familien mottar MST-CAN (Madslie, 2020).

Behandlingen starter med at MST-CAN-teamet og familien sammen lager en sikkerhetsplan som er skreddersydd til familiens risikoområder. Denne skal forebygge forekomst av nye episoder med vold og omsorgssvikt (Swenson & Schaeffer, 2014). Kontinuerlig sikkerhetsplanlegging og systematisk forebygging av vold og omsorgssvikt er et fokusområde under hele behandlingsforløpet.

Deretter blir det gjort en grundig kartlegging for å forstå familiemedlemmenes risikoatferd, historikken i familien, traumatiske hendelser, og hvordan alt dette påvirker familiens fungering som helhet. I denne kartleggingen blir alle nøkkelpersoner intervjuet; barna i familien, foreldrene, besteforeldre, lærer, saksbehandler. Informasjonen som fremkommer i denne kartleggingen, blir analysert i lys av den sosialøkologiske modellen. Denne analysen og kartleggingen utgjør grunnlaget for en skreddersydd behandlingsplan etter familiens behov. Her blir det bestemt om foreldrene skal motta for eksempel rusbehandling eller traumebehandling. Det er også et prinsipp at alle metoder som brukes i behandlingen av familiemedlemmenes psykiske helse skal være evidensbaserte (Swenson og Schaeffer, 2014; Swenson og Schaeffer, 2018).

I MST-CAN gjøres det også løpende vurderinger av framdriften i behandlingen. Der målene ikke er nådd, jobber MST-CAN og foreldrene sammen for å forstå hvilke barrierer som setter en stopper for dette. Deretter vurderer de om det må gjøres endringer i behandlingen for å nå målene (Swenson og Schaefer, 2014).

MST-CAN-teamene arbeider etter 9 overordnede behandlingsprinsipper;

- 1) Analyse av de identifiserte problemene i familien skal sikre en felles forståelse av hvordan problemene henger sammen med konteksten etter den sosialøkologiske teorien
- 2) Intervensjonen skal ha et ressursorientert fokus

- 3) Intervensjonen skal sørge for å øke positiv atferd og redusere negativ atferd mellom familiemedlemmene
- 4) Intervensjonen skal ha et her-og-nå og handlingsorientert fokus, der man skal løse konkrete problemer
- 5) Intervensjonen skal ta tak i familiemedlemmenes negative handlingsmønstre innenfor og mellom de ulike systemnivåene i den sosialøkologiske modellen
- 6) Intervensjonen skal sørge for at barnas utviklingsbehov blir møtt
- 7) Familiemedlemmene må delta aktivt i endringsarbeidet
- 8) Man må ha jevnlig kvalitetssikring og evalueringer, der man henter informasjon om familiens utvikling fra flere perspektiver
- 9) Intervensjonen må tilpasses på en slik måte at endringer blir bærekraftig over tid

(Swenson og Schaeffer, 2014; Swenson og Schaeffer, 2018)

1.1.3 Forskningsfunn om MST-CAN

15 år med kliniske pilotstudier og effektevalueringer har dannet grunnlaget for hvordan MST-CAN i dag er utformet som metode (Swenson og Schaeffer, 2018).

Den første studien (Brunk, Henggeler og Whalen, 1987) var en effektevaluering som sammenlignet to behandlingsmetoder for familier der det forekommer vold og omsorgssvikt; Foreldretrening (min oversettelse) og MST (multisystemisk terapi). Utvalget bestod av 18 familier hvor det hadde forekommet vold, og 15 familier hvor det hadde forekommet omsorgssvikt. Familiene ble randomisert til enten MST eller foreldretrening. Foreldrenes selvrappoterter og forskernes observasjoner ble brukt til å evaluere effekten av de to behandlingene på 3 områder; foreldrenes fungering, relasjonen mellom barn og foreldre og stress/sosial støtte. Funnene indikerte at begge metodene hadde medført bedre psykisk helse for foreldrene, mindre stress, samt at alvorlighetsgraden av problemene i familiene hadde blitt redusert. MST var mer effektiv i forhold til å forbedre relasjonen mellom barn og foreldre. Foreldretrening var mer effektiv i forhold til å redusere sosiale problemer. Funnene fra denne studien la grunnlaget for å utforme en ny metode; MST-CAN.

Den andre studien var et randomisert kontrollert forsøk (RCT) av MST-CAN (Swenson, Schaeffer, Henggeler, Faldowski og Mayhew, 2010). 86 familier med barn i alderen 10-17 år hvor det var rapportert om vold i hjemmet ble randomisert til enten MST-CAN eller

kontrollgruppe. Kontrollgruppen mottok «Enhanced outpatient therapy» (EOT) hvilket inneholdt standard tjenester fra et behandlingssenter for voldsutsatte barn og deres foreldre. Kontrollgruppen fikk også individuell terapi, samt felles familieterapi. I tillegg mottok alle foreldrene i kontrollgruppen en gruppebasert foreldreveiledning kalt STEP-TEEN; et strukturert og evidensbasert program med 7 samlinger, hvor målsettingen var å forbedre foreldre-barn-relasjonen. Hovedfunnene i Swenson et al. (2010) indikerte at barn og foreldre som mottok MST-CAN, fikk en vesentlig bedring i psykisk helse sammenlignet med kontrollgruppen. De fikk også større grad av sosial kontakt, støtte og tilhørighet med nettverket utenfor kjernefamilien. Studien viste også at MST-CAN var mer effektiv enn kontrolltiltaket i forhold til å redusere forekomsten og alvorlighetsgraden av omsorgssvikt, aggresjon og voldsutøvelse fra foreldre mot barna. De nevnte funnene var signifikante, med medium til stor størrelse på effekt. Mottakerne av MST-CAN opplevde også færre episoder med vold i hjemmet, samt færre akutt plasseringer eller omsorgsovertakelser sammenlignet med kontrollgruppen. Disse funnene var imidlertid ikke signifikante.

Det har også blitt gjennomført en kvalitativ studie av samarbeidet mellom et MST-CAN pilot team og saksbehandlere på et barnevernskontor i Australia (Herbert, Bor, Swenson og Boyle, 2014). Gruppeintervju av saksbehandlerne viste at de hadde hatt mange positive erfaringer med dette samarbeidet. De uttalte at en styrke ved MST-CAN var den faglige kompetansen og tilgjengelige ressurser til å håndtere kriser i familiene også utenfor ordinær arbeidstid. Videre opplevde saksbehandlerne det som en styrke at de jobbet med felles målsettinger.

Saksbehandlerne opplevde også at MST-CAN-teamet hadde hjulpet dem til å forstå kompleksiteten og bredden av problemene i familiene, der de tidligere bare hadde sett overflaten. De opplevde derfor at de selv hadde økt sin faglige kompetanse, særlig med tanke på effektivitet og helhetssyn i fremgangsmåter i saker som omhandler rusmisbruk. Saksbehandlerne uttalte også at de berørte familiene hadde gitt tilbakemelding om at de hadde fått økt tillit til barneverntjenesten som følge av MST-CAN-behandlingen, da de hadde erfart at MST-CAN og barneverntjenesten ønsket å hjelpe dem.

En casestudie av et behandlingsforløp ved et MST-CAN-team i Australia (Stallman, Walmsley, Bor, Collerson, Swenson og McDermott, 2010) gir en gjennomgründig beskrivelse av behandlingsprosessen, samt innsikt i styrker og begrensinger ved MST-CAN. Familien som mottok MST-CAN i casestudien, hadde komplekse utfordringer på tvers av flere områder som manglende foreldreferdigheter, vold, psykiatri, rus, økonomiske vansker m.m. Fordelen

ved MST-CAN var at teamet arbeidet systemisk og tok behandlingsledelse for alle problemene i familien, og sørget for at de ikke havnet mellom to stoler; slik som ofte kan skje når det offentlige systemet er delt inn etter ulike typer ansvarsområder. MST-CAN-behandlingen medførte positive endringer av samtlige problemområder i familien. De måtte utvide tiden i behandlingen til 15 måneder for oppnå disse endringene, og det blir påpekt at standard behandlingstid for MST-CAN (6-9 måneder) ikke var tilstrekkelig. Det ble også trukket frem at det kan være en utfordring for de ansatte i MST-CAN å balansere jobb og privatliv; de jobber utenfor ordinær arbeidstid, må være tilgjengelige til enhver tid, samt at arbeidet medfører en emosjonell belastning. Dette kunne løses ved å gi terapeutene mulighet for fleksitidsordning, og legge til rette for ivaretagelse av terapeutenes helse ved støtte, veiledning og eventuelle andre behov.

Det har også blitt gjennomført en studie som har undersøkt den samfunnsøkonomiske kostnadseffektiviteten av MST-CAN i en amerikansk kontekst (Dopp, Schaeffer, Swenson og Powell, 2018). I studien ble det benyttet en kost-nytte-modell på data fra RCT-studien til Swenson et. al (2010). Funnene viste MST-CAN var kostnadseffektivt. Kostnadseffektiviteten var knyttet til to faktorer; 1) MST-CAN-behandlingen hadde ført til 46,7% reduksjon av akuttplasseringer og omsorgsovertakelser; og 2) MST-CAN-behandlingen hadde ført til økt deltakelse i arbeidslivet for foreldrene. Akuttplasseringer, omsorgsovertakelser og utbetaling av arbeidsledighetstrygd er store utgifter for samfunnet, og det ble derfor konkludert at man sparer penger når man unngår disse utgiftene. Lignende funn ble også presentert i en studie som undersøkte kostnadseffekten av MST-CAN i en britisk kontekst (Watmuff og Ross, 2016).

Det har ikke blitt gjennomført kvalitativ forskning på barn og foreldres erfaringer med MST-CAN enda. Imidlertid er det flere kvalitative studier om MST. Da MST-CAN bygger på noen av de samme prinsippene og teoretiske grunnlag som MST, kan kvalitativ forskning på MST anvendes som et kunnskapsgrunnlag for dette masterprosjektet, men det må tas høyde for at målgruppen er annerledes og at funnene ikke nødvendigvis kan generaliseres til MST-CAN.

Tighe, Pistrang, Casdagli, Baruch & Butler (2012) er en kvalitativ intervjustudie som undersøkte ungdommer og foreldre som har mottatt MST sine erfaringer med metoden. 36 semistrukturerte intervju ble gjennomført av familiemedlemmer fra 21 familier; 21 foreldre og 16 ungdommer. Funnene indikerte at foreldrene opplevde den terapeutiske relasjonen som meget viktig for prosessen. Et annet funn var at ungdommene fikk nye prososiale mål for

fremtiden og at de i større grad reflekterte over de negative konsekvensene som atferden deres hadde for dem selv og deres omgivelser

Kaur, Pote, Fox & Paradisopoulos (2015) undersøkte hva foreldre i vellykkede behandlingsforløp opplevde hadde bidratt til å opprettholde positive utfall etter avsluttet behandling i MST. I denne studien var det et hovedfunn at den terapeutiske alliansen ble fremhevet som sentral for utvikling av ferdigheter som gjorde at endringene kunne skje og opprettholdes etter avslutning.

Fox, Bibi, Millar & Holland (2016) undersøkte etniske minoriteters opplevelse med MST. Funnene indikerte at terapeutens åpenhet, nysgjerrighet, og rolle som kulturell forhandler var viktig for foreldrenes engasjement og endringsprosess under MST-behandlingen.

1.2 Implementeringen av MST-CAN i Bærum kommune

Ved implementeringen av metoden i Bærum kommune i 2016 uttalte barnevernssjefen i lokalavisen Budstikka (Abrahamsen, 2016) at målet var å redusere antall akutt plasseringer, og at tiltaket skulle tilbys familier som det med de eksisterende tiltakene hadde vært vanskelig å gi god nok hjelp til. Alternativene i disse sakene hadde til da vært å flytte barna i fosterhjem eller institusjon, eller å gi familiene mindre spissede tiltak i hjemmet.

Tall fra MST-CAN-teamet i Bærum kommune, datert januar 2020, viser at totalt 70 barn har mottatt tiltaket siden oppstarten, men det er ikke ført statistikk på antall familier. Disse barna hadde i gjennomsnitt hatt kontakt med barnevernet i 4,1 år før oppstart av behandling. Videre hadde barneverntjenesten mottatt 4,8 bekymringsmeldinger i gjennomsnitt, og barna hadde mottatt i gjennomsnitt 3 ulike tiltak før oppstart av MST-CAN. 33% av barna hadde tidligere vært akutt plassert.

6 måneder etter gjennomført behandling var 56% av barna ikke lenger i behov av barneverntiltak, og barnevernssakene ble henlagt. 14% hadde fortsatt tiltak i barnevernet, og 30% bodde i fosterhjem. Videre hadde antallet akutt plasseringer blitt kraftig redusert under og etter at familien hadde tatt imot MST-CAN-behandling.

Tatt i betraktning at dette er alvorlige barnevernssaker, er dette svært gode tall, og tallene indikerer at MST-CAN-teamet har klart å gi hjelp som nytter. Resultatene har ført til stor

faglig interesse innenfor barnevernsfeltet, der MST-CAN-teamet har blitt invitert til å holde foredrag på en rekke store konferanser i Norge. Resultatene har også vekket oppsikt i Danmark, Sverige og Island, der Island nå har konkrete planer om å implementere MST-CAN som barneverntiltak.

1.3 Problemstilling og studiens formål

Min ambisjon med dette masterprosjektet er å få kunnskap om hvordan foreldre som har mottatt MST-CAN opplevde behandlingsprosessen, fordi det hittil ikke har blitt gjennomført forskning som belyser brukerperspektivet i MST-CAN.

Brukerperspektiver er en viktig kilde til kunnskap, da det kan belyse andre sider av behandlingen enn de sidene som inkluderes når en behandling evalueres innenfor rammen av behandlingsmål og symptomreduksjon. Brukerperspektivet kan belyse hva foreldrene selv syntes fungerte godt eller mindre godt, samt mulige forbedringspunkter, som ellers vil være vanskelig å få øye på. Kunnskap om foreldrenes opplevelser er derfor en viktig del av kvalitetssikring og utvikling av metoden.

Selv om foreldrenes opplevelser fra denne studien ikke kan generaliseres, fordi opplevelsene er subjektive og utvalget er lite, er ambisjonen at denne studien kan stimulere til nye perspektiver og refleksjoner. I tillegg håper jeg at denne studien kan gi en pekepinn på hvor det er behov for mer forskning. Denne studiens problemstilling er derfor;

Hva kjennetegner foreldrenes opplevelser med behandlingsprosessen i MST-CAN?

For å besvare problemstillingen, har jeg operasjonalisert den ved å stille følgende forskningsspørsmål:

- 1) Hvordan opplevde foreldrene MST-CAN som et hjelpetiltak?
- 2) Hvilke endringer har foreldrene opplevd?

1.3.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har selv vært ansatt som saksbehandler i Bærum barneverntjeneste fra september 2015 – april 2020, hvor jeg både har jobbet med undersøkelser og oppfølging av familier som mottar hjelpetiltak. I denne jobben har jeg kommet tett på vanskelige og smertefulle erfaringer hos

både barn og foreldre. Arbeidet med å skape en tryggere omsorgssituasjon kan være en vanskelig og kompleks oppgave, da vanskene hos familiene ofte er sammensatte. Bærum barneverntjeneste hadde på tidspunktet jeg ble ansatt en egen avdeling med familierapeuter som jobbet med hjelpetiltak i barnevernssakene, hvor metodene Marte Meo, COS-P (Circle of security parenting), FFT (funksjonell familierapi) og ordinær familierapi var tilgjengelige som omsorgsendrende tiltak. Det var også muligheter for å benytte seg av BUFetats tiltaksteam som blant annet hadde metoden PMTO (parenting management training oregon). Barneverntjenesten hadde også andre tiltak som kunne suppleres med disse, for eksempel ansvarsgruppemøter, tradisjonelle kompenserende tiltak og kontrolltiltak.

Til tross for et godt utvalg av tiltak, var det flere av barnevernssakene som «havnet mellom to stoler» der de tilgjengelige tiltakene ikke passet, eller ikke var tilstrekkelige for å løse problemene. Dette gjaldt spesielt de mest alvorlige barnevernssakene. MST-CAN-temaet ble etablert året etter jeg startet i jobben, og jeg fulgte tiltaket med interesse. Jeg opplevde at metoden fylte et hull i tiltaksapparatet. I tillegg observerte jeg at antall akutt plasseringer ble redusert i samme tidsrom.

Som engasjert barnevernspedagog med hjerte for de vanskeligstilte barna og interesse for hvordan barnevernet kan gi hjelp som virker, syntes jeg at MST-CAN var innovativt og spennende. Jeg leste meg opp på MST-CAN og forskningen på metoden fordi jeg var nysgjerrig på hvilke komponenter som hadde vært viktige for de positive utfallene. Underveis i denne gjennomgangen oppdaget jeg at brukerperspektivet manglet i forskningen på MST-CAN. Valg av tema og problemstilling til masteroppgaven var dermed satt.

1.4 Oppgavens oppbygning

I neste kapittel skal jeg presentere det teoretiske rammeverket for denne studien. I kapittel 3 beskriver jeg metode, hvordan jeg gikk fram for å produsere intervjudata, samt redegjøre for hvordan jeg har analysert data og reflekterer over studiens styrker og begrensninger. Kapittel 4 presenterer funnene fra min intervjuundersøkelse, og i kapittel 5 drøfter jeg disse funnene med mine teoretiske utgangspunkt. I oppgavens siste kapittel 6 oppsummerer jeg kort og peker på ideer for videre forskning på MST-CAN.

2 Teoretisk forankring

I dette kapittelet tar jeg for meg denne studiens teoretiske rammeverk.

«Ingenting er mer praktisk enn en god teori» (Lewin, 1952, s.169). Aakvaag (2008) definerer teori som et sett med antakelser om et fenomen. Det finnes ulike former for teorier, der man klassifiserer teori etter grad av abstraksjonsnivå; i hvilken grad teorien er basert på empiriske observasjoner i den virkelige verden. Anker (2020, s. 46) deler teori opp i tre nivåer, der det øverste er det vitenskapsteoretiske nivået, som sier noe om hvordan vi forstår «virkeligheten» og hvordan vi kan få kunnskap om den. Dette nivået angir hvordan man posisjonerer seg i dette feltet, mer enn at det er teorier man bruker for å forstå konkret empiri. Deretter følger *overgripende teorier*. Dette kan for eksempel være teorier om klasse, makt, identitet, kjønn, postkoloniale teorier, teorier om samfunnet og verdenen vi lever i. Disse kan være nyttige for hvordan man utformer et prosjekt og hva man retter blikket mot. Det tredje nivået betegner Anker (2020) som *mellomnivå*; det er teorier som er utviklet innen spesifikke felt. For eksempel kan det fortsatt være teorier om kjønn og klasse som er overgripende, men at de er mer knyttet til en spesifikk sammenheng. For eksempel makt, roller, deltagelse. I tillegg finnes såkalt *empirinær teori*; tidligere, empirisk forskning, rapporter og kunnskapsoversikter, som man kan bruke for å understøtte, klassifisere eller analysere egne funn. Empirinær teori kan også være manualer, modeller, begreper, klassifiseringsskjemaer som er utarbeidet for bruk i praksis.

Jeg ønsket i utgangspunktet å tilnærme meg felt og data på en minst mulig «innforstått» måte med tanke på valg av teorigrunnlag. Anker (2020) viser til at forskning kan drives induktivt; der man lar data stå i sentrum og man analyserer fram kategorier, eller deduktivt; der teori styrer hvilke kategorier som utledes. I praksis er det ofte slik at man pendler mellom disse posisjonene, fordi man er litt opplest på tema og teori på forhånd, og i møtet med data, så stiller man seg ofte nye spørsmål til materialet - som man kan bruke teori for å forstå data på. Forskningsprosessen blir da en meningsskaping der teori og empiri gjensidig utvider forståelsen. Denne pendlingen mellom empiri og teori kalles abduktiv analyse (Anker 2020, s. 60). Jeg ønsket å få til dette, og ambisjonen var at funn fra data skulle legge grunnlag for hvilke teoretiske perspektiv som kan være hjelpsomme for å forstå og tolke data. I praksis har jeg hatt en teoretisk forforståelse bare i form av at jeg har lest meg opp på MST-CAN og dens teorigrunnlag, samt forskning om effekter av metoden. Men jeg bestrebet meg på å være

lydhør for hva mine informanter sa og hvordan de forsto seg selv, så jeg hadde ikke forhåndsbestemt videre teoribruk. I arbeidet med analyse av datamaterialet, var det imidlertid tydelig at informantene trakk frem betydningen av relasjon til terapeuten som viktig. Videre hadde alle informantene fortellinger om en reise fra maktesløshet, til å bli en tydelig aktør i eget liv med økt mestringsfølelse.

I valg av teori pendlet jeg mellom å analysere fram funn og å vurdere hvordan informantene og deres fortellinger kan løftes og forstås i lys av ulike teori og begrep, før jeg til slutt valgte to teorier.

Jeg ønsket å bruke en teori som var konkret nok til å være et godt praktisk verktøy i analysen av relasjonen mellom terapeuten og informantene. Til dette formålet valgte jeg en mellomnivåteori om den terapeutiske alliansen. Videre valgte jeg teorien om salutogenese (hva som fremmer mestring og god helse), for å analysere informantenes opplevde endringsprosesser. Den salutogene modellen og «sense of coherence» er et håndgripelig verktøy for å analysere foreldrenes endringsprosesser og mestring. Jeg vil også anvende empirinær teori, altså forskningsfunnene og beskrivelsen av behandlingsmetoden MST-CAN, for å undersøke hvorvidt mine funn bekrefter eller motsier eksisterende kunnskap. Disse presenterte jeg i forrige kapittel.

I dette kapittelet vil teori om den terapeutiske alliansen og salutogenese bli presentert.

2.1 Den terapeutiske alliansen

Den terapeutiske alliansen har blitt konseptualisert på ulike måter, blant annet gjennom Bordin (1979) sin klassiske teori. Styrken i den terapeutiske alliansen mellom terapeuten og klienten er det som avgjør virkningen av terapi, hevder Bordin (1979). Han utarbeidet teorien for psykoterapi, men understreket at den er universell og kan brukes i andre sammenhenger der relasjonen består av en hjelper og en hjelpetrengende. For Bordin var en god terapeutisk allianse en forutsetning, og en nøkkel til endring. Den består av tre elementer;

1) **Enighet om målet for behandlingen**

Her belyser Bordin at klientens *forståelse* av problemet og hvordan det har oppstått må utforskes. Her er det viktig å få en felles forståelse av hvilke bidrag til problemet som handler om eksterne faktorer utenfor klientens kontroll, hvilke som er interne hos

klienten selv, og hvilke faktorer klienten selv er bidragsytende for. Når man har fått en felles forståelse, kan man bli enig om hva som er mulig å gjøre noe med, og dermed sette mål for terapien.

2) Enighet og samarbeid rundt komponentene i behandlingen

For at en behandling skal være relevant, må det være balanse mellom de ulike komponentene i behandlingen tilpasset klientens faktiske problemforståelse, praktiske/emosjonelle behov og mål. Oppgavene og komponentene i behandlingen må oppleves som relevante for klienten, og det må være et samarbeid mellom terapeut og klient for å bestemme hvilke oppgaver som skal løses. Terapeuten må også gjøre sine oppgaver; ha en respektfull og empatisk holdning, være bevisst sine egne bidrag i terapirommet, tilpasse inntoning; balansere egen aktivitet og passivitet.

3) Det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient

Innebærer at klienten ser på terapeuten som en viktig person i hans eller hennes liv, nesten som et familiemedlem. Videre innebærer det en opplevelse av at relasjonen er basert på trygghet, tillit og omsorg. Det innebærer også at terapeuten genuint bryr seg og er der for klienten, og at klienten opplever å være på samme bølgelengde som terapeuten. Til slutt innebærer det at terapeutens kunnskap og erfaringer oppleves som verdifulle for klienten.

Innenfor familierapi er den terapeutiske alliansen mer komplisert fordi terapeuten må etablere og opprettholde en allianse med flere mennesker samtidig. I tillegg krever behandlingen et systemisk fokus (Friedlander, Escuerdo, Horvath, Heatherington, Cabero og Martens, 2006). Friedlander og medforfatterne gjorde derfor en tilpasning av Bordins klassiske teori til familierapi; *Observing family therapy alliances (SOFTA)* – et verktøy for å identifisere kvaliteten på familiemedlemmenes interaksjoner mellom hverandre, og interaksjonen med terapeuten (Friedlander et al., 2006). SOFTA består av 4 elementer; engasjement i den terapeutiske prosessen, emosjonelt bånd mellom terapeut og klienten(e), trygghet i det terapeutiske systemet og en felles opplevelse av mening i familien.

Det første elementet, *engasjement i den terapeutiske prosessen*, karakteriseres av at klienten(e) opplever behandlingen som meningsfull, en opplevelse av å bli involvert i terapien og et godt samarbeid med terapeuten. Videre at terapeutiske mål/komponentene i behandlingen kan diskuteres og forhandles med terapeuten, samt at prosessen blir tatt på alvor av alle parter. Til slutt innebærer det en opplevelse av at endring er mulig.

Det andre elementet *emosjonelt bånd mellom terapeut og klienten(e)* er en ren videreføring av Bordins tredje element (se ovenfor).

Det tredje elementet *Trygghet i det terapeutiske systemet* innebærer at klienten(e) ser på behandlingen som en mulighet for å ta sjanser, være åpen og sårbar. Det innebærer også en opplevelse av trygghet, samt en forventning om nye erfaringer og læringsprosesser. Videre innebærer det at klienten(e) opplever at konflikter i familien kan håndteres.

Det fjerde elementet, *en felles opplevelse av mening i familien*, består av at familiemedlemmene ser på seg selv som et «arbeidsfellesskap» som jobber sammen for å forbedre familierelasjonene og oppnå felles mål i terapien. Videre karakteriseres elementet som en felles opplevelse av solidaritet og samhold i familien.

Det første elementet i SOFTA, *engasjement i den terapeutiske prosessen*, er en sammenslåing av to av Bordins elementer; *enighet om målet for behandlingen* og *enighet og samarbeid rundt komponentene i behandlingen*. Det andre elementet i SOFTA, er en ren videreføring av Bordins tredje element *det emosjonelle båndet mellom terapeut og klient*. Det tredje og fjerde elementet i SOFTA er ifølge Friedlander og medforfatterne en viktig utvidelse av teorien om terapeutisk allianse tilpasset settingen familierapi (Friedlander et al., 2011).

2.1.1 Forskningsfunn om betydningen av terapeutisk allianse for behandlingsutfall

Det er blitt gjennomført mye forskning på forholdet mellom den terapeutiske alliansen og utfall av behandling. Funnene fra et bredt spekter av forskning indikerer at styrken i den terapeutiske alliansen mellom terapeut og klient er det som først og fremst avgjør utfallet i en behandling på tvers av terapeutiske metoder (Bjerke, 2016).

Et søk på fagfelleverderte artikler og «therapeutic alliance outcome» i databasen oria gir 32653 treff. Det er derfor ikke mulig å gi en fullstendig oversikt over denne forskningen i dette avsnittet. Jeg refererer derfor til metastudien Flückiger, Re, Wampold og Horwath (2018) hvor de analyserte 295 uavhengige studier om behandlingsutfall med over 30 000 klienter publisert mellom 1978 og 2017. Flückiger og medforfatterne gjorde en statistisk analyse av funnene i disse studiene, og fant en effektstørrelse på $r = .275$, omtalt som en moderat men valid korrelasjon mellom terapeutisk allianse og klientens utfall av behandlingen. Sagt på en

annen måte; den terapeutiske alliansen hadde betydning for 7,5% av variasjonen i utfall, mens den spesifikke behandlingsmetoden hadde 1% betydning.

2.2 Salutogenese

Den medisinske sosiologen og professoren Aaron Antonovsky introduserte i 1979 den salutogene modell (*figur 1*), som den gang innebar en ny forståelse av helse. Salutogenese (latinsk *Salut* = helse og *Genesis* = opprinnelse) er en teori om hva som fremmer god helse og var en motreaksjon til den patogene forståelsen av helse. Teorien representerte et positivt perspektiv på hva som fremmer god helse og hva som gir individer økt mestring og velvære. Teorien trekker frem fire fokusområder for god helse: indre følelser, sosiale relasjoner, psykisk stabilitet og involvering i meningsfulle aktiviteter. Antonovsky la også vekt på at opplevd god helse ikke er ensbetydende med fravær av sykdom eller stress.

2.2.1 Stress og ressurser

I teorien om salutogenese vektlegger Antonovsky stressorerens betydning for helse. Antonovsky definerte stressorer på følgende måte;

«A stressor can be a demand made by the internal or external environment of an organism that upsets the homeostasis, restoration of which depends on a nonautomatic and not readily available energy-expending action» (Antonovsky, 1979, s. 72).

Antonovsky identifiserte *generalized resistance resources (GRR)* - ressurser i og ved individ og miljø som kan være beskyttelsesfaktorer mot stress, og stimulere til god helse. Han påpekte at man ikke kan lage en fullstendig liste over alle mulige ressurser, men ga eksempel på hva det kunne være, her gjengitt etter Lønne (2019) sin oversettelse;

Generalized resistance resources (GRR):

- 1) Kultur (kulturen gir individet en plass i verden. Dersom kulturen bidrar til at det er mestringsressurser tilgjengelig på ulike nivåer, er den sunn og helsefremmende)
- 2) Sosial støtte (emosjonell støtte, nære relasjoner)
- 3) Religion og verdier (gir forankring, retning og mening i livet)
- 4) Fysiske og biokjemiske ressurser (gener og immunforsvar)

- 5) Materielle verdier (økonomi, bolig)
- 6) Kontinuitet, oversikt og kontroll (makro- og sosiokulturelle ressurser i kulturen og samfunnet individet er en del av)
- 7) Mestringsstrategier (fleksibilitet, interpersonlige ressurser som rasjonalitet og evne til handling)
- 8) Kunnskap og intelligens (kognitive ressurser, kunnskap, intellekt)
- 9) Egoidentitet (individets selvfølelse og emosjonelle ressurser)

Antonovsky mente at GRR er avgjørende for individets stresstoleranse, og fremhevet egoidentitet og sosial støtte som særlig viktige. Tilgangen på GRR i oppveksten og i livet generelt skaper deretter *livserfaringer* som danner grunnlag for individets *opplevelse* av og innstilling til mestring i livet, samt individets *evne* til å takle stress og uventede forhold; Sense of coherence (SOC).

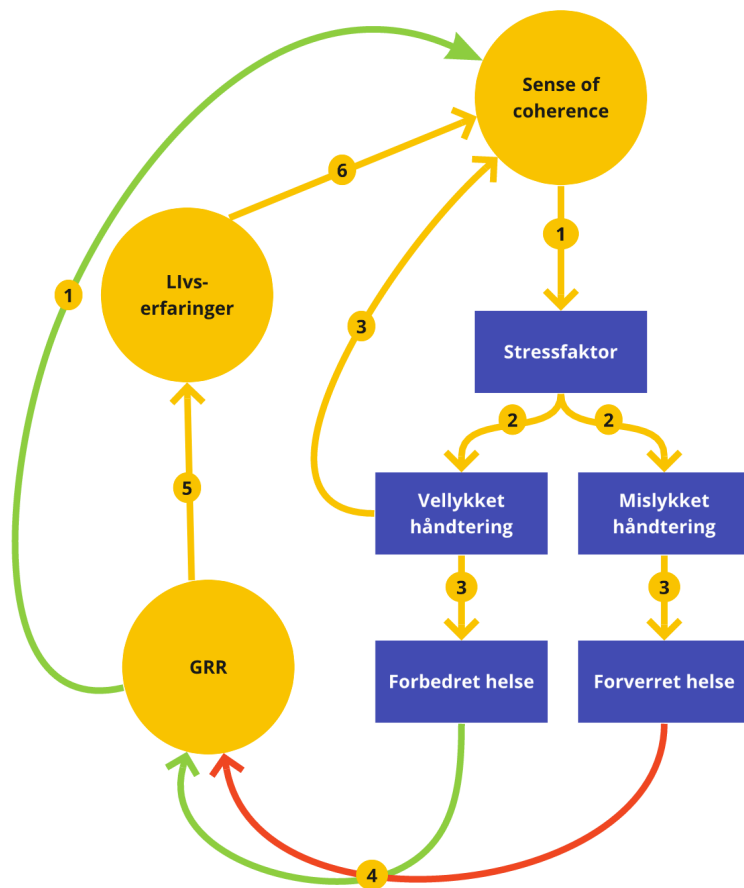
2.2.2 Sense of coherence

En salutogen tilnærming i behandling har «aktiv adaptasjon»; skreddersyng som prinsipp, der intervensjoner skal ha som mål å styrke individets «Sense of coherence» (Antonovsky, 1979). Antonovsky definerte «sense of coherence» (SOC) som;

«... a global orientation that expresses the extent to which one has a pervasive, enduring though dynamic feeling of confidence that one's internal and external environments are predictable and that there is a high probability that things will work out as well as can reasonably be expected.» (Antonovsky, 1979, s.123)

Å ha en sterk SOC er ifølge den salutogene forståelsen å ha gode mestringsstrategier i livet; å ha tro på at man forstår sin egen situasjon og tro på at man kan endre den, og inneha kapasitet og ressurser til å foreta seg helsefremmende handlinger. Det hjelper individet til å mobilisere motstandsdyktighet fra GRR for å håndtere ulike stressfaktorer i livet. Hvordan individet møter livets utfordringer, avhenger av om individet har en holdning (SOC) til at de stimuli som han/hun utsettes for, er *begripelige*, *håndterbare* og *meningsfulle* (Antonovsky, 1979). *Begripelighet* refererer til individets kognitive kapasitet til å bedømme virkeligheten; om individet oppfatter at de stressfaktorene/stimuli som individet utsettes for er forståelige og oversiktlige, eller uforutsigbare, tilfeldige og kaotiske. *Håndterbarhet* refererer til individets tilgang til ressurser som er nødvendige for å møte krav og utfordringer. Individets opplevelse av mestring og håndtering av disse kravene og utfordringene, gir individet mer tro på

fremtidig mestring. Individets opplevelse av over-/underbelastning, og manglende mestring av krav og utfordringer, fører til hjelpeløshet, passivitet og forverret helse. *Meningsfullhet* er det emosjonelle og motiverende aspektet ved SOC, og referer til individets drivkraft i hvordan individet søker mening i møte med stressende situasjoner. Disse dimensjonene er i et gjensidig samspill og i stadig utvikling gjennom et livsløp, der faktorer ved individ og miljø kan redusere eller øke styrken på SOC. En sterk eller lav SOC handler om hvorvidt det er et høyt eller lavt nivå på de tre komponentene begripelighet, meningsfullhet og håndterbarhet (Antonovsky, 1979). Figur 1 sammenfatter den salutogene modellen:



Figur 1: Forenklet versjon av Antonovskys (1979) salutogene modell (laget av undertegnede)

1: En sterk «sense of coherence mobiliserer mestringsressurser (GRR) i møte med stressfaktorer

2: En sterk «sense of coherence» håndterer stress på en vellykket måte ved å; unngå stressfaktoren; definere stressfaktoren som ikke-stressende; håndtere stressfaktoren

En svak «sense of coherence» håndterer stress på en mislykket måte

3: Vellykket stresshåndtering styrker «sense of coherence», og gir bedre helse.

Mislykket stresshåndtering gir mer stress og forverret helse

4: God helse styrker individets GRR.

Forverret helse svekker individets GRR

5: GRR gir livserfaringer preget av forutsigbarhet, aktiv deltakelse og balanse i over-/understimulering

6: Livserfaringer gir grunnlag for styrken på «sense of coherence

3 Metode

Dette kapitlet beskriver hvordan det empiriske materialet for oppgaven ble til, og hvilke metodiske fremgangsmåter jeg har benyttet meg av for å svare på problemstillingen. Jeg vil først gå inn på valg av metode for datainnsamling og analyse, samt de tilhørende teoretiske perspektivene for disse. Deretter vil jeg beskrive hvordan prosessen fra datainnsamling til analyse av datamaterialet foregikk. Til slutt vil jeg ta for meg denne studiens forskningsetiske hensyn, og deretter studiens troverdighet.

3.1 Vitenskapsteori

Innenfor vitenskap som studerer mennesker og sosiale forhold, finnes det flere vitenskapsteoretiske retninger og ulike standpunkt om hva som er valid kunnskap, og hvilke metoder som er best egnet til å produsere valid kunnskap ut ifra hva som skal studeres og i hvilken kontekst. De to store metodiske hovedretningene er kvalitativ og kvantitativ metode. Kvantitativ metode kan sies å være fundert i et positivistisk vitenskapssyn, som har sitt opphav fra naturvitenskap (Aakvaag, 2008). Her blir det antatt at man kan studere sosiale fenomener på en objektiv måte, og at det finnes lover i sosiale systemer akkurat som i naturvitenskapen. Prinsippene i kvantitativ metode er at data bør være mulig å måle og telle, samt at kunnskap skal baseres på observert effekt. Formålet er gjerne å identifisere årsakssammenhenger mellom ulike fenomener, og metodene baserer seg på en hypotetisk-deduktiv strategi. Altså at man bekrefter eller avkrefter en forhåndsbestemt hypotese gjennom testing, der hypotesen gjerne er basert på en teori (Thrane, 2018). Den randomiserte kontrollerte MST-CAN-studien Swenson m.fl (2010), som ga MST-CAN status som et evidensbasert behandlingstiltak, er et godt eksempel på en studie som har en tydelig forankring i positivism, hvor kvantitativ metode ble anvendt.

I motsatt ende av spekteret finner vi interpretivisme. Det er en vitenskapsteoretisk retning hvor utgangspunktet er at sosiale fenomener ikke kan studeres med metoder og prinsipper lånt fra naturvitenskapen (Risjord, 2014). Tilhengere av interpretivisme har argumentert for at fokuset på sosiale lover og kausale sammenhenger gjør at man går glipp av det unike ved sosiale fenomener, samt aktørenes indre liv og meningsdanning. Innenfor interpretivisme undersøker man *meningen* i de subjektive opplevelsene hos mennesker og sosial samhandling, og det vitenskapsteoretiske rammeverket er fundert i hermeneutikk, fenomenologi og

symbolsk interaksjonisme. Forskningsmetoder innenfor et interpretivistisk vitenskapssyn er som oftest kvalitative metoder (Risjord, 2014), som for eksempel intervju. Kvalitative metoder kan gi deltageren en mulighet til å beskrive erfaringer i detalj og utdype perspektivene og meningen bak disse erfaringene (Risjord, 2014).

I denne studien, der forskningsspørsmålet er «hva kjennetegner foreldrenes opplevelse med behandlingsprosessen i MST-CAN?», er hovedmålet å få tilgang til bredden og ulikheten i foreldrenes subjektive erfaringer og opplevelser av MST-CAN-behandling. En kvalitativ tilnærming er derfor velegnet til å undersøke forskningsspørsmålet.

3.2 Valg av metode

Valg av metode falt på semistrukturert intervju med foreldre som har mottatt MST-CAN-behandling. Kvalitative forskningsintervju søker å forstå verden sett fra intervjupersonenes side, og kan betegnes som en konkretisering av den fenomenologisk-hermeneutiske forståelsesform som jeg nevnte ovenfor om vitenskapsteoretisk posisjon. Det fokuserer både grundig beskrivelse av informantens livsverden, hvordan de forstår seg selv i sin kontekst, samt forskerens teoretiske kontekstualisering av dette (Kvale og Brinkmann 2014).

3.2.1 Semistrukturert intervju

Som en del av forberedelsene før datainnsamlingen, utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg C) som dannet et utgangspunkt for semistrukturerte intervju. Semistrukturerte intervju innebærer at spørsmålene er verken helt åpne eller helt lukkede, men at intervjuet styres av en intervjuguide som sirkler inn bestemte temaer og inneholder forslag til spørsmål med rom for improvisasjon (Kvale og Brinkmann, 2014).

I følge Charmaz (2017) er det nyttig med intervjuguider, spesielt for nybegynnere i kvalitativ forskning. Charmaz utdyper at en god intervjuguide kan bidra til at forskeren stiller åpne spørsmål, unngår ladede eller ledende spørsmål, timer spørsmålene sine og skifter emner på en logisk måte, samt at både intervjueren og den intervjuede styres i riktig retning. Intervjuguiden kan altså være til hjelp for å unngå fallgruver man lett kan havne i som uerfaren forsker.

Intervjuguiden ble dannet med utgangspunkt i disse prinsippene, der jeg lagde åpne spørsmål med rom for frie fortellinger og «tykke beskrivelser» (Geertz, 1973) fra foreldrene, som kunne gi en dyp innsikt i foreldrenes opplevelser, tanker, følelser, hensikter og handlinger. Spørsmålene ble delt inn i ulike temaer, med noen underkategorier og oppfølgingsspørsmål.

3.3 Dataproduksjon

Dette underkapittelet vil gjøre rede for forberedelsene, gjennomføring av intervjuene, utvalget og transkriberingen.

3.3.1 Forberedelser og rekruttering av informanter

I forberedelsen ble forskning på MST-CAN gjennomgått (se innledningskapittelet). Jeg leste også metodelitteratur og utarbeidet intervjuguide .

I samarbeid med lederen av MST-CAN-teamet i Bærum utarbeidet vi en oversikt over alle foreldre som har mottatt og avsluttet behandling i MST-CAN, og som hadde samtykket til fortsatt kontakt med MST-CAN etter avsluttet behandling. Det ble bestemt at de foreldrene som hadde blitt fratatt omsorgen for barnet etter MST-CAN-behandling, skulle utelukkes fra studien. Til tross for at denne gruppen kunne bidratt med verdifull kunnskap og utelukkelsen dermed begrenset hvilke erfaringer jeg kunne få tilgang på, ble denne beslutningen likevel tatt med bakgrunn i respekt for foreldrene, da jeg ikke ønsket å rippe opp i disse sårene.

I henhold behandling av personopplysninger, må det foreligge samtykke fra tredjepersoner dersom de er over 18 år. Da intervjuene handler om familien og behandlingsprosessen i MST-CAN, ville det være umulig at barna nevnes. Da det er tilstrekkelig med foreldres samtykke av barn under 18 år, ble det bestemt at kun foreldre med barn under 18 skulle inkluderes i utvalget.

I oversikten ble det satt opp fjorten foreldre, der det ble gjennomført en tilfeldig trekking av hvem som skulle få henvendelse om å delta i prosjektet. Med bakgrunn i prosjektets størrelse, satte jeg en begrensning på maks syv informanter.

De tilfeldig utvalgte foreldrene fikk deretter spørsmål om å delta i prosjektet. Dette ble gjennomført ved at MST-CAN-lederen tok kontakt med foreldrene på telefon, med spørsmål om samtykke til at jeg kunne kontakte dem for å informere om prosjektet og spørre om de

ønsket å delta. I tillegg fikk de tilsendt informasjonsskriv utarbeidet av meg (vedlegg D) på e-post fra MST-CAN-lederen. Der fikk de opplysninger om hva prosjektet handlet om, og hva det ville innebære å delta.

3.3.2 Utvalget

Det endelige utvalget bestod av totalt 6 foreldre. Blant disse var det 3 kvinner og 3 menn. 4 av dem ble intervjuet alene, mens to av dem var et foreldrepar som ble intervjuet sammen.

Informantene hadde totalt 10 barn under 18 år, hvor alle barna bodde hjemme hos informantene. De 4 som ble intervjuet alene, var alene om omsorgen for barna. Foreldreparet og den ene alenemoren hadde etnisk minoritetsbakgrunn, mens resten var etnisk norske.

Det ble innhentet begrenset informasjon om familiene for å ivareta personvern og konfidensialitet. Informasjon om dem som kommer fram i denne oppgaven, er kun basert på informasjon som foreldrene selv ga gjennom intervjuene.

Informantpresentasjon

Jeg har nedenfor valgt å gi en presentasjon av informantenes bakgrunn og aktuelle situasjon ved tidspunktet for henvisning til MST-CAN. Dette er for å plassere foreldrene i en kontekst som er relevant for min videre forståelse og tolkning av deres opplevelser. Informantene gis her fiktive navn.

«**Arild**» har høyere utdanning og fast arbeid i en privat virksomhet. Han er alene om omsorgen for to barn i ungdomsskole alder, etter å ha fått full omsorgsrett som følge av behandling om barnefordeling i tingretten. Ifølge Arild hadde det vært en barnevernssak i lang tid på grunn av konflikt mellom Arild og mor til barna, som handlet om en grunnleggende uenighet om barnas behov. Arild og mor hadde mottatt 4 ulike hjelpetiltak fra barneverntjenesten. Det ene var samarbeidsmøter med skole, PPT, helsesøster og barneverntjenesten. De tre andre tiltakene var ulike former for foreldreveiledning. Ingen av disse tiltakene fungerte og førte til en forverring av situasjonen. På et tidspunkt ble barna bortført av mor over en lengre periode. Ved hjelp av politi lyktes de med å finne barna, som var i god behold fysisk, men psykisk traumatiserte og med behov for psykisk helsehjelp. Arild selv hadde behov for hjelp til å håndtere krisen. Han beskrev seg selv som «ikke en typisk

MST-CAN klient», noe han begrunnet med at det var ikke han som hadde påført barna traumene, samt at han ikke var skyld i den aktuelle situasjonen.

«**Anna**» er alenemor til en gutt i barneskolealder og en eldre ungdom. Hun har høy utdanning, fast jobb og etnisk minoritetsbakgrunn. Anna hadde mottatt to ulike tiltak fra barneverntjenesten tidligere; besøkshjem for sønnen og foreldreveiledning. Årsaken til at familien ble henvist til MST-CAN, var mye krangling i hjemmet vedrørende lekser, og sjalusi mellom brødrene. Læreren hadde også sendt en bekymringsmelding til barnevernet etter en hendelse på skolen. Den yngste sønnen til Anna hadde fortalt at mor hadde sagt at hun skulle kaste han i søppelet. Anna har etnisk minoritetsbakgrunn og knytter noen av sine oppdragelsesmetoder til at dette var vanlig i hjemlandet, hun tenkte ikke over at dette var negativt for sønnens utvikling.

«**Mari**» er alenemor til en eldre ungdom. Mari har tidligere vært utenfor arbeidslivet over lengre tid på grunn av psykiske helseplager, men har nå begynt å jobbe deltid. Dette beskriver hun som følge av bedre psykisk helse etter behandlingen i MST-CAN. Maris psykiske helseplager var et resultat av et fengselsopphold i utlandet over flere år. Hun ble traumatisert som følge av isolasjonen og mishandling i fengselet. Ved tidspunkt for henvisning til MST-CAN var hun svært nedbrutt psykisk med depresjon, angst og slet med selvskadning. Sønnen hadde faglige utfordringer på skolen, og Mari strevde med å følge opp praktiske omsorgsoppgaver. Mari mottok ulike foreldreveiledningsmetoder som hjelpetiltak fra barneverntjenesten, med fokus på forbedring av samspill mellom Mari og sønnen. Mari opplevde veiledningen som irrelevant for de faktiske utfordringene. Da situasjonen ble ytterligere forverret, ble MST-CAN igangsatt.

«**Torgeir**» er alene om omsorgen for to barn i barneskolealder, fordi mor er syk og mye borte fra hjemmet. Torgeir har høyere utdanning, og fast jobb i en privat virksomhet. Torgeir hadde hatt kontakt med barnevernet over lengre tid på grunn av relasjonsutfordringer mellom han og den ene sønnen. Han hadde mottatt tiltak om besøkshjem og foreldreveiledning fra barneverntjenesten, hvor Torgeir ikke opplevde dette som nyttig. På grunn av mors sykdom, og at han var alene om alle oppgavene som kreves for å oppdra to barn, var Torgeir svært sliten. Dette resulterte i manglende rutiner i hjemmet, mye høylytt kjefting og roping til den ene sønnen, samt negativ kommunikasjon mellom dem. I tillegg hadde sønnen både faglige vansker og alvorlige atferdsvansker på skolen. Han ble tatt ut av ordinær undervisning fordi han var voldelig på skolen. På et tidspunkt hadde han fortalt læreren at han ble utsatt for vold

av far, og det ble sendt bekymringsmelding. Torgeir sier at han ikke hadde utsatt sønnen for vold, men mener heller at det fortalte noe om hvor ille relasjonen var; at dette var en måte sønnen ba om hjelp på. Både barnevernet og Torgeir selv innså at det måtte skje en endring raskt, og MST-CAN ble igangsatt.

«Josef og Miriam» er gift og foreldre til 3 barn i barnehage- og barneskolealder. De har etnisk minoritetsbakgrunn. Deres utdanningsbakgrunn ble ikke tematisert, men begge fortalte at de er i arbeid. Miriam hadde vært alene om omsorgen over flere år, da Josef var i fengsel i utlandet. Hun hadde mottatt kompenserende tiltak, samt foreldreveiledning fra barneverntjenesten over disse årene. Da Josef kom hjem fra fengselsoppholdet, var han mye sint. Han sa mye stygge ting til barna, og hadde manglende kontroll på temperamentet sitt. I tillegg var barna urolige, og de hadde skolevegning. På grunn av disse forholdene ble MST-CAN igangsatt.

3.3.3 Gjennomføring

Det ene foreldreparet ble intervjuet sammen, mens de 4 aleneforeldrene ble intervjuet individuelt. Det ble altså gjennomført totalt 5 intervjuer med 6 ulike informanter.

I telefonsamtalen der informasjon om prosjektet ble gitt fra meg til informantene, ble det avtalt tid og sted for gjennomføring av intervjuene. Informantene fikk velge tid og sted selv. Dette ble gjort for å gjøre det så enkelt som mulig for foreldrene å delta i studiet, i tillegg vurderte jeg at dette ville gjøre intervjuene bedre. To av intervjuene foregikk hjemme hos informantene, to på et grupperom ved mitt studiested OsloMet, og ett ble gjennomført på jobben til informanten.

Alle intervjuene ble utført av undertegnede i tidsrommet 28.01.-10.03.2020. Varigheten på intervjuene var på 48, 60, 70, 85 og 110 minutter ekskludert småprat før jeg startet med spørsmålene fra intervjuguiden. De fleste informantene hadde ikke rukket å lese informasjonsskrivet. Jeg startet derfor intervjuene med å gå gjennom dette, slik at informantene forstod hva det innebar å delta, og eventuelle spørsmål de hadde, ble besvart. Jeg informerte også om at jeg ikke hadde noen tilknytning til MST-CAN-teamet. Jeg opplyste også om at jeg hadde taushetsplikt. Videre forsikret jeg at konfidensialiteten til hver enkelt informant ville bli ivaretatt. Det ble også presisert at frivillighet var en viktig forutsetning, samt at informantene kunne avbryte intervjuet eller la være å svare på spørsmål dersom de

ønsket det. Videre ba jeg om tillatelse til å benytte båndopptager under intervjuene, hvor det ble gitt samtykke til dette fra samtlige informanter.

Intervjuguiden (vedlegg C) ble brukt som en huskeliste under intervjuene. Noen av informantene hadde relativt fyldige svar på de første spørsmålene, der de kom inn på temaer som jeg hadde lenger ned i intervjuguiden. Da målet var å legge til rette for at informantene fikk fortelle mest mulig åpent, fortsatte jeg med spørsmål som inviterte til refleksjon og fyldigere svar på det informanten selv bragte inn i intervjuet så lenge det var relevant og innenfor de temaene jeg hadde på intervjuguiden.

For å oppnå dette var jeg bevisst på å ikke forstyrre informanten i tankerekken, men ga informanten tid til å tenke. En strategi var å unngå å ta ordet selv om det ble stille, samt unngå å legge ord i munnen på informanten dersom han eller hun strevde med å formulere seg. Ofte var det nok at jeg viste interesse for det som ble fortalt ved å gi en respons i form av et nikk, smil eller kommentarer som «mhm», «ja» osv. Dersom informanten «stoppet opp» og jeg oppfattet at han/hun trengte en retning fra meg for å fortsette benyttet jeg meg av oppfølgingsspørsmål, oppsummerende spørsmål eller fortolkende spørsmål. Dette er en teknikk som Kvale og Brinkmann (2014) har beskrevet, som kan styrke kvaliteten på intervjuet.

Jeg mener at dette fungerte godt, fordi det førte til at informanten kom med fyldigere svar og mer refleksjoner. Strategien førte også til at rekkefølgen på intervjuguiden var forskjellig fra intervju til intervju, men alle temaene ble likevel dekket, fordi jeg sørget for å bringe usnakkede tema fra intervjuguiden på banen. Strategien ble også bedre og mer smidig for hvert intervju, da jeg fikk intervjuguiden mer «under huden».

Ved et par tilfeller under intervjuene glemte jeg meg, der det ble stilt ledende spørsmål. Det var også noen tilfeller hvor jeg kunne fulgt opp med mer spørsmål slik at temaet de snakket om kunne ha blitt utdypet. Dette dreier seg om bare et par tilfeller, og intervjumaterialet bærer ikke preg av dette i stor grad.

Alle informantene ble spurt om de hadde noe å tilføye på slutten. Her kom det ikke frem så mye nytt, men de ble poengtert hva de selv mente var viktig.

3.3.4 Transkribering

I forkant av transkriberingen satte jeg noen begrensninger og kriterier for hvilken informasjon som skulle regnes som data og transkriberes. Jeg valgte å kun ta med ord og verbale utsagn fra intervjuene, fordi materialet ville blitt kaotisk og uoversiktlig dersom kremting, kroppsspråk og lignende også hadde blitt notert. Intervjuene ble skrevet i bokmålsform, og ordrett slik informantene formulerte sine utsagn.

Transkriberingen ble gjort i løpet av en intensiv uke etter at alle intervjuene var gjennomført. Lydopptakene ble spilt av og pauset ord for ord, mens jeg noterte samtidig. Til slutt utgjorde det totalt 65 transkriberte sider med standard skriftform.

3.4 Analyseprosessen

Gjennom analyse forsøker forskeren å finne mening i datamaterialet (Järvinen og Mik-Meyer, 2016). Det finnes en rekke verktøy og metoder for å analysere, gjennomgå det innsamlede datamaterialet og diskutere hvilke svar på forskningsspørsmålet datamaterialet kan gi. I denne oppgaven ble tematisk analyse valgt som metode for analyse av datamaterialet, med en abduktiv tilgang til data og teori, som tidligere beskrevet. Uavhengig av analysemetode er det også ulike tolkningsnivå som kan betraktes som analytiske verktøy, og som jeg fant hjelpsomt for å forstå data og hva jeg kunne «få ut av dem». Kvale og Brinkmann (2014) peker på at vi fortolker intervjuet på tre nivåer: Det første er selvforståelse, som sammenfatter hva informanten sa og hvordan forskeren forstår dette. Det andre er et 'common sense'-nivå, der forskeren gjør en almen fortolkning som går utover informantens egen forståelsesramme. Så følger det teoretiske forståelsesnivået, hvor forskeren trekker inn teori og bruker det som ramme for å tolke og forstå intervjudataene.

3.4.1 Tematisk analyse

Ifølge Johannesen, Rafoss og Rasmussen (2018) er tematisk analyse en teoriuavhengig tilnærming, og gir forskeren en oppskrift på hvordan man kan gå frem for å analysere datamaterialet. Tematisk analyse gir ingen føringer for hva man skal se etter i analysen, utover at man skal se etter temaer i datamaterialet. Tema defineres som en gruppering av data med viktige fellestrekk. Disse grupperingene utgjør analysens kategorier. En slik kategoriseringsprosess kan bidra til å skape orden i dataene slik at det blir lettere å få oversikt

over innholdet og rapportere det, samtidig som kategoriseringen identifiserer nye sammenhenger i dataene som en ellers ikke ville sett (Johannessen et. al., 2018).

Datamaterialet for denne studien fremstod som kaotisk, fordi jeg gjennomførte semistrukturerte intervjuer med en fleksibel intervjuguide. Jeg valgte å bruke tematisk analyse fordi det fremstod som en god, grundig og systematisk oppskrift for å få oversikt over materialet på. I analyseprosessen fulgte jeg oppskriften på tematisk analyse som Johannesen et.al (2018) har revidert etter psykologene Virginia Braun og Victoria Clarke; forberedelse, koding, kategorisering og rapportering.

I **forberedelsen** ble datamaterialet skaffet til veie, og jeg dannet meg en oversikt over dataene. Etter hvert intervju noterte jeg en kort oppsummering av hva vi hadde snakket om, og hvilke assosiasjoner jeg fikk. Etter at transkriberingen av intervjuene var gjennomført, leste jeg over dokumentet flere ganger, og noterte ned hvilket helhetsinntrykk jeg hadde for hvert intervju.

Deretter **kodet** jeg datamaterialet, ved å gå igjennom intervjumaterialet og fremheve viktige poenger i data med fargemarkering. Jeg noterte også oppsummeringer av informantens utsagn i marginen.

I neste fase ble data **kategorisert**. Her gikk jeg gjennom det kodede datamaterialet, samt alle stikkordsoppsummeringer. Jeg spurte meg selv om hva de ulike poengene i datamaterialet handlet om, og markerte dem med fargekoder etter følgende kategorier;

Hvordan informanten fikk informasjon om MST-CAN, bakgrunn, tidligere hjelpetiltak, aktuell situasjon ved oppstart, aktuell situasjon under behandling, informantens konkrete hjelpebehov, mål for behandlingen, komponenter i MST-CAN og hvordan de arbeidet med utfordringene, brukermedvirkning, identitet og selvforståelse, informantens meninger om MST-CAN, relasjon til terapeut, beskrivelse av terapeuten, avslutningsprosess og utfall.

Deretter samlet jeg det alle informantene hadde sagt om hvert tema i et nytt dokument. Det ble tydelig at noen kategorier ble svært vide og inneholdt mye data, mens andre ble for snevre. Jeg slo sammen kategoriene «aktuell situasjon under behandling» med «komponenter i MST-CAN og hvordan de arbeidet med utfordringene». I tillegg ble «identitet og selvforståelse» slått sammen med «informantens konkrete hjelpebehov». Dette ble gjort fordi innholdet var knyttet sammen. «Komponenter i MST-CAN» ble delt inn i to kategorier fordi

den inneholdt mye data, og jeg hadde behov for å få oversikt over dette. Kategoriene ble disse; «behandling av foreldrenes psykiske helseutfordringer» og «helhetlig familiebehandling».

Deretter skrev jeg første utkast til **rapportering**, hvor jeg rapporterte temaene og deres innhold. Etter at utkastet var ferdig, ble jeg oppmerksom på at temaene i det første utkastet lå for tett opp til temaene i intervjuguiden, og at det bar preg av en deskriptiv gjenfortelling av data. Dette kan forklares med at intervjuguiden la føringer for hvilke tema vi snakket om, samtidig kan intervjuguiden ubevisst ha gitt meg noen «briller» som jeg kategoriserte ut ifra. Innholdet i utkastet til rapportering hadde heller ingen tydelig forskerstemme som svarte på studiens problemstilling. Jeg forstod derfor at det var behov for å analysere datamaterialet mer grundig ved å sammenstille og sammenligne nyanser og forskjeller i informantenes utsagn.

På dette tidspunktet hadde jeg kun den åpne problemstillingen «*Hva kjennetegner foreldrenes opplevelser med behandlingsprosessen i MST-CAN?*». Jeg valgte å operasjonalisere problemstillingen i to forskningsspørsmål 1) «*Hvordan opplevde foreldrene MST-CAN som et hjelpetiltak?*» og 2) «*Hvilke endringer har foreldrene opplevd?*» som et ledd i å fokusere den videre analysen tettere på min problemstilling og formål med studien.

Deretter gikk jeg gjennom alt datamaterialet på nytt; utkastet til rapportering, det kodede intervjumaterialet og rådataene. Først analyserte jeg materialet drevet av forskningsspørsmål 1. Dette erfarte jeg som fruktbart, da det ble lettere å gjøre en tolkning når jeg hadde et spørsmål å svare på. Jeg fant totalt 8 hovedtema som var dekkende for foreldrenes erfaringer med MST-CAN som et hjelpetiltak; *Foreldrene opplevde at de trengte hjelp; Medvirkning innenfor metodens ramme; Relasjonell og trygghetsskapende behandlingsprosess; Terapeuten som faglig kompetent; Skreddersydd behandling i en evidensbasert metode; Helhetlig intervensjon og tett oppfølging; Høyt sikkerhetsfokus; Manglende involvering av barnet.*

Deretter gikk jeg på nytt igjennom det første utkastet til rapportering, det kodede intervjumaterialet og rådataene, med forskningsspørsmål 2 som fokusområde i analysen. Her identifiserte jeg det 3 hovedtema som informantene trekker frem som endringer de har oppnådd: *Bedre psykisk helse; Mestring av foreldrerollen; Positiv utvikling hos barna.*

Etter hver analyse drevet av forskningsspørsmålene, samlet jeg alt som informantene hadde sagt om hvert tema i et nytt dokument hvor jeg rapporterte innholdet i temaene, samt nyanser, likheter og forskjeller ved informantenes uttalelser under hvert tema.

Denne beskrivelsen illustrerer hvordan kvalitativ analyse og en abduktiv tilgang innebærer et møysommelig arbeid der jeg måtte gå frem og tilbake mellom stegene i analyseprosessen og analysere flere ganger. Jeg erfarte at dette var fruktbart, da det første utkastet bar preg av en passiv og deskriptiv gjenfortelling av data. Ved å gjøre flere runder med analyse ble det mer tydelig hva som var sentrale hovedfunn, og hva som var likheter, motsetninger og spenninger i dataene.

3.5 Forskningsetiske hensyn

Denne studien omhandler sårbare tema, og det var derfor viktig å ta etiske hensyn både ved databehandlingen og i intervjusituasjonen.

3.5.1 Databehandling

I forskning kan man behandle personopplysninger dersom det er innhentet gyldig samtykke fra personen eller personene det gjelder (helseforskningsloven kapittel 4; personopplysningsloven § 10; Datatilsynet, 2020). For at et samtykke skal være gyldig, må det være frivillig, informert, dokumenterbart og mulig å trekke tilbake (Datatilsynet).

Før det foretas behandling av personopplysninger, er det en rådføringsplikt i forhold til om behandlingen vil oppfylle alle kravene i personvernforordningen og øvrige bestemmelser fastsatt i eller med hjemmel i personopplysningsloven (personopplysningsloven § 9, andre ledd). Norsk senter for forskningsdata (NSD) er definert som rådgivningsinstans for behandling av personopplysninger i samfunnsforskning.

I samarbeid med veileder ble det vurdert at prosjektet måtte meldes til Norsk senter for forskningsdata (NSD), da studien skulle behandle personopplysninger; lydopptak av personer fra intervju. (vedlegg A). Intervjuguiden (vedlegg C), som ga en indikasjon på hva intervjuene skulle handle om, ble lagt ved som vedlegg. NSD vurderte at behandlingen av personvernopplysninger i prosjektet ville være i samsvar med personvernlovgivningen så

fremt den gjennomføres i tråd med det som ble dokumentert i meldeskjemaet, og godkjente derfor prosjektet (vedlegg B).

Alle persondata har gjennom forskningsprosessen blitt anonymisert og oppbevart på et dokument med kryptert passord, og dette vil bli slettet ved prosjektslutt.

Jeg har lagt vekt på at informantene ikke skal kunne gjenkjennes gjennom forskningsdataene. Det er ikke mulig å anonymisere hvor informantene er bosatt, da MST-CAN kun er etablert som et hjelpetiltak i Asker og Bærum kommune. Det er imidlertid mulig å anonymisere informantene, hvor jeg har gjort dette ved å gi dem et fiktivt navn. I oppgaven blir sitater fra informantene gjengitt på bokmål, og ikke deres dialekt. Jeg har heller ikke beskrevet miljø, boliger, området der de bor.

3.5.2 Intervjusituasjonen

Informantens reaksjoner, og hva informanten velger å fortelle, påvirkes av hvordan intervjueren fremstår (Kvale og Brinkman, 2014). Selv om en aldri kan gi noe sikkert svar på hvilken betydning dette samspillet har, vil det være viktig å reflektere over hvilke forhold som kan prege relasjonen mellom intervjuer og informant.

Med utgangspunkt i at informantene ble intervjuet om intime og personlige tema, var jeg opptatt av å ta hensyn ved å vise følsomhet ovenfor informantene. Dette gjorde jeg ved å bruke aktiv lytting, tåle lengre pauser med stillhet, vise interesse med blikket, og unngå avbrytelser mens de snakket. Jeg tydeliggjorde også at de kunne velge å ikke svare på spørsmål dersom de opplevde dem som ubehagelige. Jeg var i tillegg varsom ved å tilpasse meg informantenes stemningsleie. I det ene intervjuet ble informanten lei seg, der jeg anerkjente gyldigheten av informantens følelsesmessige tilstand. Det siste punktet er ikke en del av forskerrollen, men av etiske hensyn vurderte jeg at dette var nødvendig for informantens opplevelse og tillitsprosess i intervjuet.

3.6 Studiens troverdighet

Innenfor samfunnsvitenskapene diskuteres troverdigheten, styrken og gyldigheten av resultater fra forskning som regel i sammenheng med begrepene validitet, reliabilitet og generaliserbarhet (Kvale og Brinkmann, 2014, s. 246). I kvalitativ forskning forstås disse begrepene på en annen måte enn i kvantitativ forskning der statistisk generalisering er et

primært mål. Innenfor kvalitative og fortolkende metoder brukes også begrene troverdighet, gyldighet, pålitelighet, bekreftbarhet, overførbarhet, når man skal vurdere en kvalitativ studie. Innholdet i disse begrene er kryssende og noen ganger synonyme. For ordens skyld velger jeg derfor to begrep videre, troverdighet og gyldighet. Validitet handler om det er en intern logikk og sammenheng gjennom hele forskningsprosjektet i forhold til problemstilling, utforming, funn og drøfting. Troverdighet handler om i hvilken grad dataproduksjon, analyse og rapportering er gjennomført på en grundig og tillitsvekkende måte, som igjen avgjør om kvaliteten er god (Tjora, 2017).

I Kvalitativ forskning er forskeren en aktiv deltaker i kunnskapsproduksjonen, både når det gjelder å skape data, i den videre analysen og fortolkningen av data i lys av teori. Dette innebærer at mine perspektiver, erfaringer og forforståelser kan påvirke forskningsprosessen. Man kan ikke sikre seg mot egne bidrag i en forskningsprosess, men gjennomsiktighet i forhold til eget ståsted er et viktig prinsipp for å minimere personlige bias (Risjord, 2014) og øke studiens troverdighet.

Som beskrevet innledningsvis under kapittelet om bakgrunn for valg av forskningsspørsmål, hadde jeg en faglig interesse for MST-CAN, og hadde en positiv innstilling til metoden. I tillegg var jeg ansatt som saksbehandler i Bærum barneverntjeneste mens forskningsprosjektet foregikk. En problemstilling jeg måtte forholde meg til, var i hvilken grad disse erfaringene og interessene kunne påvirke både intervjusituasjonen og fortolkningen av materialet. Det er visse «briller» og forforståelser man har med seg etter mange år i praksis, og man kan ikke være objektiv. For min del var det til hjelp at jeg var nysgjerrig på foreldrenes erfaringer, da dette ikke hadde blitt forsket på enda. Jeg hadde derfor liten grad av «forforståelse» på studiens tema. Jeg måtte bevisstgjøre meg selv på at jeg skulle møte informantene som forsker, og ikke som saksbehandler. For meg var det til god hjelp å lese metodelitteratur for å innta forskerrollen, da det bidro til å skape en analytisk distanse. Jeg har ikke en formell tilknytning til Bærum kommune som arbeidstaker ved innlevering av dette prosjektet, og har ikke noen forpliktelser som kan påvirke studiens forskningsdesign, tolkning og presentasjon av funn.

3.6.1 Studiens begrensinger

Informantenes opplevelser slik de ble fortalt i intervjuet, er basert på deres hukommelse, og det er derfor risiko for at deres fortellinger ikke tegner et nøyaktig bilde av hvordan de faktisk

opplevde behandlingen. Noen av informantene hadde nylig avsluttet behandlingen, mens for andre var det 2-3 år siden de hadde avsluttet. Fordi hukommelsen ofte er selektiv, kan det hende at de har glemt ting. Intervjuing av foreldre før og etter behandling er et eksempel på noe som kunne ha styrket datagrunnlaget. Samtidig er dette vanskelig å få til på et masterprosjekt grunnet begrenset tid og ressurser.

En annen begrensning ved denne studien er knyttet til hvilke opplevelser med MST-CAN jeg fikk tilgang til. For det første var utvalget relativt lite, og intervjuing av flere foreldre kunne ha gitt mer bredde i erfaringene. Videre er opplevelsen om den terapeutiske alliansen kun hentet fra bare én kilde. Intervjuing av terapeutene kunne ha gitt et annet perspektiv på dette. Samtidig var ikke formålet med studien å undersøke terapeutenes opplevelser med den terapeutiske alliansen. Videre var alle informantene overveiende positive til MST-CAN. Fraværet av negative opplevelser kan ha en sammenheng med at et kriterium for rekrutteringen var samtykke hos foreldre til fortsatt kontakt med MST-CAN etter avsluttet behandling. Foreldre som hadde mistet omsorgen for barna ble ikke inkludert i rekruttering til utvalget av etiske hensyn. Det kan antas at dette har hatt konsekvenser for hvilke opplevelser med MST-CAN jeg fikk tilgang til, hvor dette kan ha ført til en positiv bias i datagrunnlaget der jeg i liten grad har fått tilgang på negative opplevelser. En annen årsak til dataenes mangel på negative opplevelser, kan handle om at foreldrene fikk en nær relasjon til terapeutene og derfor følte på en lojalitet ovenfor dem. Dette kan ha bidratt til at de fremhevet det positive.

Videre er det en begrensning at informasjon om endring kun er hentet fra foreldrenes perspektiv. Dersom dette hadde blitt supplert med statistiske mål og tall hadde det gitt større grad av validitet. Samtidig er ikke formålet med denne studien å undersøke effekten av MST-CAN, da fokuset er rettet mot foreldrenes opplevelser og deres subjektive erfaringer med MST-CAN.

En styrke ved studien er at kjønnsfordelingen i utvalget er balansert, der halvparten er menn og halvparten er kvinner. Balansen mellom etnisk norske og etniske minoriteter var også 50/50. Videre er det en styrke at det er heterogenitet i utvalget når det gjelder sosioøkonomisk bakgrunn, der både høyt utdannede informanter med prestisjejobber og informanter med lavere sosioøkonomisk status ble representert.

4 Resultat

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra intervjumaterialet, og gi et svar på problemstillingen; «*Hva kjennetegner foreldrenes opplevelser med behandlingsprosessen i MST-CAN?*». Jeg har valgt å la mine forskningsspørsmål strukturere presentasjonen av funnene: 1) Hvordan opplevde foreldrene MST-CAN som et hjelpetiltak? 2) Hvilke endringer har foreldrene opplevd?

Kapittel 4.1 vil presentere foreldrenes opplevelser av tiltaket, og kapittel 4.2 vil presentere hvordan foreldrene selv mener tiltaket har ført til endring, både av dem selv som forelder og hvordan familierelasjonene har endret seg. Informantenes bakgrunn og aktuelle situasjon ved oppstart av MST-CAN ble presentert i metodekapitlet, og dette vil ikke bli gjentatt her med mindre jeg vurderer det som betydningsfullt for å forstå informantens syn.

4.1 Foreldrenes opplevelse av MST-CAN som et hjelpetiltak

Felles for alle informantene er at de var tilfredse med MST-CAN-behandlingen. Mari var overrasket over at det er mulig å få så god hjelp av kommunen, og fortalte at hun har stor tro på metoden. Josef og Miriam beskrev at de hadde en veldig god opplevelse av behandlingen i MST-CAN, og var glade for at de hadde fått hjelp. Arild beskrev at MST-CAN behandlingen var helt super, og at det var «fantastisk» å få hjelp fra dem. Anna fortalte at både hun og sønnen var veldig fornøyde med MST-CAN, og at de hadde en god opplevelse. Torgeir fortalte at han har et veldig bra helhetsinntrykk av MST-CAN, samt at han er glad for at han fikk hjelp av dem.

Under analysen av datamaterialet, fant jeg at foreldrenes opplevelser var knyttet til 1) selvforståelse og erkjennelse av hjelpebehov, 2) relasjon til terapeuten og 3) trekk ved selve metoden. Jeg kom frem til følgende temaer; Foreldrene opplevde at de trengte hjelp; Medvirkning innenfor metodens ramme; Relasjonell og trygghetsskapende behandlingsprosess; Terapeuten som faglig kompetent; Skreddersydd behandling i en evidensbasert metode; Helhetlig intervensjon og tett oppfølging; Høyt sikkerhetsfokus.

Informantene var som sagt overveiende positive, men én av dem nevnte allikevel en ting som han opplevde som en barriere; Mangelfull involvering av barnet. Jeg lar disse temaene strukturere min videre presentasjon av funnene.

4.1.1 Foreldrene opplevde at de trengte hjelp

Arild fortalte at han hadde en «klassisk kjønnsrolle» og trengte hjelp til å forbedre sin mentaliseringsevne og emosjonelle kompetanse, særlig med tanke på at han nå var alene med barna og at de hadde særskilte omsorgsbehov fordi de var traumatiserte etter å ha vært bortført over lengre tid. I tillegg hadde de behov for hjelp til å normalisere hverdagen. De trengte tett oppfølging og tilrettelegging for å begynne på skolen igjen, og Arild trengte tett oppfølging og hjelp for å håndtere krisen. Arild fortalte at han ikke så på seg selv som en «typisk MST-CAN-klient». Han mente også at det var lettere for han enn andre foreldre å samtykke til tiltaket, siden han selv ikke hadde skyld i situasjonen som hadde oppstått. Samtidig var han åpen for all type hjelp som familien kunne få, siden det var en krisesituasjon.

Anna hadde behov for å lære nye måter å være forelder på, og beskrev følgende; «*jeg fant ikke en vei inn til sønnen min, og trengte hjelp*». Hun hadde behov for å lære gode metoder for grensesetting, samt forbedre relasjonen mellom henne og sønnen. Anna var positiv til barneverntjenestens forslag om å igangsette MST-CAN.

Mari hadde et stort behov for psykisk helsehjelp til seg selv og avlastning for sønnen. Mari takket ja med en gang hun fikk tilbud om MST-CAN, da hun hadde tro på at tiltaket kunne hjelpe henne.

Torgeir trengte hjelp til å forbedre relasjonen mellom han og den ene sønnen som var veldig vanskelig; «*Relasjonen var så dårlig at vi kom ingen vei med noe, og alt var negativt hele veien*». Torgeir beskrev at han hadde kunnskap om hva som skulle til for å forbedre relasjonen til sønnen, men problemet var manglende gjennomføringsevne. Han hadde erfart at det fungerte å ha rutiner, og ikke kjefte og skrike. Samtidig klarte ikke Torgeir å være på denne måten hele tiden, og trengte derfor hjelp til å øke frustrasjonsterskelen og gjennomføringsevnen. Arild trengte også hjelp til å få sønnen til å fungere på skolen, som på tidspunktet for inntak ved MST-CAN var tatt ut av ordinær undervisning på grunn av voldelig atferd. Torgeir fortalte at han syntes at ordlyden på MST-CAN hørtes «voldsomt og absurd» ut, da det står for Child Abuse and Neglect. Torgeir mente at det høres ut som at man er barnemishandler dersom man får dette tiltaket, noe han ikke kjente seg igjen i. Torgeir hadde en god relasjon til saksbehandleren, og stolte på at det var for å hjelpe familien. Han fikk også

tillit til at MST-CAN var et bra opplegg da han hadde et møte med dem hvor behandlingsmodellen ble presentert, og ble derfor motivert til å starte behandlingsprosessen.

Josef fortalte at han trengte hjelp til å kontrollere aggresjon og sinne. Miriam fortalte at hun hadde behov for å lære grensesetting. Josef og Miriam var først litt skeptiske til MST-CAN, da de hadde hørt mye negativt i miljøet og avisene, men de utdypet ikke hva dette handlet om. Da barnevernet trygget dem på at MST-CAN kunne hjelpe dem, stolte de på dette, og samtykket til å starte behandlingsprosessen.

Felles for informantene var at de erkjente selv at de var i behov av profesjonell hjelp. Anna og Mari var positive da MST-CAN ble foreslått, og ønsket å få hjelp fra dem. Torgeir og Arild identifiserte seg ikke med målgruppen for tiltaket. Torgeir hadde derfor behov for å bli trygget på at tiltaket passet til han og familiens situasjon før han bestemte seg for å samtykke, da han ikke anså seg selv som en «barnemishandler». For Arild var det motsatt; han samtykket til behandling i visshet om at det var ikke han som var skyld i situasjonen de sto i. Det var mor som hadde påført barna skade, dermed virket det lettere for han å samtykke til behandlingen. Josef og Miriam hadde også behov for å bli trygget, hvor dette var basert på noe de uttalte som «skepsis i miljøet». Felles for alle var at de var motiverte og klare for å ta imot hjelp da behandlingen ble igangsatt.

4.1.2 Medvirkning innenfor metodens ramme

Alle informantene fortalte at de hadde lovpålagte formelle evalueringer med MST-CAN og saksbehandleren hver 3. måned, hvor progresjonen i behandlingen ble vurdert, samt at det ble satt formelle målsettinger. Flere av informantene fortalte også at det ble satt løpende målsettinger mellom disse evalueringene, samt at de fikk medvirke i målsettingen.

Arild fortalte at det var løpende samarbeid og en åpen dialog med MST-CAN der de diskuterte seg frem til hvordan ting skulle gjøres. Informanten opplevde at terapeuten hadde mye kompetanse, og han var enig i forslagene og rådene hun kom med. Det ble gjort løpende vurderinger underveis, og framdriften i forhold til målene for behandlingen var hele tiden oppe som tema. Arild beskrev dette som positivt for prosessen, da det førte til en rask utvikling.

Terapeuten ga tilbakemeldinger til Anna underveis i behandlingsprosessen. Når det ble foreslått nye mål, fikk Anna være med å bestemme. Hun opplevde dette som positivt og at hennes stemme ikke bare ble hørt, men at det hun kom med, hadde reell virkning.

Mari beskriver at hun opplevde å ha medvirkning, i form av at de spurte om hennes meninger om forslag de kom med. Samtidig opplevde Mari at det var MST-CAN som bestemte, og at hun ikke kunne ha påvirket prosessen til en fordelaktig måte for henne selv, da det ville vært destruktivt og resultert i ingen endring. Mari fikk også jevnlig tilbakemeldinger underveis.

Torgeir opplevde ikke å ha medvirkning i hvordan selve rammeverket for behandlingen skulle være, men hadde mye medvirkning når de jobbet med de konkrete problemene. Han beskriver at han fikk være med å bestemme hva det var mulig å gjøre noe med i forhold til hans egen atferd, og hvilke rutiner de skulle jobbe med. Torgeir beskriver at det sikkert hadde blitt nedstemt hvis han hadde foreslått noe som var «helt idiotisk».

Josef og Miriam fortalte at de opplevde å ha et godt samarbeid med terapeuten, der de lagde en plan for behandlingen sammen. Josef og Miriam ba spesifikt om å få muntlige tilbakemeldinger hvis de hadde gjort noe feil, slik at de kunne få mulighet til å gjøre det riktig. De ønsket ikke å få dette i skriftlig form. Josef beskriver at det ikke var slik at de ikke ønsket å gjøre ting riktig, men at «kultur av og til kommer og krasjer», og at de da måtte få veiledning. Det ble gjennomført møter med barneverntjenesten og MST-CAN en gang i måneden for dette formålet, i tråd med Josef og Miriam sitt ønske. Noen ganger var Josef og Miriam uenige hvis de fikk en negativ tilbakemelding. Men da MST-CAN-veilederen forklarte hvorfor han mente det var feil, så endret Josef og Miriam mening. De beskriver dette som en god dialog som fungerte bra.

Informantene synes å ha en opplevelse av å bli hørt og anerkjent på sitt syn på behandlingen, prosessen og eventuelle justeringer underveis. De beskriver at de ikke kunne innvirke på selve modellen, men at de kunne komme med innspill på de konkrete utfordringene de jobbet med. Mari er den som uttrykker at hun likevel opplevde at det var MST-CAN-teamet som hadde «siste ordet». Samtidig forstår hun det ut ifra hennes situasjon der hun erkjenner at hun var syk og ikke alltid i stand til å gjøre gode valg. Torgeir tror heller ikke at medvirkningen er «grenseløs», han tror behandlernes syn ville trumfe brukerens i kritiske situasjoner. Josef og Miriam konkretiserer dette når de forteller om uenighet mellom dem og teamet: De sier at gjennom dialog og drøfting med teamet skiftet de mening.

4.1.3 Relasjonell og trygghetsskapende behandlingsprosess

Alle informantene trakk frem at de fikk en god relasjon til terapeuten, samt at dette var betydningsfullt for deres egen endringsprosess og trygghet i behandlingen. For meg stod dette frem som et sentralt hovedfunn etter at jeg var ferdig med intervjuene. Noen av informantene trakk en kobling mellom terapeutens personlige egenskaper og god relasjon, og noen la vekt på terapeutens profesjonalitet som viktig for at de fikk tillit og en god relasjon. Josef og Miriam la vekt på at det var viktig med en gjensidig kulturell forståelse mellom dem og terapeuten i relasjonsutviklingen.

Mari opplevde at terapeuten genuint brydde seg om henne, og at det kom fra hjertet;

«Når jeg fortalte henne om ting som har vært vanskelig for meg, så hadde hun tårer i øynene. Og jeg så at hun skjønnte at det hadde vært tøft. Og det å se at hun brydde seg, det var så viktig for meg ...for oss som har de problemene og sliter med det, så er det så viktig å se at de er mennesker. Det at hun viste følelser, var en av de sterkeste og fineste tingene ved henne».

Mari mottok traumeterapi som en del av behandlingen, noe hun opplevde som vanskelig og utfordrende. Det var ting hun ønsket å legge lokk på ovenfor terapeutene fordi hun skammet seg. For at det skulle skje en endring måtte hun åpne seg, og hun måtte la MST-CAN få innsyn i alt. Mari erfarte at både terapeuten og miljøterapeuten hadde gode intensjoner, og at hun derfor ble trygg på dem etterhvert og tryggere i prosessen med traumeterapi. Mari beskrev en situasjon i denne relasjonsprosessen;

«... jeg prøvde å komme meg unna fordi det var ubehagelig. Jeg er sånn som avlyser, unngår ting, sier at jeg er syk når jeg har det vanskelig. Og til slutt skjønnte de hva jeg drev meg, og da sa de at de ville komme til meg i stedet. De banket på døra, satt seg ned utenfor og ventet til jeg åpnet. De visste at jeg var her, og de ville vite om jeg hadde det bra. Og når jeg slapp dem inn til slutt, så var de der og jeg fikk en klem. Jeg følte ikke at de presset meg, jeg følte at de var der for meg og brydde seg. Det fungerte veldig fint sånn som de gjorde»

Mari opplevde at både terapeuten og miljøterapeuten var tydelig og direkte i kommunikasjonen når hun ble konfrontert med ting. Dette syntes hun var fint, da hun er en direkte person selv. Samtidig var det enkelt å forholde seg til, da hun visste konsekvensene. Mari erfarte at konfrontasjoner ble gjort med mye respekt og omsorg, og hun opplevde at

deres intensjoner var å veilede henne inn på riktig spor. Hun sammenlignet terapeuten og miljøterapeuten med omsorgsfulle foreldre som setter grenser. Dette kan tolkes som at terapeuten klarte å balansere korreksjoner og konfrontasjoner uten at Mari følte seg kritisert eller mislykkes.

Anna fortalte at terapeuten ble en god venn. Hun opplevde at det var lett å prate med terapeuten, da han var forståelsesfull og hadde en positiv innstilling. Terapeuten ga henne ikke en følelse av at hun er en dårlig mor, men hjalp henne til å styrke troen på seg selv som mor. Anna fortalte også at sønnen «godkjente» terapeuten med en gang, og at dette var en stor overraskelse for henne da han vanligvis bruker litt tid på å åpne seg. Sønnen ville helst prate om ting som var morsomt, men terapeuten var god til å «gå ned på hans nivå». Dette fungerte bra.

Arild opplevde terapeuten som en «fantastisk god støtte». På grunn av hyppigheten, så ble det en tett relasjon både mellom terapeuten og Arild, og mellom terapeuten og barna. Hun var ikke bare en terapeut for dem, men også en de ble glad i; Arild uttrykker det som at terapeuten ble «en del av familien». I tidligere hjelpetiltak hadde han opplevd at de profesjonelle var mindre personlige, og ikke så «investert» i dem som personer, men det mente han terapeuten i MST-CAN var. Derfor var dette en god erfaring.

Tillitsprosessen mellom terapeuten og barna til Arild tok noen uker, fordi barna hadde blitt fortalt at barnevernet ikke hadde gode hensikter. Etterhvert som barna ble trygge og fikk tillit til henne, spurte de ofte hva hun mente om ulike ting, og hennes mening ble viktig for dem. Ifølge Arild opplevde barna at terapeuten var en de kunne stole på, og at de brydde seg gjensidig om hverandre.

Arild beskrev seg selv som litt firkantet og opptatt av regler, og at terapeuten var annerledes enn han. Arild hadde mange adjektiver i beskrivelsen av henne; fantastisk person, fornuftige holdninger, pragmatisk, naturlig, autentisk, annerledes, romslig, tilpasningsdyktig, sosialt oppegående, klar og tydelig. Han opplevde annerledesheten som befriende, da terapeutens egenskaper førte til at det ble en dynamisk prosess både i relasjonen og i arbeidet med problemene. Arild reflekterte over at relasjonen til terapeuten også gjorde at han fikk nye perspektiver på seg selv, der han klarte å tre ut av «den klassiske kjønnsrollen». Han trakk også frem at det var positivt for barna å bli eksponert for en dame med denne personligheten, og beskrev henne som en god rollemodell.

Torgeir hadde til sammen tre terapeuter, fordi den første ble sykemeldt 5 måneder inn i behandlingen. Han fikk deretter en vikarterapeut som jobbet med han i et par uker, før de måtte bytte på nytt. Relasjonen til de to som han hadde lengst ble veldig bra og Torgeir fikk mye tillit til dem. Han uttalte følgende;

«Jeg tenker at det har alt å si at man får en bra relasjon til terapeuten, for hvis ikke fungerer det ikke».

Torgeir var veldig skeptisk i utgangspunktet til den tredje terapeuten, fordi han måtte bytte for andre gang. Dette resulterte i at han ikke følte seg like avslappet med henne fordi han ble selvbevisst og tenkte mye over alt han sa i startfasen. Etter 2-3 uker gikk det bedre, og de fikk en god relasjon. For Torgeirs tillits- og relasjonsprosess hadde det hadde mye å si at terapeutene hadde en genuin væremåte, at de trodde på det han fortalte og hadde respekt for han. Hans tillitt handlet også mye om at terapeutene hadde mye faglig tyngde samtidig som de ikke var belærende, da dette gjorde han trygg på at de visste hva de snakket om.

Josef og Miriam kommer fra det de selv betegner som «en annen kultur», og var opptatt av å ha en åpenhet med terapeuten i MST-CAN for å oppnå gjensidig (kulturell) forståelse. Josef beskriver det slik;

«Noen ganger kolliderer kultur mye. Hvis den som gjør ting som ikke er respektfullt ikke vet om det, det går greit, man må bare fortelle om det. Vi var veldig åpne om sånne ting, og han var veldig åpen. Og det kom ingen problemer på grunn av det».

Josef og Miriam opplevde at samarbeidet med terapeuten var veldig bra, og at han ble en del av familien. De beskrev han som var veldig snill, og barna ble glad i han.

Oppsummert er det et gjennomgående funn i intervjuene at relasjonen mellom terapeut og forelder/familie var av stor betydning for informantene, og noe de trekker frem som et betydningsfullt aspekt ved metoden. Trøst og empati var et behov som mange hadde, hvor de opplevde at de ble møtt med dette fra terapeuten. Det at terapeuten lyttet, viste respekt og forståelse for at situasjonen var vanskelig, er noe flere fremhever som tillitsskapende. Spesielt informanten Mari fremhevet denne siden ved MST-CAN som det viktigste i hele behandlingen. Relasjonen skapte tillit, trygghet og dette syntes informantene var avgjørende for å sette i gang og stå i endringsprosessen. Dette opplevde de som nytt og annerledes enn

tidligere hjelpetiltak. De var bevisste på at terapeuten er en profesjonell aktør, men samtidig opplevde de relasjonen så tett at de omtalte terapeuten som en venn og en del av familien.

4.1.4 Terapeuten som kompetent

Alle informantene beskrev at de opplevde terapeuten som kompetent, hvor de la ulike betydninger i dette. For det første bidro terapeuten med behandling som fungerte. Dette vil bli utdypet i fortellinger om endring kapittel 4.2. Mange fortalte at de hadde stor tillitt til terapeutens profesjonelle ekspertkunnskap, andre trakk frem praktiske ferdigheter som; god til å diskutere, strukturert og løsningsorientert, mens andre trakk frem personlige egenskaper som en viktig profesjonell kompetanse ved terapeuten.

Torgeir hadde 3 ulike terapeuter gjennom behandlingsprosessen i MST-CAN, og beskriver alle som faglig kompetente. For hans del hadde terapeutenes høye faglige kompetanse og psykolog utdanning mye å si, da det var lettere å stole på at de visste hva de snakket om. Torgeir mente også terapeutenes faglige kompetanse var en av de viktigste årsakene til den positive måloppnåelsen i behandlingen.

Josef og Miriam opplevde at terapeuten alltid diskuterte på en god måte, og ga gode råd. Noen ganger hadde Josef og Miriam gjort noe feil, men terapeuten var ikke negativ når dette skjedde. De opplevde at han aldri ga opp med å hjelpe informantene til å finne nye veier og nye løsninger.

Anna beskrev at terapeuten var kompetent i form av å være strukturert, tydelig, konkret og systematisk. Han var også god til å gå ned på sønnens nivå.

Både Arild og Mari la vekt på de relasjonelle og personlige egenskapene ved terapeuten som en viktig side ved terapeutens profesjonalitet og kompetanse. Mari uttalte;

«... hvis det hadde vært en person som bare hadde lest en bok og ikke hadde virkelig genuint brydd seg, og vist følelser, så hadde det ikke vært det samme Og det er sikkert sånne ting som mange vil at de ikke skal gjøre. Det å blande inn følelser og sånne ting»

Arild mente at terapeuten passer bra til å jobbe med MST-CAN, fordi hun har mye lidenskap for å hjelpe andre, tenker utenfor boksen og ikke er «helt A4». Arild trakk også frem at

terapeuten hadde god kompetanse i forhold til bruk av metode. Dette blir utdypet i avsnittet nedenfor.

4.1.5 Skreddersydd behandling i en evidensbasert metode

Arild trakk selv frem begrepet «evidensbasert metode» når han snakket om MST-CAN, og fortalte at systematikken i MST-CAN var tillitsskapende, samtidig som han hadde ambivalens knyttet til dette. Før MST-CAN ble igangsatt, var han redd for at MST-CAN kunne være litt «firkantet», siden det er en evidensbasert metode. Denne tanken slo han imidlertid fra seg, da han erfarte at ble gjort nødvendige tilpasninger og justeringer til deres situasjon slik at behandlingen ble skreddersydd til familiens behov.

Arild sammenlignet MST-CAN med de andre foreldreveiledningstiltakene han hadde mottatt fra barneverntjenesten og beskrev disse som mer diffuse, filosofiske og utydelige på forventninger. Han opplevde at MST-CAN hadde god struktur, tydelige mål og jevnlig evalueringer, og knyttet dette opp til profesjonaliteten ved en evidensbasert metode. Arild fremstod som kunnskapsrik i forhold til metodebruk, og fortalte at terapeuten brukte metoden som et virkemiddel for å holde fokus på målene uten å bli for rigid og opptatt av selve metoden.

Mari erfarte i likhet med Arild at MST-CAN behandlingen var skreddersydd, samt at det traff hjelpebehovet for hennes komplekse utfordringer.

Torgeir erfarte at foreldreveiledningen han mottok før oppstarten av MST-CAN, hadde lite fokus på den komplekse helheten til familien. Han syntes det var for sjelden veiledning, og at det ikke ble jobbet med det han selv mente var viktigst; å redusere sin skadelige atferd ovenfor sønnen. I stedet ble rutiner og grensesetting vedrørende spilletider og leggetid tematisert. Han beskrev at han var skeptisk til den faglige kompetansen hos veilederne i foreldreveiledningstiltaket på grunn av manglende systematikk og helhetstenkning. Torgeir erfarte at MST-CAN var gode på å jobbe helhetlig. Han beskrev også behandlingen som skreddersydd; *«Jeg tenker at det er veldig nyttig at MST-CAN plukker problemene fra hverandre, analyserer det, ser på alt, og syr en slik skreddersydd pakke som det jeg fikk».*

Hverken Anna, Josef eller Miriam brukte begrepet «skreddersydd» for å beskrive hvordan de opplevde MST-CAN behandlingen. Imidlertid oppga alle tre at de fikk hjelp av MST-CAN til alt de trengte hjelp til.

Troen på metoden, tillit til at den var faglig fundert og at den åpnet opp for individuell tilpasning, synes altså å være et av utgangspunktene for at informantene var positive til metoden. Dette viser at selv om MST-CAN er en strukturert og prinsippstyrt behandlingsmetode, er det rom for å gjøre individuelle justeringer underveis slik foreldrene i dette utvalget opplevde. Foreldrene opplevde også at MST-CAN var mer fokusert på deres problemer, og de opplevde den som å ha et mer helhetlig fokus enn andre hjelpetiltak de hadde mottatt.

4.1.6 Helhetlig intervensjon og tett oppfølging

Høy tilgjengelighet tilpasset familiens behov

Alle informantene fortalte at de fikk et telefonnummer fra MST-CAN som de kunne ringe til dersom de trengte råd, hjelp, eller bare å lufte tankene sine. Denne telefonen var døgnbemannet av terapeutene i MST-CAN. Tilgangen til denne vakttelefonen betydde mye og representerte en trygghet, uavhengig av hvor mye de benyttet seg av dette tilbudet. I tillegg fortalte flere av informantene at det var fint at de kunne ringe til terapeuten dersom det oppstod noe, der de fikk svar raskt. Ifølge Madslie (2020) er behandlingstiden i MST-CAN satt til 6-9 måneder. Behandlingstiden ble imidlertid utvidet for samtlige av informantene, da behandlingstiden var på 11-13 måneder.

MST-CAN-behandlingen i Arild sin familie pågikk i 13 måneder. Tiden ble utvidet fordi det var behov for mer oppfølging. Terapeuten i MST-CAN kom på daglig besøk i den første tiden, og etterhvert ble det trappet ned til 3 ganger i uken. Terapeuten var også flink til å følge opp mellom møtene, der hun aktivt spurte om hvordan det gikk. Arild likte den tette oppfølgingen, samt at behandlingen skjedde hjemme hos dem når de hadde behov. Arild mente også at det var en sammenheng med den tette oppfølgingen, og terapeutens nøyaktige forståelse av utfordringene;

«Fordi MST-CAN var så tett på, så skjønte terapeuten problemet på en annen måte enn de profesjonelle vi har møtt i andre tiltak. Hun kunne derfor gi råd som var skreddersydd til oss».

Torgeir beskrev MST-CAN-behandlingen som intensiv, der han hadde 3 møter i uken med terapeuten, hvorav 60-90 minutter hver gang. Behandlingen pågikk i 12 måneder, hvor begrunnelsen for utvidelse var at familien trengte mer tid for å oppnå målene for behandlingen. I tillegg hadde prosessen blitt forsinket på grunn av bytte av terapeut 2 ganger. Han syntes det var positivt at tid og sted for møtene ble tilpasset hans behov.

Anna fortalte at hun satte pris på at terapeuten i MST-CAN var svært tilgjengelig og hadde mye tid til å hjelpe henne og sønnen. Behandlingen foregikk hjemme hos dem, 3 ganger i uken i løpet av 13 måneder. Anna utdypet ikke hvorfor behandlingen ble forlenget, da hun ikke ble spurt om dette under intervjuet

Josef og Miriam fortalte at MST-CAN-behandlingen pågikk i ett år, der de møtte terapeuten 3 ganger i uken. Noen av møtene var hjemme, mens andre var på kontoret – avhengig av hva temaet for samtalene var. De erfarte også at MST-CAN tilpasset tidspunktene for møtene etter det som passet best for familien.

Mari fortalte at behandlingen pågikk i 13 måneder, hvor de hadde varierende intensitet på antall møtetidspunkter i uken; alt fra 3 til 6. Mari beskrev at det ble et tidspress på slutten av behandlingen, fordi barnevernet hadde satt en tidsfrist for avslutning av MST-CAN. Mari hadde allerede fått forlenget behandlingen med flere måneder. Behandlingen måtte derfor avsluttes før Mari var klar for det. Mari skulle ønske at barneverntjenesten kunne sett mellom fingrene på dette og gitt mer tid, da hun tenker at hun hadde fungert bedre i dag hvis behandlingen hadde blitt fullført.

MST-CAN tok behandlingsledelse

Flere av foreldrene fortalte at MST-CAN rettet fokus mot systemer og eksterne aktører rundt familien, noe som skapte en opplevelse av at behandlingen ble helhetlig. Dette innebar at MST-CAN overtok behandlingsansvaret for psykiske helseutfordringer og medisinhåndtering der dette var et behov for barnet og/eller foreldrene. Videre hjalp MST-CAN foreldrene til å samarbeide med NAV, dra på møter med fastlegen og eventuelle andre aktører som jobbet

med familien. Samtlige foreldre i utvalget, bortsett fra Mari, fortalte også at MST-CAN opprettet samarbeid med skolen som barna gikk på.

Mari trakk frem som betydningsfullt at behandlingen var «helhetlig». Med helhetlig mente hun at MST-CAN tok over behandlingsansvaret for alle hjelpeinstansene hun var i kontakt med under perioden behandlingen foregikk. Dette førte til at MST-CAN fikk god oversikt og visste alt sammen. Mari beskrev følgende;

«Hvis kommunen skulle ha hjulpet meg med alt det som MST-CAN har gjort, så måtte det ha vært veldig mange instanser involvert med 10 forskjellige folk som hadde hatt hvert sitt ansvarsområde. Men her var alt samlet under ett, der jeg bare hadde MST-CAN å forholde meg til».

Josef trakk også frem det positive med at MST-CAN var helhetlig, i betydning av at de fikk samlet all hjelpen de hadde behov for i MST-CAN, samt at terapeuten hjalp dem til å forstå hvordan det offentlige systemet fungerer;

«Mange personer fra andre kulturer skjønner ikke hvordan samfunnet i Norge fungerer og hvor man kan få hjelp. Hva brevet fra NAV betyr og sånt. Vi visste ikke at det ene barnet vårt hadde ADHD. Men terapeuten i MST-CAN skjønte det, og han hjalp oss til BUP slik at han fikk riktig hjelp der. Den type råd hjalp veldig mye. Han hjalp oss til å forstå systemet bedre og forklarte for oss hvordan kommunen fungerer slik at vi forstod det. På norskkurs det er ikke så mye om dette. Der lærte vi kort om hvor sosialkontoret ligger, og hvor flyktningkontoret ligger. Systemet er veldig oppstykket. Ett kontor for ditt, ett kontor for datt. Og så må du snakke med mange forskjellige personer som kanskje er uenig. MST-CAN er ikke slik. Terapeuten hjalp oss med alt det vi trengte».

Arild fortalte at han opplevde behandlingen som helhetlig, da både han og barna fikk hjelp til veldig mye, samt at det ble samlet under ett tiltak. Slik kunne de unngå å forholde seg til flere instanser samtidig.

Oppsummert er det tydelig at informantene opplevde at MST-CAN var tilgjengelige for dem på deres arena når de hadde behov, samt at tilgjengelighets aspektet gjorde det praktisk mulig for foreldrene å delta i MST-CAN. Fleksibilitet rundt tid og sted, samt tilpasning til foreldrenes timeplan var noe alle opplevde som positivt. Flere trekker også frem at det var positivt at de slapp å forholde seg til flere instanser, der MST-CAN sørget for å hjelpe dem

med det de trengte innenfor tiltaket. Alle informantene fikk også utvidet tiden i behandlingen, hvor dette ble viktig for å oppnå målene. Mari påpekte hun ikke fikk full måloppnåelse på grunn av tidsbegrensning, selv om tiden i behandlingen ble utvidet med 4 måneder.

4.1.7 Høyt sikkerhetsfokus

Arild, Mari og Torgeir fortalte at MST-CAN hadde et høyt sikkerhetsfokus i behandlingen.

For Arild og familien handlet arbeidet med sikkerhet om å skjerme barna fra mor som hadde en skadelig påvirkning på barna, trygge barna på at det offentlige har gode hensikter og gi barna verktøy for hva de kunne gjøre hvis mor tok kontakt. Det ble laget en konkret sikkerhetsplan for dette, og informanten beskrev at reglene var enkle å følge både for han selv og barna. I tillegg «drillet» de mye på denne sikkerhetsplanen. Arild opplevde at denne sikkerhetsplanen var meget trygghetsskapende, da både han og barna visste at de kunne følge denne planen og være trygge på sin egen håndtering av situasjoner.

På grunn av psykiske helseutfordringer, slet Mari med selvskading. Hun hadde også mange medikamenter liggende i leiligheten. På det første hjemmebesøket som MST-CAN hadde, måtte alle skuffer og skap gjennomgås som en del av sikkerhetsarbeidet, da det var sikkerhetsrisiko knyttet til selvskadingen og medisinbruk. Mari var ikke informert om denne sikkerhetsgjennomgangen i forkant og ble svært overrasket. De måtte finne og få oversikt over alle medisiner i leiligheten, samt alle gjenstander Mari kunne bruke for å selvskaade; barberblader, kniver, nåler. Disse gjenstandene ble låst i et skrin med hengelås for å minske sjansen for selvskading. Mari opplevde denne prosessen som «litt ekkel», da det var folk hun ikke kjente. Mari forsto hvorfor dette måtte gjøres, da et eventuelt varsel i forkant hadde gitt henne muligheten til å rydde det bort. Hun hadde mye medisiner liggende som hun ikke brukte, og beskriver at hun ikke var en rusmisbruker selv om det var store mengder medisiner. Hun opplevde derfor at det gikk greit, da hun ikke hadde noe å skjule.

Torgeir fortalte også at det var mye fokus på sikkerhet i oppstartsfasen. Dette innebar at det ble foretatt en gjennomgang av huset. Torgeir sa at dette opplevdes som litt rart. Her merket man tydelig at det var «et amerikansk opplegg» sier han. Det var mange punkter på sikkerhetslisten som ikke var relevant for familiens situasjon, og dette opplevdes som litt unødvendig. MST-CAN viste forståelse for Torgeirs opplevelse, men måtte likevel gjennomføre sikkerhetsgjennomgangen. I tillegg ble det jobbet mye med å stoppe Torgeirs

skadelige atferd ovenfor sønnen, hvor sikkerhetsplan og beredskapsplan ble benyttet. I likhet med Arild, fremhevet også Torgeir at etableringen av sikkerhets- og beredskapsplanen gjorde han tryggere på at han kunne håndtere situasjoner på en god måte.

4.1.8 Mangelfull involvering av barnet

Til nå har jeg vist at informantene uttrykker ganske like opplevelser og vurderinger av MST-CAN og behandlingsprosessen. På et punkt skiller imidlertid informanten Torgeir seg litt ut, og det handler om hvordan barna ble involvert. Han syntes ikke sønnen ble nok involvert, noe jeg skal utdype nedenfor. De andre foreldrene, bortsett fra Mari som ikke nevnte noe om dette, fortalte at barna ble involvert på en god måte.

Torgeir hadde en forventning om at sønnen skulle involveres mer for å løfte hans opplevelse. All behandlingen baserte seg på det Torgeir selv brakte inn i samtalene, og han mente derfor at informasjonen ikke kunne ses på som «objektiv», i betydningen mer nyansert og bestående av mer enn kun hans perspektiv. Det hadde derfor vært nyttig for behandlingen at sønnens stemme ble hørt, mente han. Mer observasjoner av samspeillet i hjemmet kunne også vært en løsning, mente han. Videre hadde Torgeir ønsket at MST-CAN kunne hjelpe han enda mer med relasjonen til sønnen, og ikke bare egen atferd mot sønnen. Han hadde sett for seg familierapi for begge to, med mål om å reparere det som hadde skjedd. MST-CAN forsøkte å snakke med sønnen, men han var lite interessert i dette. Han var veldig avvisende og ville ikke snakke med hverken dem eller saksbehandleren. Torgeir mener likevel at MST-CAN burde ha kompetanse til å vekke en interesse hos sønnen, skape en dialog og tilrettelegge for reell medvirkning også av barnet.

4.2 Fortellinger om endring

I denne delen av kapittelet vender jeg blikket mot forskningsspørsmålet «*Hvilke endringer har foreldrene opplevd?*» og presenterer funn fra intervjuene som belyser dette.

Informantene hadde ulike utgangspunkt og bakgrunnshistorier da de startet i behandling hos MST-CAN. De hadde derfor ulike målsettinger, ulikt innhold i behandlingen og derfor ulike endringsprosesser. Felles for alle informantene er at opplevde at de fikk god hjelp av MST-CAN, og at hjelpen har ført til positive og varige endringer av en vanskelig situasjon.

I analysen av intervjumaterialet ble det identifisert 3 hovedtema som informantene trekker frem som endringer de har oppnådd: Bedre psykisk helse; Mestring av foreldrerollen; Positiv utvikling hos barna. Jeg lar disse funnene strukturere min videre presentasjon av funnene.

4.2.1 Bedre psykisk helse

Mari, Josef og Torgeir mottok behandling for sin psykiske helse i MST-CAN, og de forteller at de fikk bedre psykisk helse.

For *Mari* bestod behandlingen av hennes psykiske helse av flere komponenter; traumebehandling, forbedring av Maris relasjoner, behandling av angstlidelsen, mestring av praktiske oppgaver i hverdagen, samt hjelp til å slutte med medisiner og selvskadning. Traumebehandlingen gikk ut på at Mari og terapeuten gikk tilbake til situasjonene som skapte traumene, hvor hun fortalte historiene. Dette ble tatt opp på båndopptaker, hvor Mari måtte høre på dem flere ganger i ettertid for å redusere smerten som var knyttet til disse opplevelsene. Eksponeringsterapi ble brukt i behandling av angstlidelsen, for eksempel at MST-CAN ble med Mari ut for å gjøre vanlige ting som å ta buss og gå på butikken. Det ble også brukt mye tid på praktisk hjelp til å finne et sted å bo og ordne opp i økonomien, da hun hadde en del inkassokrav og ubetalte regninger som følge av postkasseskredd. I tillegg bisto MST-CAN i å gå på møter med NAV. Arbeidet med forbedring av Maris relasjoner handlet om at hun fikk hjelp til å kartlegge hennes eksisterende nettverk. De fant ut hvem som kunne være positive ressurser, samt hvem som hadde en negativ påvirkning på henne. Det ble også gjennomført noen samtaler med viktige ressurspersoner i Maris nettverk, slik at ressurspersonene kunne forstå hva som var vanskelig. De fikk vite at de var viktige for henne, og det ble kommunisert hvordan de kunne støtte og hjelpe Mari.

Mari erfarte at hun gikk igjennom en stor positiv endring som følge av behandlingen. Hun har imidlertid hatt noen tilbakefall med angst etter at behandlingen ble avsluttet, fordi de måtte avslutte før Mari var klar for dette grunnet tidsbegrensinger. Til tross for tilbakefall har Mari klart å komme seg ut av det de gangene det har skjedd fordi hun gjennom behandlingen har fått gode verktøy til å håndtere vanskelige perioder. Mari fremhevet her betydningen av at nettverket hennes ble involvert i behandlingen, samt at de ble satt i stand til å kunne hjelpe henne. Ved støtte fra dem kommer hun ut av vanskelige perioder raskere, og går ikke ned i «kaninhullet», som hun uttrykker det. Ved hjelp av MST-CAN fant hun også «måter hun kan hjelpe seg selv på», der hun lærte å gråte. Økt mestring knyttet til økonomi og økt

gjennomføringsevne når det gjelder å betale regninger har også hatt en positiv effekt på hennes psykiske helse.

Mari tar fortsatt ikke medisiner og jobber aktivt med sin psykiske helse hver dag. Hun har ikke selvskadet siden MST-CAN behandlingen ble avsluttet. Videre holder hun seg fortsatt mye inne i leiligheten, men har begynt å jobbe litt deltid. Denne endringen er stor da hun ikke turte å gå ut av leiligheten før oppstart av MST-CAN. Mari uttalte følgende;

«Nå kan jeg leve, og ikke bare eksistere. Det at jeg fungerer relativt bra som et menneske, med tanke på hva jeg har gått igjennom, det kan jeg takke MST-CAN for. Det var ganske mye som de måtte ta tak i. Jeg var ganske ødelagt».

Informanten Josef fikk også hjelp til å bedre sin psykiske helse. For han bestod dette av traumebehandling, sinnemestring og hjelp til å håndtere medisiner. Arbeidet med traumebehandling og sinnemestring var knyttet sammen, og foregikk ved at han hadde samtaler med terapeuten 2 ganger i uken. Josef beskrev dette som et intensivt, tungt og vanskelig arbeid. På samme måte som i Maris behandling, måtte også Josef gå inn i de traumatiske hendelsene han hadde opplevd, fortelle og gjenoppleve dem. Fortellingene ble tatt opp på båndopptaker, og så måtte han høre på dem om og om igjen til det ikke var vanskelig å høre det mer. Josef beskrev at han føler seg mye bedre, og at det hjalp mye å få traumeterapi fra MST-CAN. Hans fortelling er beskrivende;

«Jeg hadde mye angst og kunne bli fort sint og sur. Også på barna. Traumebehandlingen hjalp meg til å være en bedre familiemann. Jeg er kanskje 50% bedre nå enn hva jeg var før MST-CAN hjalp oss».

Josef bruker fortsatt teknikker for å håndtere angst og aggresjon som han har lært i behandlingen; å gå en tur i skoen, sette på en film, eller ringe til sin mor. Dette hjelper han til å roe seg ned. Josef går fortsatt i traumebehandling et annet sted i kommunen, da hans rehabilitering ikke var hundre prosent optimal. Konen Miriam uttalte også at det har betydd mye for familien at Josef ikke er så sint lengre, og at han tåler mer.

Når det gjelder informanten *Torgeir*, bestod arbeidet med psykisk helse av kognitiv atferdsterapi med mål om å redusere Torgeirs aggresjon og sinne mot sønnen. Dette arbeidet bestod av å lage en sikkerhetsplan som inneholdt konkrete verktøy for hva Torgeir kunne gjøre for å unngå å bli sint. Deretter ble det laget en beredskapsplan som inneholdt en

beskrivelse av hva Torgeir skulle gjøre hvis han kjente at han ble sint, samt en plan for hvilket rom Torgeir skulle gå på. Torgeir beskrev at han kunne ha vanskeligheter med å vite og kjenne etter hva han føler. Underliggende følelser som kunne være årsak til Torgeir sinneutbrudd ovenfor sønnen, ble derfor ikke tematisert. I stedet ble det brukt et sekvensdiagram for å analysere uheldige hendelser med sinneutbrudd ovenfor sønnen. I sekvensdiagrammet ble foranledningen og hele handlingsforløpet ble nøye beskrevet og analysert. Torgeir og terapeuten i MST-CAN kartla sammen hva han hadde gjort bra, og hvor han burde gjort noe annerledes. Torgeir opplevde at MST-CAN hjalp han til få kontroll på sine egne reaksjoner og følelser. Høylytt skriking og roping ovenfor sønnen har han klart å slutte helt med. Han har også mestringstro og verktøy for å kontrollere egne reaksjoner når sønnen blir sint på han, og blir ikke sint tilbake. Torgeir opplever at denne endringen har vært stabil, da det ikke har vært noen tilbakefall etter avslutning av MST-CAN.

For Anna, Miriam og Arild var ikke psykiske helseplager en utfordring, og det ble derfor ikke jobbet med behandling av psykisk helse hos dem. Miriam fortalte likevel at hun hadde fått mer energi og bedre humør som følge av MST-CAN. Dette forsto hun som en bieffekt av at hun mestret foreldrerollen bedre, at stemningen i hjemmet ble bedre, samt at mannen hennes Josef fikk bedre kontroll på sinne og aggresjon i traumebehandlingen. Anna fortalte også at hun hadde fått et bedre humør som følge av MST-CAN, og mente at dette hang sammen med økt mestring i livet og foreldrerollen.

4.2.2 Mestring av foreldrerollen

Anna fikk foreldreveiledning i forhold til lekkesituasjonen, samspill med sønnen og hva hun kunne gjøre i forhold til sønnens atferdsvansker. I arbeidet med lekkesituasjonen ble det forsøkt et belønningssystem ovenfor sønnen, men dette fungerte ikke. Det ble forsøkt et annet belønningssystem som fungerte bedre, og Anna bruker dette fortsatt. I intervjuet ble hun ikke spurt om hva dette belønningssystemet bestod av. Anna fortalte at det har skjedd mange positive endringer ved henne selv, hos barnet og ved samspillet i familien som følge av MST-CAN-behandlingen. Anna erfarte at terapeuten la merke til positive sider ved henne og familien, hvor dette ble brukt aktivt i veiledningen. Terapeuten var ikke ute etter å finne feil, noe hun fremhevet som viktig for hennes læringsprosess og økende mestringstro. Hun fortalte at hun har lært mye om å være mor i Norge, og har fått styrket troen på seg selv i morsrollen. Anna utdypet at hun er blitt bedre til å ta sønnens perspektiv, og har blitt bedre til å

kommunisere med han. Anna fortalte videre at det har blitt en mye bedre stemning i familien, og at de har det mer hyggelig.

Torgeir beskrev at tilstanden hjemme var preget av «kaos» og manglende rutiner ved oppstart av MST-CAN, fordi det var vanskelig å få disse tingene til å gå rundt da han var alene med barna. Torgeir fikk derfor foreldreveiledning med fokus på å få hverdagen til å fungere. Ifølge Torgeir ble det ikke full måloppnåelse på dette, og han har derfor oppfølging fra barneverntjenesten med foreldreveiledning for å jobbe videre med å få rutinene til å fungere. Som nevnt ovenfor om behandling for bedre psykisk helse, hadde Torgeir måloppnåelse på reduksjon av skadelig atferd ovenfor sønnen. Torgeir knytter økt evne til sinnemestring til at han også føler mer mestring i farsrollen, fordi det har åpnet opp for en god relasjon mellom han og sønnen. Torgeir fortalte at han derfor føler mindre på håpløshet.

Josef og Miriam fikk veiledning som hjalp dem til å finne gode løsninger på problemer de hadde med oppdragelsen av barna. Det ble snakket om grenser, og hvordan de kan organisere hverdagen. I likhet med Anna, fortalte også Josef og Miriam hvor viktig det var for dem at terapeuten ikke lette etter feil, og at han hadde en positiv fremgangsmåte i veiledningen. Miriam fortalte at hun opplever mer mestring i morsrollen, da hun hadde fått mer kunnskap og kompetanse i forhold til hvordan hun skulle forholde seg i samspill med barna. Dette gjorde henne sikker i troen på at hun gjorde noe riktig, og økte hennes trygghet i foreldrerollen. Hun lærte gode grensesettingsmetoder som hun fortsatt bruker. Dette kan være å bruke et belønningssystem, eller å ha dialog der de snakker sammen og blir enige. Miriam beskriver også at det er mer hyggelig og harmonisk stemning i hjemmet, samt mindre krangling.

Mari var den eneste som ikke mottok foreldreveiledning i MST-CAN, da det ikke ble vurdert at problemet handlet om hennes foreldreferdigheter. Hun opplevde likevel at forbedring av hennes psykiske helse hadde en positiv bieffekt; økt mestring i morsrollen. Ved grensesetting kunne det tidligere oppstå situasjoner som trigget sinne hos henne, der hun ikke evnet å forklare rolig. Etter behandlingen i MST-CAN ble toleransevinduet hennes mye større fordi hun fikk bedre psykisk helse. Mari er blitt bedre til å si unnskyld, og tar seg mer tid til å sette seg ned med sønnen. Relasjonen mellom dem er også blitt bedre, der sønnen deler mer private ting, samt at de har mer kvalitetstid sammen. Mari beskriver også at hun tør å vise sårbarhet ovenfor sønnen, og at dette har åpnet opp for en helt ny kommunikasjon og forståelse mellom dem.

Arild beskrev at han hadde en «klassisk kjønnsrolle» tidligere, da han bodde sammen med tidligere ektefelle (mor) og barna. Han beskrev at han var emosjonelt distansert, mye borte på jobbreiser, og var passiv i møte med mors meninger om oppdragelsen. Han innså at barna ikke fikk dekket sine behov i måten de ble oppdratt på, men evnet ikke å sette grenser og si sine meninger ovenfor mor i redsel for konflikter. Da barna kom hjem igjen etter bortføringen, var han alene om omsorgen, og det var mye han måtte lære. Arild fortalte at hadde stort utbytte av MST-CAN, og beskrev at han har endret synet på seg selv og sin egen kjønnsrolle. Han har lært mye om «de mykere sidene», barnas emosjonelle behov og hvordan han kan imøtekomme disse. Arild beskriver også at han har fått mye styrke og trygghet i egen identitet og i farsrollen, der han nå ikke lenger er konfliktsky i møte med mor til barna. Som følge av moralsk støtte og veiledning fra MST-CAN har han forstått at moren er skadelig for barna, og han har klart å ta ansvar for å beskytte dem. Oppsummert kan man si at Arild gikk fra å være passiv og distansert i foreldrerollen til å bli en aktiv og mer kompetent omsorgsperson.

Alle foreldrene fortalte altså at det i løpet av behandlingen skjedde en endring i hvordan de så på seg selv som foreldre. De gikk fra å føle seg utilstrekkelige, mislykket og usikre på foreldrerollen, til å kjenne seg tryggere og mer kompetente. Flere fremhevet også sin egen mestringsfølelse i foreldrerollen som en betydningsfull del av behandlingsutbyttet.

4.2.3 Positiv utvikling hos barna

Informantene fortalte at barna deres hadde fått en positiv utvikling som følge av hjelpen de fikk i MST-CAN, men det var varierende hvor mye de var involvert. Foreldrene knyttet utfallet positiv utvikling hos barna til flere ting. Blant annet at relasjonene mellom dem og barna hadde blitt bedre, samt at de som foreldre hadde fått bedre mestring i foreldrerollen. Videre knyttet foreldrene dette utfallet til spesifikke ting ved MST-CAN; tre av barna mottok selv behandling hvor dette fungerte bra, samt at MST-CAN sitt samarbeid med barnas lærere/PPT hadde ført til bedre utviklingsbetingelser i skolen.

Barna til Arild og Anna var de som ble mest involvert i behandlingsprosessen. Barna til Josef og Miriam ble snakket mye med, der barna ble godt kjent med terapeuten. Torgeirs sønn ønsket som nevnt ikke å snakke med MST-CAN, men en del av innholdet i familiens behandlingsprosess bestod av å ha møter med skolen og tilrettelegge for positiv utvikling for

sønnen. Mari nevnte ikke noe om hvordan MST-CAN og sønnen kommuniserte, eller om han hadde blitt påvirket av MST-CAN. Imidlertid er han i nesten myndig alder.

Arild fortalte at MST-CAN jobbet direkte med barna med følgende hovedmål; sikkerhet og normalisering. Arbeidet med sikkerhet handlet om å skjerme barna fra mor som hadde en skadelig påvirkning på barna, trygge barna på at det offentlige har gode hensikter og gi barna verktøy for hva de kunne gjøre hvis mor tok kontakt. Det ble laget en konkret sikkerhetsplan for dette som nevnt tidligere. Arbeidet med normalisering bestod blant annet av at barna fikk traumebehandling for å bearbeide det de ble utsatt for under bortføringen. Det bestod også av å reetablere barna tilbake til skolen, og sosialt i forhold til venner. Samtalene mellom terapeuten og barna ble gjennomført med far tilstede, da barna opplevde dette som trygt. Det var noen få individuelle samtaler også. *Arild* skrev også en rapport hver dag under hele behandlingsforløpet som ble delt med terapeuten i MST-CAN hver morgen. Dette ble et styrende dokument for barnas behandling, der terapeuten tok tak i det med en gang hvis det hadde skjedd noe. Terapeuten ringte til *Arild* i forkant av samtalen med barna og snakket om det som hadde skjedd, og så ble det lagt en plan for hvordan dette skulle snakkes om med barna.

Arild fortalte at de hadde måloppnåelse relativt tidlig i behandlingsprosessen på de viktigste tingene i forhold til normalisering og sikkerhetsarbeidet. Barna var tilbake på skolen omtrent 6 uker etter oppstart av MST-CAN. Samtidig måtte *Arild* og barna jobbe med å opprettholde og vedlikeholde dette. Traumebehandling for barna krevde naturligvis mer enn et par uker før det ble måloppnåelse. Barna utviklet seg mye i løpet av behandlingen, og er fortsatt i utvikling. *Arild* beskriver følgende; «*Ungene har vokst en meter sosialt og emosjonelt det siste året*». Ifølge *Arild* har barnas positive endringer vært stabile også etter at MST-CAN ble avsluttet. Sikkerhetsplanen som ble opprettet under behandlingen, anvendes også fortsatt.

Når det gjelder *Anna*, fortalte hun at MST-CAN jobbet med sønnens atferdsvansker, der dette bestod av kognitiv atferdsterapi i kombinasjon med tett samarbeid med skolen. I atferdsterapien jobbet terapeuten med å gi sønnen alternativer til hva han kunne gjøre hvis han ble sint. Dette kunne være å gå til læreren, snu seg og gå. Han fikk også terapi og verktøy for å regulere egne følelser, slik at han kunne roe seg selv ned i stedet for å gå til angrep på andre barn. Terapeuten i MST-CAN snakket også mye med skolen slik at de kunne forstå sønnen bedre og tilrettelegge eventuelle behov. Sønnens atferdsvansker på skolen har fått en

betydelig reduksjon, og Anna mener det kommer av at han via MST-CAN har lært å være roligere, og bruker verbalt språk i stedet for vold.

Josef og Miriam fortalte at barna var urolige og hadde skolevegning ved oppstart av MST-CAN. De fortalte ikke konkret hvordan de jobbet for å oppnå endringer, men de sa at barna hadde blitt roligere, samt at de ikke lenger har skolevegning.

Sønnen til *Torgeir* hadde alvorlige atferdsvansker og fungerte så dårlig at han var tatt ut av ordinær undervisning da MST-CAN kom inn i bildet. Ved hjelp av et tett samarbeid mellom skole, MST-CAN og Torgeir, kom han tilbake i ordinær undervisning, og det har ikke vært noen episoder på over et halvt år. Torgeir mener at forbedring i relasjonen mellom dem har hatt mye å si for sønnens positive utvikling. Videre mener Torgeir at det også er «helt åpenbart» at det har en effekt på sønnen at han ikke lenger roper og skriker til han. Torgeir beskriver at det ikke er helt optimalt enda, fordi sønnen kan bli utrygg hvis far hever stemmen litt.

4.3 Oppsummering

Arild og Mari fortalte at barnevernssakene var henlagt på tidspunktet intervjuene ble gjennomført. De opplevde at de hadde fått tilstrekkelig hjelp for sine problemer via MST-CAN, og hadde derfor ikke behov for mer oppfølging fra barneverntjenesten. Anna fortalte at hun selv hadde uttrykt et ønske ovenfor barneverntjenesten om å få mer foreldreveiledning, da hun ønsket å ha noen å snakke med om barneoppdragelse. Hun oppga selv at det var lite ressurser i hennes nettverk som kunne være gode samtalepartnere om dette, da det var en generell holdning blant folk i hennes nettverk om at oppdragervold er greit. Torgeir, Josef og Miriam hadde i samarbeid med barneverntjenesten bestemt at det fortsatt var noen mål å jobbe med etter at MST-CAN ble avsluttet, og derfor hadde de fortsatt hjelpetiltak fra barneverntjenesten da intervjuene ble gjennomført.

Likevel ser man av funnene at MST-CAN har vært til stor nytte for de intervjuede familiene i denne studien, og at behandlingen har medført vesentlige endringer i både foreldrene og barnas livssituasjon. Alle foreldrene opplevde at de hadde fått nye måter å håndtere problemer på, hvor dette hadde blitt videreført også etter avslutning av MST-CAN. Kompleksiteten og alvorlighetsgraden av problemene de hadde før behandlingen startet, har også blitt redusert mye.

5 Diskusjon

I denne studien var samtlige informanter tilfredse med behandlingsprosessen i MST-CAN, og de opplevde at behandlingen hadde ført til positiv endring av en vanskelig situasjon. Dette synes å være nært knyttet til en sterk terapeutisk allianse mellom informantene og terapeuten, samt aspekter ved selve metoden. Foreldrene opplevde at relasjonen til terapeuten skapte tillit og trygghet, og dette var avgjørende for å sette i gang og stå i endringsprosessen. Videre opplevde foreldrene at behandlingen i MST-CAN hadde ført til økt mestring på flere områder; i foreldrerollen og egen psykisk helse.

5.1 Den terapeutiske alliansen

Beretninger om relasjonen til terapeuten var fremtredende i foreldrenes opplevelse av behandlingsprosessen i MST-CAN, hvor de trakk frem kjernetemaer som respekt, å bli tatt på alvor, medvirkning, trygghet, tillit og empati fra terapeuten. Disse funnene er i tråd med forskning på foreldres opplevelse med MST (Henggeler et al., 2013; Tighe et al., 2012; Kaur et al., 2015) hvor terapeutisk allianse blir fremhevet som avgjørende for foreldrenes opplevelse av en positiv behandlingsprosess og positive utfall. Funnene er også i tråd med forskning på terapeutisk allianse generelt (Flückiger et al. 2018).

Slik foreldrene i denne studien opplevde den terapeutiske alliansen, er det også i samsvar med de tre elementene i Bordin (1979) sin teori om den terapeutiske alliansen; *enighet om målet for behandlingen, enighet og samarbeid rundt komponentene i behandlingen og emosjonelt bånd*. For å gjøre den videre diskusjonen mer håndgripelig, benytter jeg Friedlander et al. (2006) sin tilpasning av Bordins klassiske teori til familierapi (SOFTA), slik den er beskrevet i teorikapittel 2.1; *engasjement i den terapeutiske prosessen, emosjonelt bånd mellom terapeut og klienten(e), trygghet i det terapeutiske systemet og en felles opplevelse av mening i familien*.

Disse elementene reflekteres resultatkapitlene 4.1.1 *Foreldrene opplevde at de trengte hjelp*, 4.1.2 *Medvirkning innenfor metodens ramme*, 4.1.3 *Relasjonell og trygghetsskapende behandlingsprosess*, 4.1.4 *Terapeuten som faglig kompetent* og 4.1.6 *Helhetlig intervensjon og tett oppfølging*.

Det fremkommer av mine resultater at det var ulik vektlegging hos informantene av elementene i teorien om den terapeutiske alliansen. Med utgangspunkt i disse resultatene ser man den terapeutiske alliansen ble dannet på ulike måter, da informantene viste til ulike faktorer som var viktige for hvordan den terapeutiske alliansen ble etablert og opprettholdt. Alt i alt fremstår dannelsen og opprettholdelse av terapeutisk allianse i resultatene mine som en kompleks sammensetning av relasjonelle og terapitekniske forhold ved MST-CAN.

Jeg lar elementene fra SOFTA strukturere min videre diskusjon;

5.1.1 Engasjement i den terapeutiske prosessen

Informantene i min studie hadde ulike utgangspunkt og bakgrunnshistorier for hva som hadde skapt problemene i familien og hvilke hjelpebehov de hadde. Felles for alle informantene var likevel at de erkjente at de trengte hjelp, hadde en forståelse av problemene, og var motiverte for behandling slik det reflekteres i resultatkapittel 4.1.1. Videre viser funnene i kapittel 4.1.2 at informantene opplevde at det var liten uenighet når målene for behandlingen skulle etableres, samt at informantene synes å ha en opplevelse av å bli hørt og anerkjent på sitt syn på behandlingen, prosessen og eventuelle justeringer underveis.

Begrepet *relevans* fra teorien om den terapeutiske alliansen er naturlig å trekke inn i disse funnene, da en forutsetning for en god terapeutisk allianse er at komponentene i behandlingen må oppleves som relevante for klienten, de må være tilpasset klientens faktiske problemforståelse, og det må være et samarbeid mellom terapeut og klient for å bestemme hvilke oppgaver som skal løses. Funnene kan tyde på at de lyktes med dette i behandlingsprosessen i MST-CAN. Funnene er også i samsvar med det første behandlingsprinsippet i MST-CAN; «*Analyse av de identifiserte problemene i familien skal sikre en felles forståelse av hvordan problemene henger sammen med konteksten etter den sosialøkologiske teorien*» (Swenson og Schaeffer, 2014; Swenson og Schaeffer, 2018).

Resultatkapittel 4.1.5 *Skreddersydd behandling i en evidensbasert metode* og 4.1.6 *Helhetlig intervensjon og tett oppfølging* reflekterer at foreldrenes opplevelse av den terapeutiske alliansen var nært forbundet med en fleksibel tilpasning av familiens hjelpebehov. I analysen var det vanskelig å skille foreldrenes opplevelse av relasjonen til terapeuten, og foreldrenes opplevelse av selve metoden, da det fremstod som at terapeuten fleksible tilpasning var relasjonsskapende. Det synes som om foreldrene opplevde at behandlingen ble tilpasset og

skreddersydd på en måte som gjorde behandlingen *relevant* for deres konkrete hjelpebehov. Disse funnene samsvarer med at selve metodikken i MST-CAN skal ha en malbundet fleksibilitet, med mål at behandlingen skal være skreddersydd etter familiens behov (Swenson og Schaeffer, 2018). Dette er i tråd med prinsippet «flexibility within fidelity» som Kendall, Hamilton, Gosch, Furr & Sood (2007) mener er viktig for en vellykket manualstyrt behandling. I denne forståelsen har gode manualbaserte behandlinger rom for fleksibilitet til å tilpasse terapien til individuelle behov. Fleksibel tilpasning var tydelig i foreldrenes fortellinger om avslutning av behandlingen, da alle informantene fikk forlenget behandlingstiden utover 9 måneder som utgjør rammen for MST-CAN. Dette tilpasningen ble gjort for å gjøre avslutningen så trygg som mulig, samt for å kunne nå behandlingsmålene. Dette gjaldt imidlertid ikke for informanten Mari, som til tross for utvidet behandlingstid, ikke opplevde at avslutningen var trygg.

5.1.2 Emosjonelt bånd mellom terapeut og klienten

I kapittel 4.1.3 *Relasjonell og trygghetsskapende behandlingsprosess* kom det frem at foreldrene trakk frem relasjonen til terapeuten som svært viktig, samt at den var preget av respekt, anerkjennelse, empati og tillit. Flere av informantene opplevde relasjonen så tett at de omtalte terapeuten som en venn og en del av familien. Terapeutens genuine og personlige væremåte fremstod som en viktig del av etableringen av en sterk terapeutisk allianse. Disse funnene samsvarer med Bordin (1979) sin beskrivelse (i kursiv) av hva elementet *emosjonelt bånd med terapeut og klient* innebærer; informantene opplevde at *terapeuten var en viktig person i deres liv, nesten som et familiemedlem*. Videre opplevde informantene at *relasjonen var basert på trygghet, tillit og omsorg, og at terapeuten genuint brydde seg*.

For Mari fremstod tilfredstillende av behovet for trøst og forståelse som en forutsetning for å bli trygg i relasjonen til terapeutene. Anna, Josef og Miriam trakk frem at terapeutens anerkjennelse av familiens positive sider og ressursorienterte fokus var viktig for dem. Dette funnet samsvarer med behandlingsprinsipp nr 2 i MST-CAN om at intervensjonen skal ha et ressursorientert fokus. Arild trakk frem at det nære personlige båndet mellom familien og terapeuten var en viktig forutsetning for terapeutens forståelse av situasjonen, og mente at hun på bakgrunn av dette kunne gi dem et spesiallaget behandlingsopplegg.

I beskrivelsen av MST-CAN, og i forskningen på MST-CAN er ikke betydningen av emosjonelt bånd mellom terapeut og klient vektlagt i særlig stor grad da fokuset i forhold til

terapeutisk allianse ligger på godt samarbeid med klienten og et ressursorientert fokus. Disse funnene kan derfor tyde på at det emosjonelle båndet ved den terapeutiske alliansen er viktigere enn tidligere antatt.

5.1.3 Trygghet i det terapeutiske systemet

Dette elementet innebærer blant annet at klienten(e) ser på behandlingen som en mulighet for å ta sjanser, være åpen og sårbar. Det innebærer også en opplevelse av trygghet, samt en forventning om nye erfaringer og læringsprosesser. Videre innebærer det at klienten(e) opplever at konflikter i familien kan håndteres.

Slik det reflekteres i kapittel 4.1.1 hadde alle informantene et stort hjelpebehov, og var klare for å ta imot hjelp. Å samtykke til å motta behandling fra MST-CAN er i seg selv å ta en sjanse, da behandlingsprosessen er inngripende og innebærer at man må være åpen og vise sårbarhet for å oppnå positive endringer. Informanten Mari reflekterte over dette, hvor hun fortalte at det tok tid for henne å vise sårbarhet. Hun beskrev at hun forsøkte å «sabotere» ved å ikke møte opp til samtalene, der hun sa at hun var syk. Terapeutenes empatiske respons på dette var trygghetsskapende for henne, og hjalp henne til å ta en sjanse; å åpne seg, og vise sin sårbarhet.

Foreldrene i utvalget stolte på terapeutens kompetanse og kunnskap om hvordan de kunne nå målene i behandlingen. Flere fremhevet terapeutens ekspertise og konkrete løsninger som avgjørende for trygghet, forutsigbarhet og engasjement. Dette reflekteres i kapittel 4.1.4 *Terapeuten som kompetent*. Kapittel 4.2 beskriver endringsprosessen som foreldrene og barna gikk igjennom, der det var tydelig at de var engasjerte, deltok aktivt og tok i bruk og fortsatt bruker det de lærte. Selv om det ikke ble uttalt at de hadde en forventning om nye erfaringer og læringsprosesser, kan det tolkes at dette ligger implisitt i funnene, fordi de var engasjerte og deltok aktivt.

Informantene Josef og Miriam var opptatt av åpenhet med terapeuten for å oppnå gjensidig kulturell forståelse. Det kan tolkes at det var viktig for dem at terapeuten var kultursensitiv for å oppnå trygghet i behandlingen. Dette er i samsvar med Fox et al. (2016), et av funnene var at terapeutens åpenhet og nysgjerrighet i forhold til kulturelle aspekter var viktig for foreldrene.

Trygghet i behandlingsprosessen fremstår som et gjennomgående funn i foreldrenes opplevelse av MST-CAN. Konkrete komponenter i behandlingen som traumeterapi, sikkerhetsplaner og vakttelefon ble trukket frem som faktorer som gjorde foreldrene trygge. Like viktig var relasjonen til terapeuten.

MST-CAN sin hjemmebaserte behandlingsmodell, der terapeutene har høy tilgjengelighet, tett oppfølging og få saker blir støttet av funnene fra kapittel 4.1.6 *Helhetlig intervensjon og tett oppfølging*. Foreldrene kunne gradvis utvikle et emosjonelt bånd med terapeuten, noe som var en forutsetning for å få tryggheten til å ta i bruk metodene. Terapeutens fysiske og emosjonelle tilgjengelighet fremstod som viktig for denne tryggheten.

5.1.4 En felles opplevelse av mening i familien.

I datamaterialet er det par funn som kan relateres til det fjerde elementet i SOFTA - *en felles opplevelse av mening i familien*, som består av at familiemedlemmene ser på seg selv som et «arbeidsfellesskap» som jobber sammen for å forbedre familierelasjonene og oppnå felles mål i terapien.

Historien til Arild er den mest nærliggende, da både barna og Arild deltok i behandlingen i fellesskap, der det var viktig at alle deltok og gjorde sine oppgaver for å oppnå målene. Under intervjuet snakket Arild ofte i «vi» form, der han trakk frem barnas meninger i stor grad.

Slik det reflekteres i 4.1.8, savnet informanten Torgeir involvering av barnet i behandlingen. Han skulle ønske at han og sønnen fikk felles terapi for å forbedre den vanskelige relasjonen de hadde. Mari, Anna, Josef og Miriam snakket om at et av utfallene av behandlingen var bedre stemning i familien, og en økt opplevelse av samhold i familien.

5.2 Mestring

Foreldrenes fortellinger om hvilke endringer familien gikk igjennom er i samsvar med funnene i effektstudien (Swenson et al., 2010); Forekomsten og alvorlighetsgraden av omsorgssvikt, aggresjon og voldsutøvelse (psykisk vold i informantenes tilfelle, da ingen av dem fortalte om fysisk vold) fra foreldre mot barna var betydelig redusert som følge av MST-CAN-behandlingen foreldrene i utvalget mottok. I tillegg hadde ingen av barna blitt plassert i

beredskapshjem eller fosterhjem under eller etter behandlingen. Foreldrene opplevde også en bedring av sin egen psykiske helse, samt at barna fikk en positiv utvikling.

I denne studien kommer det frem viktig utfyllende informasjon om foreldrenes opplevelse av disse endringsprosessene, der vi får en utdypet forståelse av hvilke faktorer de knytter opplevd endring til. Opplevelse av økt mestring var gjennomgående i foreldrenes fortellinger om endring. På bakgrunn av dette har jeg valgt å benytte teorien om salutogenese.

Informantenes utgangspunkt da de startet behandlingsprosessen i MST-CAN, var at de hadde mange stressfaktorer og belastninger på flere områder i livet. Slik informantene har beskrevet behandlingsprosessen, fikk de et skreddersydd behandlingsopplegg, der de fikk hjelp til alt de trengte hjelp til med flere parallelle intervensjoner for ulike typer problemer. Funnet om at foreldrene opplevde behandlingen som skreddersydd, er i tråd med prinsippet i salutogenese om at behandling skal være skreddersydd (Antonovsky, 1979).

Meningsfullhet er det emosjonelle og motiverende aspektet ved «sense of coherence», og referer til individets drivkraft i hvordan individet søker mening i møte med stressende situasjoner. I datamaterialet er det ingen funn som kan relateres direkte til dette, da det ikke var et samtaletema under intervjuene. Dette blir derfor ikke tematisert i denne diskusjonen. Jeg lar derfor to av elementene *begripelighet* og *håndterbarhet* i «sense of coherence», som jeg har beskrevet i teorikapittel 2.2, strukturere den videre diskusjonen.

5.2.1 Begripelighet

Informantenes beskrivelse av intervensjonene i MST-CAN kan forstås i lys av den første komponenten i «Sense og coherence», begripelighet, som referer til individets kognitive kapasitet til å få kunnskap, oversikt og forståelse av problemer man står ovenfor. Punkt nummer 8 i Antonovkys' (1979) oversikt over mestringsressurser (GRR) *kunnskap og intelligens* (kognitive ressurser, kunnskap, intellekt) inngår i dette. Flere av intervensjonene i MST-CAN hjalp foreldrene til å få bedre kunnskap og innsikt om de problemene de hadde, samt kunnskap om hvordan de kunne løse det.

Foreldreveiledning er slik type intervensjon som alle, bortsett fra Mari fikk. Flere av informantene opplevde at utvikling av nye foreldreferdigheter gjennom veiledning ga dem økt mestring i foreldrerollen. Gjennom veiledning om grensesetting, der foreldrene fikk

opplæring i konkrete verktøy som belønningssystemer, fikk foreldrene økt kunnskap om hvordan grensesetting kan gjøres i praksis. På grunnlag av dette, kan man si foreldrene fikk hjelp til å øke evnen til *begripelighet* gjennom veiledning og samtaler rundt grensesetting. Dette kan også overføres til andre viktige foreldreferdigheter som samspill, kommunikasjon med barna, å ta barnas perspektiv, og organisering av hverdagen, da flere av informantene fikk veiledning og økt kunnskap knyttet til dette.

Et eksempel fra materialet belyser godt hvordan informanten Torgeir hadde nytte av sekvensdiagram som et ledd i å redusere hans skadelige atferd ovenfor sønnen. Torgeir beskrev at sekvensdiagrammet hjalp ham til å sortere handlingsforløpet og forstå hva som skjedde i situasjoner der han ble sint. Han opplevde at bruken av sekvensdiagram gjorde det oversiktlig og mindre kaotisk. Dette kan tolkes i lys av *begripelighet* da sekvensdiagrammet førte til at situasjoner som trigget ham, ikke lenger opplevdes som uforutsigbare eller kaotiske, da han hadde fått et verktøy og kunnskap til sortere og forstå situasjonen.

Sønnen til Anna fikk også kognitiv atferdsterapi, der han fikk kunnskap om alternative løsninger til hva han kunne gjøre når hvis ble sint. Gjennom dette fikk sønnen til Anna i likhet med Torgeir hjelp til å øke sin *begripelighet*, da han fikk økt kunnskap - konkrete løsninger og verktøy for hvordan han kunne håndtere triggende situasjoner.

Et annet eksempel fra materialet, er den kaotiske situasjonen i Arild sin familie da de startet med behandlingen. MST-CAN hjalp Arild til å sortere og gjøre situasjonen mer begripelig. I tillegg var det mye praktisk han trengte å lære siden han plutselig var alene om omsorgen. Han måtte også lære om barnas emosjonelle behov i forhold til traumene de hadde. Intervensjoner med sikte på å øke Arild sin kognitive kapasitet var én side av dette, han fikk også hjelp til gjennomføringen og håndteringen av dette ved MST-CAN.

Bruken av sikkerhetsplaner var også noe både Arild og Torgeir trakk frem som nyttige ressurser, da det var en konkret plan på hva de skulle gjøre dersom det oppstod situasjoner.

5.2.2 Håndterbarhet

Den andre komponenten i «sense of coherence», håndterbarhet, viser til individets evne til handling og tilgang til ressurser som er nødvendige for å møte krav og utfordringer.

Opplevelse av mestring og håndtering av krav og utfordringer, gir individet mer tro på fremtidig mestring.

Ved tidspunkt for henvisning til MST-CAN hadde foreldrene i utvalget egne vansker som kom i veien for at de kunne utøve god omsorg for barna sine. Noen av informantene hadde også utøvd psykisk vold i form av sinneutbrudd, stygge ord og trusler. Sett i lys av begrepet *håndterbarhet* hadde flere av informantene traumer og psykisk uhelse, og de mestret ikke å håndtere de kravene og utfordringene som ligger i foreldrerollen. Det ble en overbelastning av utfordringer. Alle informantene hadde mottatt hjelpetiltak fra barneverntjenesten tidligere, hvor de opplevde hjelpen som segmentert med lite fokus på helheten – det hjalp ikke informantene til å mobilisere ressurser, fordi de hadde komplekse og sammensatte problemer på ulike nivå som ikke kunne løses ved å fokusere på én ting.

Informantenes opplevelse av behandlingsprosessen i MST-CAN var at den var både helhetlig, og ivaretok mange av familiens behov samtidig, som økonomi, medisinbehandling, traumebehandling, sinnemestringsbehandling, samtalerapi, foreldreveiledning, samarbeid med skole og hjelp til å øke sosial støtte i offentlig og privat nettverk.

MST-CAN sitt teoretiske utgangspunkt er at vold og omsorgssvikt foregår i en kontekst, der Bronfenbrenners (1979) utviklingsøkologiske modell brukes til å analysere hvilke utfordringer og ressurser familien har. Intervensjonene gikk direkte på å endre systemene som problemene oppstod i, med mål om å styrke beskyttelsesfaktorer og redusere risikofaktorer i utviklingsøkologiske systemer som dannet konteksten for problemene;

Mikrosystemet – barna fikk en bedre omsorgssituasjon fordi det var et høyt sikkerhetsfokus med mål om å redusere negativ atferd mellom familiemedlemmene. Foreldrene fikk foreldreveiledning, traumebehandling og sinnemestringsterapi.

Mesosystemet – barna fikk bedre utviklingsbetingelser i skolen fordi MST-CAN og foreldrene hadde jevnlig samarbeidsmøter med skolen og PPT, der skolen fikk økt sin forståelse av barnas situasjon og hvordan de kunne legge til rette for god utvikling hos barna.

Eksosystemet – det ble jobbet med foreldrenes arbeidssituasjon og økonomi.

Disse brede, helhetlige og parallelle intervensjonene på ulike systemnivå førte til at foreldrene fikk en økt tilgang på mestringsressurser. Sett i lys av Antonovskys (1979) oversikt over mestringsressurser (GRR) ga intervensjonene i MST-CAN mer tilgang på mestringsressursene *sosial støtte* (økt sosial støtte i nettverk), *materielle verdier* (MST-CAN hjalp en informant til å finne ny bolig, og ordnet opp i økonomien), *mestringsstrategier*

(behandling av psykisk helse, foreldreveiledning, bedre samarbeid med skole), *kunnskap og intelligens* (foreldreveiledning) og *egoidentitet* (behandling av psykisk helse).

Informantene fortalte om at intervensjonene førte til relasjonelle og personlige endringer, som gjør at de nå forstår og håndterer problemer på en ny måte. Foreldrene ble satt i stand til å være handlekraftige, samt at de fikk økt sin tro på at de kan mestre fremtidige utfordringer.

Det kan synes som om intervensjonene har vært en viktig del av å styrke foreldrenes «sense of coherence». Foreldrenes erfaringer med intervensjonene samsvarer med case studien Stallman et al. (2010). Familien i case studien, hadde i likhet med foreldrene i utvalget komplekse utfordringer på flere områder. MST-CAN-behandlingen medførte positive endringer av samtlige problemområder i familien, fordi intervensjonene hadde et systemisk fokus der mestringsressursene ble mobilisert.

I følge foreldrene har de positive endringene vedvart også etter avslutning av behandling, og de opplever at behandlingsmålene i dag er helt eller delvis oppnådd.

Avslutningsvis kan man se foreldrenes opplevelse av behandlingsprosessen i lys av den salutogene modellen; Intervensjonene ga foreldrene større tilgang på mestringsressurser i GRR, hvor dette igjen førte til positive livserfaringer, som igjen bidro til å øke foreldrenes «sense of coherence». En styrket «sense of coherence» førte igjen til at foreldrene fikk økt tro på at de forstår sin egen situasjon og tro på at man kan endre den, og det ga dem kapasitet og ressurser til å være gode omsorgspersoner.

6 Konklusjon

Denne studien har utforsket foreldres opplevelser med den evidensbaserte behandlingsmetoden MST-CAN, hvor opplevelse av behandlingsprosess og endring har blitt belyst.

Alle foreldrene i denne studien var positive og tilfredse med MST-CAN, hvor dette synes å være nært knyttet til en sterk terapeutisk allianse mellom foreldrene og terapeuten, faglig dyktige terapeuter, skreddersydd behandling med virksomme og effektive intervensjoner, samt høy tilgjengelighet og mye ressurser. Foreldrene opplevde at relasjonen til terapeuten skapte tillit og trygghet, hvor dette var avgjørende for å sette i gang og stå i endringsprosessen. Betydningen av den terapeutiske alliansen har ikke blitt vektlagt i tidligere forskning på MST-CAN, og det er derfor et nytt funn. Videre opplevde foreldrene at behandlingen i MST-CAN hadde hjulpet dem til å mestre foreldrerollen og egen psykisk helse, hvor dette også hadde vedvart etter avslutning av behandling da informantene opplever at behandlingsmålene i dag er helt eller delvis oppnådd.

Foreldrene i studien uttrykte seg ganske likt om hvilke erfaringer og opplevelser de hadde, hvor det bar preg av overveiende positive erfaringer. I studien fremkom det kun én negativ erfaring, hvor dette handlet om at en av foreldrene syntes at sønnen ikke ble involvert tilstrekkelig. Han hadde sett for seg familieterapi for begge to, med mål om å reparere en vanskelig relasjon. Sønnen ønsket ikke å delta, men informanten mente at MST-CAN burde forsøkt mer ved å skape en dialog og tilrettelegge for reell medvirkning også for sønnen.

6.1 Implikasjoner for praksis og forskning

Denne studien bidrar til praksis- og forskingsfeltet med ny kunnskap om hvordan et utvalg på 6 foreldre opplever MST-CAN i forhold til behandlingsprosess og endringer.

Funnene fra studien støtter opp under antakelser om nytten ved å bruke kvalitative metoder, Funne kunne ikke ha blitt fremskaffet ved andre metoder enn intervju, og funnene er viktige for å belyse andre sider av behandlingen enn de som kan måles statistisk. Jeg mener derfor at foreldrenes opplevelser av hvilke faktorer de knytter opplevd endring til, samt hvordan foreldrene opplevde den terapeutiske alliansen og behandlingsprosessen, er et viktig bidrag til kunnskapen om MST-CAN.

Et mulig potensial for MST-CAN i fremtiden er at foreldrenes tilbakemeldinger kan inkluderes som en del av metoden. Kvalitative tilbakemeldinger og foreldrenes refleksjoner kan gjøre det mulig å ytterligere «skreddersy» terapien til hver enkelt familie.

Fremtidig forskning bør undersøke mer hvilke faktorer som er viktige for å opprette og opprettholde en god terapeutisk allianse både med barn og foreldre i MST-CAN. Videre er det behov for mer kunnskap om hvilke faktorer som er viktige for langsiktige endringer i familiene. Fremtidige studier burde rekruttere et utvalg som også representerer de familiene som ikke har hatt måloppnåelse i behandlingen, da min studie kun har belyst opplevelsene til foreldre som har hatt helt eller delvis måloppnåelse. Det er derfor behov for mer kunnskap om denne gruppen sin opplevelse av MST-CAN. For eksempel kan intervju av barn og foreldre før, under og etter behandling belyse deres opplevelse av både den terapeutiske alliansen og langtidseffekt av MST-CAN.

For de som jobber med de mest sårbare barna og deres foreldre som strever håper jeg at denne studien kan skape ytterligere oppmerksomhet om MST-CAN, og at studien kan gi håp om at det er mulig å gi god hjelp som foreldrene også opplever som meningsfull i de mest alvorlige barnevernssakene.

15 års effekt-forskning på MST-CAN har gitt en sterk indikator på at tiltaket er effektivt for å for å skape tryggere familier for denne målgruppen. Det at foreldrene i denne studien er positive og tilfredse med MST-CAN, og at behandlingen hjalp dem til å mestre foreldrerollen er lovende. Selv om foreldrenes opplevelser fra denne studien ikke kan generaliseres, fordi opplevelsene er subjektive og utvalget er lite, håper jeg likevel at denne studien kan stimulere til inspirasjon, nye perspektiver og refleksjoner, samt at det kan inspirere barneverntjenestene til å opprette MST-CAN som en del av tiltaksapparatet.

7 Referanser

- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag AS
- Abrahamsen, N. (2016). *Ved omsorgssvikt: behandler hele familien*. Budstikka. Hentet 7.april 2020 fra: [https://www.budstikka.no/nyheter/ved-omsorgssvikt-behandler-hele-familien/162714/!](https://www.budstikka.no/nyheter/ved-omsorgssvikt-behandler-hele-familien/162714/)
- Anker, T. (2020) *Analyse i praksis – En håndbok for masterstudenter*. Cappelen Damm Akademisk
- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping*. San Francisco, Jossey-Bass
- Ardito, R.B. og Rabellino, D. (2011). *Therapeutic alliance and outcome of psychotherapy: historical excursus, measurements and prospects for research*. *Frontiers in psychology*, 2. DOI:10.3389/fpsyg.2011.00270
- Barne- likestillings og inkluderingsdepartementet (2014). *En god barndom varer livet ut. Tiltaksplan for å bekjempe vold og seksuelle overgrep mot barn og ungdom (2014–2017)*. Hentet 7. april 2020 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/foa/bld_overgrep_web.pdf
- Barnevernloven (2019). Lov om barneverntjenester (LOV-2019-06-21-30) Hentet fra 14.april 2020 fra: <https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100>
- Bjerke, E. (2016). *Relasjonens betydning i psykoterapi*. Tidsskrift for Norsk legeforening DOI:10.4045/tidsskr.16.0427
- Bordin, E. (1979). *The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance*. *Psychotherapy: Theory, research and practice*, Vol 16(3). University of Michigan.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard
- Brunk, M., Henggeler, S. W. & Whelan, J. P. (1987). *Comparison of multisystemic therapy and parent training in the treatment of child abuse and neglect*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, s. 171-178.

- Datatilsynet (2020). Samtykke – en virksomhet kan behandle personopplysninger dersom den har innhentet gyldig samtykke fra personen eller personene det gjelder. Hentet 8.mai 2020 fra: <https://www.datatilsynet.no/rettigheter-og-plikter/virksomhetenes-plikter/behandlingsgrunnlag/veileder-om-behandlingsgrunnlag/samtykke/>
- Dopp, A.R., Schaeffer, C.M., Swenson, C.C & Powell, J.S. (2018). *Economic impact of Multisystemic Therapy for Child Abuse and Neglect*. Administration and Policy in Mental Health and Mental Health Services Research 45, s. 876-877
- Fahlgren, S. & Sawyer, L. (2005) *Maktrelasjoner och normaliseringsprosesser i välfärdsstaten*. Kvinnovetenskaplig tidskrift, s. 95-106
- Felitti V.J., Anda R.F., Nordenberg D., Williamson D.F., Spitz A.M., Edwards V., Koss M.P. og Marks J.S. (1998). *Relationship of childhood abuse and household dysfunction to many of the leading causes of death in adults: the adverse childhood experiences (ACE) study*. American Journal of preventive medicine. Vol. 14, issue 4, p. 245-258
- Flückiger, C., D., el Re, A., C., Wampold, B. E., & Horvath, A. O. (2018). *The alliance in adult psychotherapy: A meta-analytic synthesis*. Psychotherapy (Chic.), 55(4):316-340
- FNs barnekonvensjon (1989, 20. november). FNs konvensjon om barns rettigheter. Hentet 14. april 2020 fra <https://www.regjeringen.no/nb/dokumenter/fnsbarnekonvensjon/id88078/>
- Forskrift om barns rett til selv å samtykke til deltakelse i forskning. (2017). Forskrift om barn mellom 12 og 16 år sin rett til å selv samtykke til deltakelse i medisinsk og helsefaglig forskning (FOR-2017.06-28-1000). Hentet 14. april 2020 fra <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2017-06-28-1000>
- Fox, S., Bibi, F., Millar, H., Holland & Amaryllis. (2016). *The role of cultural factors in engagement and change in Multisystemic Therapy (MST): Cultural factors in MST*. Journal of Family Therapy, 09/2016. doi: 10.1111/1467-6427.12134
- Friedlander, M.L., Escudero, V., Horvath, A.O., Heatherington, L., Cabero, A. & Martens, M.P. (2006). *System for observing family therapy alliances: A tool for research and*

- practice*. Journal of Counseling Psychology, 53(2), 214-225.
<http://dx.doi.org/10.1037/00220167.53.2.214>
- Frieland, M.L., Escuerdo, V., Heatherington, L. & Dimond, G.M. (2011). *Alliance in couple and family therapy*. I J. C. Norcross (Red.). Psychotherapy relationships that work. s. 92-110. New York: Oxford.
- Geertz, C. (red.) (1973). *The interpretation of culture*. New York: Basic books.
- Glaser, B.G. (1978). *Theoretical sensitivity*. Mill Valley, CA: Sociology press.
- Grimen, H. (2009). *Debatten om evidensbasering – noen utfordringer*. I: Evidensbasert profesjonsutøvelse. Abstrakt forlag
- Grunnloven (2014). Kongeriket Noregs Grunnlov. Hentet fra 7. april 2020 fra:
<https://lovdata.no/lov/1814-05-17-nn/§104>
- Hafstad, G.S., & Augusti, E.M. (Red.) 2019). *Ungdoms erfaringer med vold og overgrep i oppveksten: En nasjonal undersøkelse av ungdom i alderen 12 til 16 år*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. (Rapport 4/2019).
- Herbert, S., Bor, W., Swenson, C.C., & Boyle, C. (2014). *Improving collaboration: a qualitative assessment of finter-agency collaboration between a pilot Multisystemic Therapy Child Abuse and Neglect (MST-CAN) program and a child protection team*. G Australasian psychiatry, Vol 22(4), s. 370-373
- Järvinen, M. & Mik-Meyer, N. (2016). *Kvalitative analysetraditioner i samfundsvidenskabelig forskning*. I Järvinen og Mik-Meyer (Red.) Kvalitativ analyse – syv traditioner (s. 9-27). Hans Reizels forlag.
- Johannessen, E.F., Rafoss, T.W. & Rasmussen, E.B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaur, P., Pote, H., Fox, S., & Paradisopoulos, D.A. (2015). *Sustaining change following multisystemic therapy: Caregiver's perspectives*. Journal of Family Therapy, Advance online publication. doi: 10.1111/1467-6427.12093.

- Kendall, P.C., Hamilton, J.D., Gosch, E., Furr, J.M. & Sood, E.. (2007). *Flexibility Within Fidelity*. Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 47, 9, s. 987-993. Url: <http://doi.org/10.1097/CHI.ObO13e31817eed2f>
- Kvaale, S. & Brinkmann, S. (2014). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko – skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Lewin, K. (1952). *Field theory in social science: Selected theoretical papers by Kurt Lwein*. London: Tavistock
- Madslie, I. (2020, 7.februar). *MST-CAN – Tryggere familier. Et evidensbasert behandlingstiltak for familier der det forekommer vold og/eller omsorgssvikt*. Hentet 14. april 2020 fra <https://www.nubu.no/metoder/MST-CAN/>
- Mørch, W.T. (2012). *Implementering av evidensbaserte tiltak i barnevernet*. Norges barnevern vol 89, s. 136-150. Universitetsforlaget
- Natland, S. og Malmberg-Heimonen, I. (2016) *Familieråd – frigjørende sosialt arbeid innenfor en manualbasert modell?* Tidsskrift for velferdsforskning, vol 19.
- Norman, R.E., Byambaa, M., De, R., Butchart, A., Scott, J. & Vos, T. (2012). *The Long-Term Health Consequences of Child Physical Abuse, Emotional Abuse, and Neglect: A Systematic Review and Meta-Analysis*. PLOS Medicine, 9, 11
- NOU 2012:5. (2015). *Bedre beskyttelse av barns utvikling – ekstpertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Oslo: Barne- og familiedepartementet
- Risjord, M. (2014). *Philosophy of social science*. New York: Routledge
- Skilbrei, M. (2010). *Den som står med begge beina planta på jorda står stille: om kjønn og klasseresier*. Dahlgren, K. & Ljunggren, J. (red.) Klassebilder: ulikhet og sosial mobilitet i Norge.

- Stallman, H.M., Walmsley, K.E., Bor, W., Collerson, E.M., Swenson C.C., & McDermott, B. (2010). *New directions in the treatment of child abuse and neglect in Australia: MST-CAN, a case study*. *Advances in Mental Health*, 9 s.148-161
- Strauss, A.L. & Corbin, J.A. (1990). *Basics of qualitative research: Grounded theory procedures and techniques*. Newbury Park, CA: Sage.
- Straffeloven (2019). Lov om straff (LOV-2019-06-21-52) Hentet 14. april 2020 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2005-05-20-28>
- Suárez, Z. E., Newman, P. A. og Reed, B. G. (2018) *Critical Consciousness and Cross-Cultural/Intersectional Social Work Practice - A Case Analysis*. *Families in society: The journal og contemporary social services*
- Swenson, C.C & Schaeffer, S.M. (2014). *MST-CAN: An ecological treatment for families experiencing physical abuse and neglect*. Urquiza, A. & Timmer, S. (Red.) *Evidence-based approaches for the treatment of maltreated children*, Child maltreatment 3. Springer Science
- Swenson, C.C. & Schaeffer S.M. (2018). *A multisystemic approach to the prevention and treatment of child abuse and neglect..* *International journal on child maltreatment*. 1, 97-120
- Swenson, C.C., Schaeffer, C.M., Henggeler, S.W., Faldowski, R., & Mayhew, A.M. (2010). *Multisystemic therapy for child abuse and neglect: A randomized controlled trial*. *Journal of family psychology* Vol 24, No. 4, 497-507
- Tjora, A. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Norsk gyldendal akademisk
- Thoresen, S., Myhre, M.C., Wentzel-Larsen, T., Aakvaag H.F., & Hjemdal O.K. (2015). *Violence against children, later victimisation, and mental health: a cross-sectional study of the general Norwegian population*. *European Journal of Psychotraumatology*, 6, 1-12. doi:10.3402/ejpt.v6.26259
- Thrane, C. (2018). *Kvantitativ metode – en praktisk tilnærming*. Oslo: Cappelen damm akademisk

Tighe, A., Pistrang, N., Casdagli, L., Baruch, G., & Butler, S. (2012). *Multisystemic Therapy for Young Offenders: Families' Experiences of Therapeutic Processes and Outcomes*. *Journal of Family Psychology*. Advance online publication. doi: 10.1037/a0027120

Watmuff, C., & Ross, E. (2016). *Costs and benefits of MST-CAN in Leeds: A preliminary internal report to the Chief Officer Children's Services*. Leeds: Leeds City Council.

Vedlegg

Det totalt fire vedlegg til oppgaven:

Vedlegg A: Meldeskjema for behandling av personopplysninger – 4 sider

Vedlegg B: Svar fra NSD på søknad om behandling av personopplysninger – 2 sider

Vedlegg C: Intervjuguide – 2 sider

Vedlegg D: Informasjonsskriv og samtykkeskjema – 2 sider

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

Meldeskjema 575126

Sist oppdatert

18.04.2020

Hvilke personopplysninger skal du behandle?

- Lydopptak av personer

Type opplysninger

Skal du behandle særlige kategorier personopplysninger eller personopplysninger om straffedommer eller lovovertrедelser?

- Helseopplysninger

Prosjektinformasjon

Prosjektittel

Foreldreperspektiver på behandlingsprosessen i MST-CAN

Begrunn behovet for å behandle personopplysningene

Intervju med informanter utgjør mitt datamateriale for å besvare forskningsspørsmålet i mastergradsoppgaven.

Ekstern finansiering

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Silje Terese Sæther, s328427@oslomet.no, tlf: 91755908

Behandlingsansvar

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

<https://meldeskjema.nsd.no/eksport/5d94b7ca-5a7d-4e81-85ad-144944d4a264>

1/5

Vedlegg A: Meldeskjema for behandling av personopplysninger - side 2 av 4

1.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sidsel Natland , sidsna@oslomet.no, tlf: 67238119

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Foreldre som har mottatt behandlingen MST-CAN

Rekruttering eller trekking av utvalget

Alle foreldre der barna er under 18 år, har mottatt og har avsluttet MST-CAN behandling i tidsperioden 2017-2019, vil få tilsendt forespørsel om intervjuet. MST-CAN lederen ved teamet i Asker og Bærum vil sende ut dette, slik at personvernet blir ivaretatt da jeg ikke skal vite hvem som får henvendelsen. I informasjonsskrivet står det at de skal ta kontakt med meg innen en uke etter de har mottatt brevet. Videre har jeg satt et begrensing på maks 7 informanter.

Alder

25 - 60

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

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Lydopptak av personer
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Vedlegg A: Meldeskjema for behandling av personopplysninger - side 3 av 4

1.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sidsel Natland , sidsna@oslomet.no, tlf: 67238119

Skal behandlingsansvaret deles med andre institusjoner (felles behandlingsansvarlige)?

Nei

Utvalg 1

Beskriv utvalget

Foreldre som har mottatt behandlingen MST-CAN

Rekruttering eller trekking av utvalget

Alle foreldre der barna er under 18 år, har mottatt og har avsluttet MST-CAN behandling i tidsperioden 2017-2019, vil få tilsendt forespørsel om intervjuet. MST-CAN lederen ved teamet i Asker og Bærum vil sende ut dette, slik at personvernet blir ivaretatt da jeg ikke skal vite hvem som får henvendelsen. I informasjonsskrivet står det at de skal ta kontakt med meg innen en uke etter de har mottatt brevet. Videre har jeg satt et begrensning på maks 7 informanter.

Alder

25 - 60

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

Nei

Personopplysninger for utvalg 1

- Lydopptak av personer
- Helseopplysninger

Hvordan samler du inn data fra utvalg 1?

Personlig intervju

Grunnlag for å behandle alminnelige kategorier av personopplysninger

Samtykke (art. 6 nr. 1 bokstav a)

Grunnlag for å behandle særlige kategorier av personopplysninger

Uttrykkelig samtykke (art. 9 nr. 2 bokstav a)

Redegjør for valget av behandlingsgrunnlag

Informasjon for utvalg 1

Informerer du utvalget om behandlingen av opplysningene?

Ja

Vedlegg A: Meldeskjema for behandling av personopplysninger - side 4 av 4

1.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

Totalt antall registrerte i prosjektet

1-99

Tillatelser

Skal du innhente følgende godkjenninger eller tillatelser for prosjektet?

Behandling

Hvor behandles opplysningene?

- Mobile enheter tilhørende behandlingsansvarlig institusjon

Hvem behandler/har tilgang til opplysningene?

- Prosjektansvarlig
- Student (studentprosjekt)

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

Nei

Sikkerhet

Oppbevares personopplysningene atskilt fra øvrige data (kodenøkkel)?

Ja

Hvilke tekniske og fysiske tiltak sikrer personopplysningene?

- Opplysningene anonymiseres
- Opplysningene krypteres under forsendelse

Varighet

Prosjektperiode

07.10.2019 - 15.05.2020

Skal data med personopplysninger oppbevares utover prosjektperioden?

Nei, alle data slettes innen prosjektslutt

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

Nei

NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

Foreldreperspektiver på behandlingsprosessen i MST-CAN

Referansenummer

575126

Registrert

08.10.2019 av Silje Terese Sæther - s328427@oslomet.no

Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet - storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Sidsel Natland , sidsna@oslomet.no, tlf: 67238119

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Silje Terese Sæther, s328427@oslomet.no, tlf: 91755908

Prosjektperiode

07.10.2019 - 15.05.2020

Status

11.11.2019 - Vurdert

Vurdering (1)

11.11.2019 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet den 11.11.2019 med vedlegg, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde:
https://nsd.no/personvernombud/meld_prosjekt/meld_endringer.html
Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

Vedlegg B: Svar fra NSD - side 2 av 2

1.5.2020

Meldeskjema for behandling av personopplysninger

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle særlige kategorier av personopplysninger om helseforhold og alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 15.05.2020.

LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake.

Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a, jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

PERSONVERNPRINSIPPER

NSD vurderer at den planlagte behandlingen av personopplysninger vil følge prinsippene i personvernforordningen om:

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen
- formålsbegrensning (art. 5.1 b), ved at personopplysninger samles inn for spesifikke, uttrykkelig angitte og berettigede formål, og ikke viderebehandles til nye uforenlige formål
- dataminimering (art. 5.1 c), ved at det kun behandles opplysninger som er adekvate, relevante og nødvendige for formålet med prosjektet
- lagringsbegrensning (art. 5.1 e), ved at personopplysningene ikke lagres lengre enn nødvendig for å oppfylle formålet

DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

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

OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Lykke til med prosjektet!

Kontaktperson hos NSD: Jørgen Wincentzen
Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)

Intervjuguide

Informasjon – gjennomgang av informasjonsskrivet

- Informere om varighet på omtrent 45 minutter.
- Informere om bakgrunn og formålet med intervjuet.
- Forklare hva intervjuet skal brukes til.
- Forklare taushetsplikt og anonymitet.
- Informer om at intervjuet blir tatt opp på båndopptaker.
- Spør om noe uklart, og om informanten har noen spørsmål.
- Informer om samtykke, og sørg for å få muntlig samtykke før man går videre.
- Start opptak.

Oppstart / Tilbud om behandling

- Hvordan fikk du informasjon/tilbud om MST-CAN (av hvem, når, hvordan)
- Hvordan vurderte du dette tilbudet før du takket ja?
- Hadde du mottatt andre hjelpetiltak? I så fall:
 - Hva tenkte du at MST-CAN kunne bidra med/annerledes?
 - Hva slags **forventninger fikk du** til MST-CAN i forkant av behandling?

Sette i gang / Arbeid med problemene

- Hvordan startet dere opp (når/hvor/hvem)?
- Kan du fortelle litt om *hvilke problemer* dere jobbet med?
- *Hvordan bestemte dere* hva dere skulle jobbe med?
 - Opplevde du å *ha innflytelse* på hvilke problemer dere skulle jobbe med? (Blir brukerne involvert i å definere problemene, sette opp målene for arbeidet / både under oppstart og underveis?)

Underveis / Arbeid med problemene

- Hvordan jobbet dere med problemene?
- Hvordan opplevde du at noen kom hjem til dere, og involverte seg i ulike aspekter av livene deres?
- Var det noe ved MST-CAN du ikke likte, eller som var ubehagelig?

- Var det noe med MST-CAN du vil trekke frem som positivt?
- Fortell om hvordan du fikk informasjon i forhold til prosess og vurderinger behandleren gjorde underveis. (Fikk du medvirke i evt endringer i tema/problematikk/mål? Opplevde du informasjon og samarbeid her som tilfredsstillende, eller kunne det vært annerledes?)

Relasjonen til terapeuten og MST-CAN-teamet

- Hvordan opplevde du samarbeidet med terapeuten?
- Hvilke egenskaper ved terapeuten opplevde du som positive?
 - Var disse egenskapene viktige for behandlingen?
- Var det noen egenskaper ved terapeuten som gjorde behandlingen vanskelig?
 - Hvordan påvirket det behandlingen, slik du ser det?

Avslutningsfasen

- Fortell om når og hvordan behandlingen gikk mot sin avslutning
- Følte du deg klar for å avslutte?
- Vurderte du at du nå var i stand til å opprettholde endringene på egenhånd?

Etter behandlingen

- Sett i ettertid; hvordan opplevde du å motta behandlingen MST-CAN?
 - Hvordan var MST-CAN i forhold til forventningene som evt ble skapt?
- Opplever du endring? For eksempel:
 - Har MST-CAN påvirket deg som forelder, i så fall hvordan?
 - Har MST-CAN påvirket familien som helhet, i så fall hvordan?
- Anvender du fortsatt det du har lært? Fortell om dette.
- Hva tenker du om MST-CAN sammenlignet med evt. andre hjelpetiltak du har mottatt tidligere?
- Hva har vært det mest nyttige for deg med MST-CAN?
- Er det noe du ville ha endret med MST-CAN?

Til slutt: Er det noe annet du har lyst til å fortelle?

Vil du delta i mastergradsprosjektet

”Foreldreperspektiver på behandlingsprosess i MST-CAN”?

Dato: _____

Mitt navn er Silje Terese Sæther, og jeg er student ved mastergradsutdanningen i barnevern ved OsloMet Storbyuniversitetet. I min mastergradsoppgave ønsker jeg å få mer kunnskap om hvordan foreldre som har mottatt MST-CAN opplevde behandlingsprosessen. Med dette brevet ønsker jeg derfor å spørre om du kunne tenke deg å delta som informant i min oppgave. Jeg vil her informere om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

På tross av at metoden MST-CAN er utbredt, er det ennå ikke utført studier av hvordan foreldre opplever behandlingsprosessen i MST-CAN. Brukerperspektiver er en viktig kilde til kunnskap, da det kan belyse andre sider av behandlingen enn de sidene som inkluderes når en behandling evalueres innenfor rammen av behandlingsmål og symptomreduksjon. Brukerperspektivet kan belyse hva som mottakeren av behandlingen selv synes fungerer godt eller mindre godt, samt mulige forbedringspunkter, som ellers vil være vanskelig å få øye på.

Problemstillingen for prosjektet er:

Hva kjennetegner foreldrenes opplevelser av behandlingsprosessen i MST-CAN?

Opplysningene som du som informant deler med meg, vil utgjøre datamaterialet i masteroppgaven.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er godkjent av Norsk senter for forskningsdata (NSD). Jeg, masterstudent Silje Terese Sæther, er daglig ansvarlig for prosjektet. Videre har jeg førsteamanuensis Sidsel Natland ved OsloMet som veileder.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Du får spørsmål om å delta fordi du har mottatt MST-CAN behandling. Jeg har innhentet tillatelse fra NSD om å få utføre slike intervjuer. Alle foreldre som har mottatt behandling fra 2017-2019, får denne henvendelsen fra meg.

Hva innebærer det for deg å delta?

Hvis du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du møter meg og blir intervjuet om din opplevelse av behandlingsprosessen i MST-CAN. Intervjuet vil ta ca 45 minutter. Sted for intervjuet vil bli avtalt med deg, da det er viktig at du føler deg komfortabel. Videre vil det også indirekte identifiseres opplysninger om deres barn i intervjuet, og vi vil trenge samtykke fra deg som forelder til dette.

Du og ditt barn vil bli anonymisert, hvilket innebærer at personlige kjennetegn vil bli fjernet slik at det ikke er mulig å identifisere dere i den ferdige mastergradsoppgaven.

Intervjuet vil ta form som en samtale der jeg har noen temaer jeg ønsker å spørre deg om, samtidig som jeg er åpen for å tilpasse spørsmålene underveis. Det jeg er særlig interessert i å snakke med deg om, er din opplevelse av MST-CAN-behandlingen:

- Hvordan opplevde du å motta behandlingen MST-CAN?
- Hvordan opplevde du samarbeidet med terapeuten?
- Opplever du at MST-CAN har påvirket deg som forelder og i så fall hvordan?

Vedlegg D: Informasjonsskriv og samtykkeskjema – side 2 av 2

Intervjuet vil bli tatt opp på båndopptager, og lagret i en sikker server ved universitetet.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet, og deltagelse vil være basert på et skriftlig samtykke fra deg. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle opplysninger om deg vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Jeg vil bare bruke opplysningene om deg til det formålet jeg her har informert deg om. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. For å sikre at ingen uvedkommende får tilgang til personopplysningene, vil jeg erstatte navnet og kontaktopplysningene dine med en kode (fiktive navn).

Det er kun jeg og min veileder som har tilgang til intervjuene mens jeg arbeider med oppgaven. Du vil være helt anonym, og opplysninger om deg vil ikke kunne gjenkjennes i en publikasjon. Fortellinger fra intervjuet vil bli gjenstand for analyse. Det er også en mulighet for at masteroppgaven blir publisert som artikkel i et norsk tidsskrift.

Hva skjer med opplysningene ved prosjektslutt?

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.20, og da slettes datamaterialet.

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

- Prosjektansvarlig:
Masterstudent Silje Terese Sæther
telefon: 91755908
e-post: s.328427@oslomet.no
- Veileder:
Førsteamanuensis Sidsel Natland
telefon: 67238119
e-post: sidsna@oslomet.no
- Personvernombud ved OsloMet:
Ingrid S. Jacobsen
telefon: 67235534
e-post: personvernombud@oslomet.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvertjenester@nsd.no) eller telefon: 55 58 21 17.

Hvis du vil stille opp som informant i mitt prosjekt, ber jeg deg om å ta kontakt innen 1 uke etter du har mottatt dette brevet. Du kan ringe meg eller sende en e-post:

telefon: 91755908
e-post: s.328427@oslomet.no

Med vennlig hilsen
Silje Terese Sæther