

# **OSLOMET**

**Christine Pedersen Huste**

---

## **«Å holde tak i hverandre»**

**En studie av profesjonsutøveres beskrivelser og  
begrunnelser av evidensbasert praksis**

**Masteroppgave i Barnevern  
OsloMet – storbyuniversitetet  
Fakultet for samfunnsvitenskap**

## Sammendrag

Blant både forskere og praktikere har evidensbasert praksis vært et omdiskutert tema. Studien søker å undersøke en rekke forhold som kan ha en betydning i profesjonsutøveres møte med barn og ungdom, slik som barn og unge sin medvirkning, kontekst, praktikerens skjønn og metodens betydning for praksisutførelsen. Å gjennomføre en studie som ser nærmere på beskrivelser og begrunnelser av praksis kan gi et innblikk i profesjonsutøveres forståelser av praksis og hvilke hensyn praktikeren tar i møtet med klienten.

Oppgaven tar på bakgrunn av dette utgangspunkt i problemstillingen: *Hvordan beskriver og begrunner profesjonsutøvere i psykisk helsevern for barn og unge sin praksis av evidensbaserte metoder?*

Som en del av studien har jeg gjennomført to fokusgruppeintervjuer med grupper av terapeuter som jobber med den evidensbaserte metoden dialektisk atferdsterapi (DBT). Det ble tatt i bruk fokusgruppeintervju med bruk av vignett der jeg utformet et kasus som i så stor grad som mulig kunne være kompatibel med den evidensbaserte metoden de tok i bruk i sin praksis.

Funnene ble drøftet, diskutert og presentert i lys av det teoretiske grunnlaget for oppgaven. Det fremkom i funnene at terapeutene i stor grad beskriver og begrunner sin praksis i samsvar med metodens beskrivelser. Terapeutene tar i bruk et metodeinternt språk som beskriver sentrale elementer ved behandlingen som de beskriver og begrunner sin praksis ut ifra. I behandlingen blir det tatt i bruk diagnosekriterier, men det er et skille mellom de ulike gruppene om det er symptomet selvmords- og selvskadingsatferd eller diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse som tillegges vekt ved inntak av ungdommer til behandlingen. Videre fremkom det at subjekter i deres tale om behandlingen var mindre utfyllende i terapeutenes snakk. Dette innebærer både den unge, familien og dere selv som utøvere av metoden. Funnene belyser også hvordan terapeutene i ulik grad tok høyde for kontekst i behandlingen.

## Abstract

Evidence-based practice has been a topic of debate among researchers and practitioners. The study aims to investigate various factors that may have significance in the encounter between professionals and children, such as the involvement of children and youth, context, practitioner discretion, and the importance of the method for practice execution. Conducting a study that explores descriptions and justifications of practice can provide insights into how professionals understand their practice and the considerations practitioners make when interacting with clients.

Based on this, the study's research question is: *How do professionals in child and adolescent mental health services describe and justify their practice of evidence-based methods?*

As part of the study, I conducted two focus group interviews with groups of therapists who work with the evidence-based method called Dialectical Behavior Therapy (DBT). Focus group interviews using vignettes were employed, where I created a case that closely aligned with the evidence-based method they used in their practice.

The findings were discussed, analyzed, and presented in light of the theoretical framework of the study. The findings revealed that therapists largely describe and justify their practice in line with the method's descriptions. Therapists use an internally consistent language that describes key treatment elements, which they base their practice on. Diagnostic criteria are utilized in treatment, although there is variation among the groups regarding whether they prioritize the symptom of suicidal and self-harming behavior or the diagnosis of emotionally unstable personality disorder when admitting adolescents for treatment. Furthermore, it emerged that subjects' discussions of treatment were less elaborate compared to the therapists' discourse. This includes both the young individuals, their families, and the therapists themselves as implementers of the method. The findings also shed light on how therapists consider contextual factors to varying degrees in treatment.

## Forord

Gjennom arbeidet med denne oppgaven har jeg utviklet nye og interessante tanker og perspektiver om evidensbasert praksis. Dette har vært et tema som har interessert meg gjennom hele masterstudiet, og jeg er takknemlig for å ha utviklet en dypere innsikt i et praksisfelt som sannsynligvis vil møte meg i nær fremtid. Arbeidet med masteroppgaven har vært en lærerik prosess som jeg er takknemlig og stolt over å ha gjennomført.

Først vil jeg takke informantene som har deltatt i studien. Gjennom deres snakk har jeg fått nye og interessante perspektiver, og det har vært givende og interessant å høre hvordan informantene møtte ungdom i en svært utfordrende livssituasjon.

Jeg vil takke min veileder Oddbjørg Skjær Ulvik som har gitt gode råd, oppmuntrende ord og nye perspektiver gjennom veiledning. Du har vært en støtte og oppmuntring i både gode og mindre motiverende perioder.

Jeg vil også takke familien min og venner som har hjulpet med korrekturlesning og nye perspektiver til oppgaven. Til slutt vil jeg takke samboeren min som har lyttet til alle tanker fra start til slutt av prosessen. I både oppturer og nedturer har du alltid støttet meg og motivert meg til å fortsette arbeidet med oppgaven.

Christine Pedersen Huste,  
Oslo, mai 2023

OsloMet – storbyuniversitetet , Fakultet for samfunnsvitenskap  
Oslo 2023

## Innholdsfortegnelse

|  |           |
|--|-----------|
| <b>Sammendrag</b> .....  | <b>2</b>  |
| <b>Abstract</b> .....  | <b>3</b>  |
| <b>Forord</b> .....  | <b>4</b>  |
| <b>1. Innledning</b> .....   | <b>8</b>  |
| 1.1. Bakgrunn for valg av tema .....   | 8         |
| 1.2. Tidligere forskning på evidensbasert praksis .....  | 9         |
| 1.3. Relevans for barnevernsfeltet .....   | 9         |
| 1.4. Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling .....  | 10        |
| 1.5. Oppgavens oppbygging .....  | 11        |
| <b>2. Redegjørelse av evidensbasert praksis og dialektisk atferdsterapi</b> .....  | <b>12</b> |
| 2.1. Hva er evidensbasert praksis? .....   | 12        |
| 2.2. Evidensdebatten .....   | 14        |
| 2.2.1. Kunnskapsgrunnlaget bak evidensbasert praksis .....   | 15        |
| 2.2.2. Den profesjonelles status og innflytelse .....  | 17        |
| 2.2.3. Makt og politisk styring .....  | 18        |
| 2.3. Hvordan omtaler Bufdir kunnskapsbasert praksis? .....   | 19        |
| 2.4. Hvordan omtaler Ungsinn evidens og kunnskapsbasert praksis? .....   | 20        |
| 2.5. Hva er dialektisk atferdsterapi? .....  | 22        |
| 2.5.1. Bakgrunn for behandlingen .....   | 22        |
| 2.5.2. Elementer i behandlingen .....  | 23        |
| 2.5.3. Effekten av dialektisk atferdsterapi .....  | 25        |
| 2.5.4. Diagnostiske forklaringer på emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskadings- og selvmordsproblematikk ..... | 25        |
| <b>3. Teori</b> .....  | <b>27</b> |
| 3.1. Perspektiver knyttet til evidensbasert praksis .....  | 27        |
| 3.1.1. Individuelt ansvar, skjønn og dømmekraft .....  | 27        |
| 3.1.2. Brukermedvirkning – barn og familiers medvirkning i evidensbasert praksis .....   | 30        |
| 3.1.3. Å definere og kategorisere problemområdene til brukeren .....   | 32        |
| 3.2. Evidensbasert praksis i et systemteoretisk perspektiv .....   | 33        |
| 3.3. Hvordan kan vi forstå språk i et diskursperspektiv? .....   | 35        |
| <b>4. Metode</b> .....   | <b>37</b> |
| 4.1. Målet med studien og valg av metode .....   | 37        |
| 4.1.1. Målet med studien .....   | 37        |
| 4.1.2. Valg av metode: Fokusgruppe .....   | 38        |
| 4.2. Rekruttering og informasjon om utvalget .....   | 39        |
| 4.2.1. Rekruttering av deltakere og kontakt med gruppen .....  | 39        |
| 4.2.2. Utvalget .....  | 40        |
| 4.3. Innsamling av data .....  | 41        |

|           |  |           |
|-----------|--|-----------|
| 4.3.1.    | Intervjuform – fokusgruppe med bruk av vignett .....   | 41        |
| 4.3.2.    | Erfaringer med innsamlingen av empirisk materiale .....  | 42        |
| 4.4.      | <i>Etiske refleksjoner, validitet og reliabilitet</i> .....                                      | 43        |
| 4.5.      | <i>Analyse</i> .....   | 45        |
| 4.5.1.    | Transkribering og oppbevaring av intervjudata .....  | 45        |
| 4.5.2.    | Tematisk analyse .....   | 45        |
| 4.5.3.    | Tema for analysen .....  | 46        |
| <b>5.</b> | <b>Resultater</b> .....  | <b>48</b> |
| 5.1.      | <i>Hvordan defineres målgruppe for dialektisk atferdsterapi? – Diagnose eller symptom?</i> ..... | 48        |
| 5.1.1.    | Hvilken betydning får de komorbide lidelsene for behandlingen? .....                             | 50        |
| 5.2.      | <i>På hvilken måte legger språket i DBT føringer for praksis?</i> .....                          | 52        |
| 5.2.1.    | Forpliktelse og motivasjon .....   | 54        |
| 5.2.2.    | Systematikk er effekt – metoden gir de riktige resultatene.....                                  | 56        |
| 5.2.3.    | Det manglende terapeutsjektet.....   | 57        |
| 5.3.      | <i>Hvordan styres og begrenses praksisutførelsen?</i> .....                                      | 60        |
| 5.3.1.    | Praksisutførelse innenfor rammene av DBT.....  | 61        |
| 5.3.2.    | «Å holde tak i hverandre».....   | 63        |
| 5.4.      | <i>Hvordan posisjoneres ungdom og familie i DBT?</i> .....                                       | 65        |
| 5.4.1.    | Ungdom.....  | 65        |
| 5.4.2.    | Familie.....   | 68        |
| 5.5.      | <i>Hvordan defineres kontekst og hvilken betydning tillegges det i behandlingen?</i> .....       | 69        |
| 5.6.      | <i>Oppsummering av funn</i> .....  | 72        |
| <b>6.</b> | <b>Diskusjon</b> .....   | <b>73</b> |
|           | <b>Litteraturliste</b> .....   | <b>78</b> |
|           | <b>Vedlegg 1: Godkjenning NSD</b> .....  | <b>84</b> |
|           | <b>Vedlegg 2: Informasjonsskriv og samtykkeskjema</b> .....                                      | <b>86</b> |
|           | <b>Vedlegg 3: Opplysningsskjema fra terapeutene</b> .....  | <b>89</b> |
|           | <b>Vedlegg 4: Kasus til intervju</b> .....   | <b>90</b> |

## 1. Innledning

### 1.1. Bakgrunn for valg av tema

New Public Management (videre omtalt som NPM) er et paraplybegrep som inneholder en bølge av reformer med prinsipper fra private organisasjoner som ble implementert for å styrke effektivitet, samt tydeliggjøre kontroll og ansvar i offentlig sektor. Et av målene ved NPM er å oppnå større transparens gjennom å produsere standardiserte og sammenlignbare representasjoner av det som utrettes i offentlig sektor (Almklov, Ulset & Røyrvik, 2017, s.157). NPM preger på denne måten velferdsfeltet og profesjonene (Eide, 2012, s.70). Det er således en klar sammenheng mellom NPM og en utvikling i retning av mer standardiserte metoder (Almklov, Ulset & Røyrvik, 2017, s.158).

Evidensbasert praksis kan ses som forklaring på en manglende treffsikkerhet og bredde i tjenestetilbudet i møtet med barn og unge (Ogden, 2012, s.13). Manualer kan være betydningsfulle for å forsikre seg om at praktikere arbeider i overensstemmelse med de standardene som er ønsket, øke effektiviteten, minske variasjon ved implementering av ny praksis og gjøre det lettere for praktikere å fatte beslutninger om brukerne (Natland & Malmberg-Heimonen, 2016, s.50). Med ønske om å påvirke aktørene og systemene mot å forebygge feil og dårlig kvalitet, har det blitt innført nye begreper, rutiner og prosedyrer fra andre virkeområder i form av internkontroll, kvalitetssikring, kvalitetsovervåkning, styring og kvalitetsutvikling (Ekeland, 2004, s.45).

Psykisk helsevern for barn og unge er et fagfelt som primært dekker barn og ungdom i alder 0-18 år. Arbeidet foregår i et bio/psyko/sosialt/pedagogisk perspektiv. Innenfor psykisk helsevern er det i hovedsak individets situasjon og belastning som skal tillegges vekt (Helsedirektoratet, 2015). Ekeland (2004) omtaler at innenfor barne- og ungdomspsykiatrien har man vært skeptisk til en biomedisinsk diagnosesetting og det har i større grad blitt arbeidet etter systemteoretiske og relasjonelle kunnskapsmodeller. Det er ønskelig at man i større grad er problemfokuseret og har fokus på å se barnet sin atferd i lys av familie og kontekst. Av faglige grunner har det vært en reservasjon mot for sterk individualisering og av



etiske grunner har man vegret mot å påføre barn og ungdom de stigmatiserende konsekvensene en diagnose kan ha (Ekeland, 2004, s.50).

Sosialt arbeid handler om å skape meningsfulle relasjoner til klienten du møter. Denne relasjonen vil derimot bli preget av en rekke ulike kontekstuelle forhold og vil variere fra person til person (Mik-Meyer, 2017, s.21). Armata (2017) peker på at feltet psykisk helse har vært og er fortsatt preget av to tendenser i Norge i dag. For det første er det fokus på demokratisering og økt pasientmedvirkning. På den andre siden er det fokus på effektivitet, kvalitet og forskningsbasert kunnskapsgrunnlag (Armata, 2017). Spørsmålet som reiser seg i den forbindelse er hva den profesjonelle gjør dersom disse forholdene står i motsetning til hverandre og hvilke hensyn og betraktninger blir tatt i disse valgene?

## 1.2. Tidligere forskning på evidensbasert praksis

I Finne og Malmberg-Heimonen (2023) rapporterer forfatterne om norske sosialarbeideres erfaringer med evidensbaserte metoder. Funnene viser at de sosialarbeiderne som har god kjennskap til evidensbaserte metoder og ofte benytter seg av slike metoder har mindre kritiske holdninger til modellen sammenlignet med de som rapporterer at de har mindre kjennskap til evidensbaserte metoder. Forfatterne viser også til fem barrierer for å ta i bruk rammeverket i evidensbasert praksis: 1) bekymringer for en negativ innvirkning på forhold til klienten, 2) mangel på tid, 3) en ovenfra-og-ned implementeringstilnærming, 4) en begrensning av sosialarbeiderens autonomi i beslutningstakingen, og 5) det evidensbaserte rammeverket passer ikke alltid til klienten eller familien sitt behov (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023, s.6-7).

## 1.3. Relevans for barnevernsfeltet

Barnevernsfaget har vært under en endring der det stadig har blitt innført flere standardiserte modeller og forløp i praksis. Kravene til barnevernsinstitusjonene har økt over tid og behovene til barna har blitt større og mer sammensatte. Dermed blir også forventningen høyere til tjenestene. For at direktoratet og departementet kan arbeide systematisk og målrettet med å styrke kvaliteten på institusjonstilbudet har det faglige

innholdet blitt mer kunnskapsbasert og kvalitetssikringen bedre (Prop. 1 S. 2021-2022, s.158).

Bufetat region nord har gjennom flere år jobbet med å utvikle og etablere en modell som ivaretar behovene til den enkelte ungdom og deres familie under institusjonsbasert omsorg og endringsarbeid (Bufdir, 2020, s.2). Omsorgs- og endringsmodellen (heretter omtalt som OEM) har som hensikt å organisere tilbudet til barn i omsorgsinstitusjoner, innenfor rammene av det standardiserte forløpet for omsorgsinstitusjonen. Målet med bruk av modellen er å heve kvaliteten på tilbudet, bedre psykisk helse og øke livskvaliteten til unge i det statlige barnevernet. Modellen har blitt testet og erfaringene er hentet inn fra ungdommene. Foreløpig er tilbakemeldingene positive (Prop. 1 S. 2021-2022, s.160).

OEM er en modell som i utgangspunktet bygger på behandlingsmetoden dialektisk atferdsterapi. Dialektisk atferdsterapi er en evidensbasert metode som har blitt tatt i bruk innenfor psykisk helsevern for barn og unge, med hensikt å forebygge selvskadings- og selvmordsproblematikk. Bakgrunnen for å utvikle OEM er å etablere en felles fagmodell innenfor institusjoner. Målet er å redusere ungdommens oppholdstid på institusjon, samt etablere en driftsmodell for institusjoner som medvirker til økt faglig-, forsvarlig- og økonomisk kvalitet (Bufdir, 2020, s.4). Det blir således et krav til effektivisering, økonomi og større gjennomstrømminger av ungdommer. I tillegg er det utfordrende å gi et godt institusjonelt tilbud til de barn som har store sammensatte utfordringer og som ligger i grenselandet mellom barnevern, psykisk helsevern og kriminalomsorg (Prop. 1 S. 2021-2022, s.154). Ungdom som blir plassert på barnevernsinstitusjoner har i tillegg ofte alvorlige og vedvarende psykiske helseplager (Bufdir, 2020, s.2).

#### 1.4. Oppgavens hensikt og presentasjon av problemstilling

Blant både forskere og praktikere har evidensbasert praksis vært et omdiskutert tema og det har vært et økende søkelys de siste tiårene (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023, s.1). Dette vekker en nysgjerrighet til å undersøke hvordan praktikeres egne erfaringer er ved bruk av evidensbaserte metoder. Å gjennomføre en studie som ser nærmere på beskrivelser og

begrunnelser av praksis kan gi et innblikk i hvordan praksis formes og hvilke hensyn praktiseren tar i møtet med barn og ungdom. At modeller fra psykisk helsevern overføres til barnevernsfaglig praksis, underbygger også nødvendigheten av å gjennomføre slike studier. Dersom man ønsker å implementere evidensbaserte metoder i praksiser som befinner seg i en annen kontekst enn den opprinnelige modellen, kan det være av betydning å innhente informasjon om hvilke erfaringer som har vært tilknyttet disse metodene. Dette perspektivet kan bidra til å skape innsikt i hvordan metodene kan tilpasses i en ny kontekst. Profesjonsutøveres erfaringer kan i en slik sammenheng utgjøre viktige perspektiver. Som følge av dette tar denne oppgaven utgangspunkt i følgende forskningsspørsmål;

***Hvordan beskriver og begrunner profesjonsutøvere i psykisk helsevern for barn og unge sin praksis av evidensbaserte metoder?***

Denne problemstillingen muliggjør å undersøke profesjonsutøveres forståelser og meningsinnhold i deres praksis. Det legges også til rette for å undersøke en rekke forhold som kan ha en betydning i profesjonsutøveres møte med barn og ungdom, slik som barn og ungdoms medvirkning, kontekst, praktikerens skjønn og metodens betydning for praksisutførelsen. Denne studien kan være av relevans for å utforske hvilken betydning de evidensbaserte metodene har i klinisk praksis og hvilke begrunnelser som gis for utførelsen av evidensbaserte tiltak.

### 1.5. Oppgavens oppbygging

I andre kapittel av oppgaven vil jeg gjøre rede for ulike forståelser og definisjoner av evidensbasert praksis, samt vise til evidensdebatten og noen av perspektivene innenfor debatten. Det vil også bli gjort rede for behandlingsforløpet i dialektisk atferdsterapi og bakgrunnen for behandlingen.

I tredje kapittel vil jeg vise til ulike teoretiske perspektiver som vil være et relevant grunnlag for analysen og resultatene. Betydningen av skjønn, dømmekraft, individuelt ansvar og medvirkning er perspektiver som blir belyst. Jeg har også vist til hvordan problemområdene

til brukeren blir kategorisert. Videre har jeg valgt å redegjøre for Luhmann sin systemteori. Denne teorien gir et teoretisk grunnlag for ansvar i den evidensbaserte praksisen. Avslutningsvis vil språkets betydning inspirert av diskursteori bli sett nærmere på. Diskursteori har blitt avgrenset til språkets betydning da dette er et forklarende teoretisk perspektiv for å få en dypere innsikt i informantenes bruk av sitt profesjonelle språk.

I fjerde kapittel vil jeg presentere mine metodiske tilnærminger. Kvalitativ metode, nærmere bestemt fokusgruppeintervju, ble tatt i bruk for å innhente terapeutenes erfaringer med metoden DBT. I denne delen av oppgaven vil jeg gjøre rede for målet med studien, valg av metode, utvalget og hvordan innsamling av data foregikk. Videre vil det bli gjort noen etiske refleksjoner, og diskutert validitet og reliabilitet i forskningen. Avslutningsvis blir det vist til hvordan det analytiske arbeidet av materialet ble gjennomført.

I femte kapittel vil det analytiske arbeidet bli presentert. Resultatene tar utgangspunkt i de analytiske temaene som fremkom i analysearbeidet. Informantenes utsagn vil bli analysert, presentert og drøftet opp mot relevante teorier og perspektiver innenfor evidensbevegelsen. I siste kapittel vil det bli gjort en avsluttende diskusjon og forslag til videre forskning.

## 2. Redegjørelse av evidensbasert praksis og dialektisk atferdsterapi

### 2.1. Hva er evidensbasert praksis?

French (2002, sitert i Ekeland 2009) finner at begrepet evidensbasert praksis blir brukt på minst fem ulike måter; betegnelse på praksis som bygger på forskning, som en måte å håndtere informasjon, strategi for utvikling av profesjonell praksis, som metodikk for å fatte kliniske beslutninger og som styringslogikk (French (2002) sitert i Ekeland, 2009, s.152).

Terum og Grimen (2009) påpeker at evidensbasering kan ses som både et faglig og politisk program. Av den grunn stilles det spørsmål om det bør innføres, hvor, hvordan og i hvilken form den bør innføres (Terum & Grimen, 2009, s.10).

Evidens brukes i ulike ordsammenstillinger og det kan være utfordrende å skille mellom evidensbasert kunnskap, evidensbasert praksis og evidensbasert policy (Terum og Grimen, 2009, s.12). Ogden (2012) forklarer evidensbasert praksis som tiltak, tjenester, programmer og metoder som bygger på og som er evaluert gjennom kontrollert evalueringsforskning. Det gjenspeiler den til enhver tid beste kunnskapen på et praksisområde, og dermed er evidens «ferskvare» som stadig må oppdateres og revurderes (Ogden, 2012, s.11). Sacket et al. (1996) beskriver evidensbasert medisin som den eksplisitte og fornuftige bruken av den for tiden beste evidensen i beslutningstaking. Å utøve evidensbasert medisin innebærer å integrere individuell klinisk ekspertise med kunnskap fra systematisk forskning (Sacket et al., 1996). Kjøbli (2010) legger i sin forklaring av evidens i sosial- og samfunnsfag at det har en moderat betydning. I stedet for å definere evidens som noe endelig bevis for noe, defineres evidens som en teoretisk og forskningsmessig støtte for noe, for eksempel et tiltak eller en praksis (Kjøbli, 2010, s.103).

Som vi ser i de tre definisjonene på evidens legges det ulike beskrivelser til grunn for begrepet. Terum og Grimen (2009) forklarer at dette kan ha sammenheng med at begrepet evidens både beskriver og tar stilling til, og dermed bidrar til å etablere standarder for evaluering. Samtidig uttrykker det forventinger om kvalitet og god praksis (Terum & Grimen, 2009, s.12). Videre viser Ogden (2012) til seks idealkrav som settes i forhold til evidensbasert og standardiserte tiltaksprogrammer.

- i. De skal bygge på et troverdig teorigrunnlag og den til hver tid beste tilgjengelige forskningskunnskapen.
  - ii. De skal evalueres gjennom forskning,
  - iii. De skal være tilpasset brukerens behov og praktikerens kompetanse,
  - iv. Den skal være målrettet og gi gode resultater,
  - v. Den skal etterspørres av brukere og henvisende instanser,
  - vi. De skal la seg innpasse og kombinere med annen pågående virksomhet på praksisstedet. Det er også en fordel at tiltaket er praktisk tiltalende, faglig troverdig, bekreftende ovenfor utøvere og økonomisk lønnsomt.
- (Ogden, 2012, s.23).

## 2.2. Evidensdebatten

Grimen og Terum (2009) viser til at evidensdebatten dreier seg om hvordan man kan sikre at profesjonsutøvelsen er adekvat og forsvarlig, samtidig som det stilles spørsmål vedrørende rettferdig og effektiv fordeling av ressurser. Debatten om evidensbasert praksis handler om å se nærmere på betingelsene og grunnlaget for god profesjonsutøvelse, der frontene i debatten er markante (Terum & Grimen, 2009, s.9).

Finne og Malmberg-Heimonen (2023) viser til at rammeverket i evidensbasert praksis legger opp til en rekke muligheter og fordeler for praksis i sosialt arbeid. Forfatterne viser til at evidensbasert praksis kan forstås som et motsvar til autorisert basert praksis, der beslutninger fattes på bakgrunn av anekdotisk erfaring og tradisjon. EBP-modellen fordrer en prosess som hjelper sosialarbeideren med å knytte best tilgjengelig kunnskap med etiske vurderinger, og dermed reduseres mulighetene for forhastede beslutninger basert på forestillinger og tidligere praksis. Videre viser forfatterne til at klienter aktivt involveres i kartleggings- og planleggingsprosessen. Med dette henvises det til klientens omstendigheter, verdier og preferanser. Her inngår en transparent kunnskapsformidling av best tilgjengelig kunnskap, klientens egne ønsker og inkorporering av brukermedvirkning. Grunnelementene i EBP skal videre fordre en etisk praksis som handler om at sosialarbeideren skal være «en ærlig mekler av kunnskap». Forfatterne forklarer dette som at usikkerhet knyttet til at kunnskap, risikoer og etiske utfordringer skal formidles til klienten (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023, s.4).

Finne og Malmberg-Heimonen (2023) viser også til at EBP har vært gjenstand for stor kritikk fra det ble introdusert i sosialt arbeid tidlig på 90-tallet. Den første kritikken omhandler sosialarbeiderens evne til å kritisk vurdere den beste tilgjengelige forskningen. Dette omhandler at EBP forholder seg til noen bestemte metodologiske perspektiver i beslutningsprosessen, som tar utgangspunkt i naturvitenskapelige metoder. I det andre perspektivet peker forfatterne på at EBP er en trussel mot tradisjonelle verdier i sosialt arbeid, som klinisk ekspertise og klientens verdier og preferanser. Ulike forskere bekymrer seg i tillegg for tap av skjønn, autonomi og at rammeverket kan være en trussel mot den

terapeutiske alliansen mellom sosialarbeider og klient. Videre peker forfatterne på EBP som en positivistisk praksistilnærming som følger en oppskrift og at det dermed begrenser sosialarbeiderens autonomi. Dette perspektivet assosieres med neoliberalistiske prinsipper som standardisering, effektivisering, konkurranse og fokus på økonomisk gevinst. Disse prinsippene står i kontrast til empati, partnerskap og å hjelpe sårbare mennesker som er grunnleggende prinsipper i sosialt arbeid. Til slutt nevner forfatterne et perspektiv som handler om gyldigheten og overførbarheten til intervensjoner i sosialt arbeid. Denne debatten anses som kontroversiell innen psykoterapi. Forfatterne peker på at alle empiriske validerte tilnærminger innen psykoterapi gir likeverdige resultater for pasientens bedring. Dersom det er fellesfaktorer som terapeutisk allianse og empati som er viktigere for utfallet enn den spesifikke terapeutiske intervensjonen, kan det reise spørsmål ved nytten av evidensbaserte terapeutiske intervensjoner (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023, s.4-5). Videre vil jeg se nærmere på og utdype noen av perspektivene i debatten.

#### 2.2.1. Kunnskapsgrunnlaget bak evidensbasert praksis

Ifølge de som følger evidenshierarkiet vil den beste dokumenterte kunnskapen om en intervensjons virkninger finnes i studier med RCT-design (Grimen, 2009, s.205). Ekeland (2009) forklarer at RCT-design, eller randomisert kontrollerte forsøk, er basert på eksperimentelle gruppedesign. I et slikt forskningsdesign sammenligner man en gruppe som får behandlingen eller tiltaket med en annen gruppe som ikke får behandling eller som får en annen type behandling. Disse gruppene skal i prinsippet være basert på deltakere som skal være like på alle uavhengige variabler for å oppnå det beste resultatet av forskningen. Dette er vanskelig å kontrollere for, og dermed forsøker man å sikre dette gjennom randomisering som vil si at deltakerne fordeles tilfeldig på de to gruppene. Det bør også sikres at deltakerne mottar samme behandling, at de får den på samme måte og at de får den for samme diagnose. Videre bør det også sikres at det ikke oppstår noen forskjeller fra tidspunktet for intervensjonen og tidspunkt for måling av effekten på intervensjonen (Ekeland, 2009, s.155).

Innenfor den så kalte «evidensbevegelsen» vil RCT-designede studier bli betraktet som det en ønsker å etterstrebe, og dermed er det rangert øverst i det som omtales som

evidenshierarkiet (Foss Hansen & Rieper, 2009, s.26). Grimen (2009) forklarer at evidenshierarkiet oppfattes som viktig innenfor evidensbevegelsen fordi den viser til kriterier som skal brukes i kvalitetskontroll av kunnskap som evidenstenkningen går innenfor. Videre peker Grimen på at hierarkiet skal vise hvordan man skiller mellom pålitelig og mindre pålitelig kunnskap. RCT-design på studiene ligger som regel øverst fordi den gir mest pålitelig kunnskap og «ekspertoppfatninger» nederst fordi den gir mindre pålitelig kunnskap. Grimen (2009) viser dermed hvordan evidenshierarkiet er et element i evidenstenkningens syn på hvordan kliniske beslutninger skal fattes, og det kan betraktes som den kunnskaps-, beslutnings- og informasjonsteoretiske kjernen i evidenstankegangen (Grimen, 2009, s.212-213).

Ekeland (2009) påpeker at selv om RCT-studier befinner seg øverst i hierarkiet kan annen metodikk inkluderes, så fremst RCT-design og metaanalyser er representert. Kravene og den hierarkiske ordningen tilsier at en metode på høyere nivå alltid vil trumfe metoder på lavere nivå (Ekeland, 2009, s.155). Ved en slik hierarkisk ordning av kunnskap kan det diskuteres om skjønn får mindre plass ved at utøverne strever etter å gjennomføre enhver del av metoden som de har blitt pålagt. Angel (2004) hevder at i sosialt arbeid er kunnskapstilfanget svært sammensatt. Dette er på bakgrunn av at kjennetegn på praksis er sammensatte, verdiladde og profesjonsutøveren står i situasjoner der hun kan risikere å håndtere ubestemte oppgaver (Angel, 2004, s.29). Grimen (2009) viser at evidenshierarkiet er den informasjons-, kunnskaps-, og beslutningsteoretiske kjernen i evidenstankegangen. Han hevder videre at det kan gå svært galt dersom man også gjøre det til sin moralske kjerne (Grimen, 2009, s.215). Dermed vil også kontekst, brukerens medvirkning og den profesjonelles vurderinger spille en rolle i den beslutningstakingen som skal gjennomføres i møtet med klienter. Fossestøl (2013) mener således at i praktiske profesjoner som sosialt arbeid kan det være problematisk å innføre en standard som innebærer at den profesjonelles kunnskap befinner seg nederst i et kunnskapsperspektiv. Det kan føre til at det blir lite rom til særegne utfordringer som inngår i denne typen arbeid (Fossestøl, 2013, s.57).



### 2.2.2. Den profesjonelles status og innflytelse

Mik-Meyer (2017) viser til utfordringer ved at den profesjonelle rollen har endret seg og at det har blitt nye muligheter for å definere den profesjonelle. For det første er sosialarbeideren fanget mellom deres profesjonelle autonomi og som ekspert med kontroll fra øvrige organisasjoner. For det andre arbeider en sosialarbeider ut fra sin personlige profesjonalitet og organisasjoners profesjonalitet i møtet med mennesker, noe som kan skape en splid dersom disse ikke sammenfaller. For det tredje må en sosialarbeider jobbe etter de retningslinjene som er gitt fra organisasjoner som kan ligge langt fra deres praksis, samtidig som de muligens også prøver å endre disse dersom de ikke sammenfaller med egne erfaringer eller brukeren sine ønsker. Forfatteren stiller derfor spørsmål vedrørende sosialarbeiderens ekspertstatus eller profesjonalitet fordi de skal balansere sine egne normer og teoretisk bakgrunn og de byråkratiske retningslinjene (Mik-Meyer, 2017, s.22)

Innenfor ulike profesjoner som lege eller psykolog er det ofte et spesifikt kunnskapsgrunnlag. Å stille spørsmålstegn vedrørende deres praksis kan være utfordrende, nettopp fordi kunnskapsgrunnlaget er så tydelig og spesifikt. Sosialt arbeid derimot er et felt der kunnskapen stammer fra flere ulike kunnskapsgrunnlag, og således står sosialarbeideren ovenfor en situasjon der de er nødt til å forsvare sitt felt (Mik-Meyer, 2017, s.21). Konnerup (2009) hevder at når dokumentasjoner og beskrivelser ikke eksisterer eller ikke er troverdige vil det underminere profesjonens troverdighet. Dersom de profesjonelle har et større fokus på dokumentasjon, systematisk arbeid med kvalitet og innhenting av forskning, kan ekspertstatusen oppnås (Konnerup, 2009, s.104).

Mik-Meyer (2017) beskriver at ordet «profesjonell» kan brukes til å skape en kontekst i situasjonen. Den kan vises i møtet med brukere eller andre kollegaer, og gir en muligheten til å yte sosial kontroll over andre mennesker. Det setter ord på hvem som er «ekspert» og ikke (Mik-Meyer, 2017, s.14). Konnerup (2009) viser videre at en styrke evidensbasering har er at det kan gjøre profesjonene på sosial- og velferdsfeltet mer profesjonelle i den forstand at det kan skape en større troverdighet for profesjonen. Det vil skape en større innflytelse på

politikk og administrasjon dersom man kan vise til at man har svaret på sentrale spørsmål innen profesjonen (Konnerup, 2009, s.106).

### 2.2.3. Makt og politisk styring

Norske politiske utredninger og dokumenter skal som regel inneholde formuleringer som understreker verdien av å bygge på forskning og kunnskap. Det kan komme til uttrykk som ambisjoner om at beslutninger skal bygge på et godt kunnskapsgrunnlag og velferdstjenestene skal være målbare og til å stole på (Ogden, 2012, s.72). Lorentzen (2021) hevder at ekspertkunnskap og henvisning til vitenskap kan ses som et retorisk verktøy med makt til å definere hva som er mulig å si, tenke og gjøre (Lorentzen, 2021, s.72). Grimen (2009) peker på at anerkjennelse som profesjon er politisk aksept av den grunn at man har en viss type kunnskap som ingen andre yrkesgrupper innehar. Innenfor en profesjonsstatus ligger det et løfte om å levere tjenester på bakgrunn av godt dokumentert viten (Grimen, 2009, s.199). Aamodt (2++9) peker på at en grunn til at evidensbaserte programmer har fått feste i praksis er klientens rettigheter til riktig og faglig forsvarlig behandling på den ene siden. På den andre siden vil det være behov for innsyn og kontroll fra ledelse over arbeid og bruk av ressurser (Aamodt, 2009, s.5). Faglige trender og perspektiver vokser gjerne frem når de kan tilby nye tilnærminger og bedre løsninger på utfordringer som fagfolk har strevet med over tid (Lorentzen, 2021, s.17).

Innenfor styringslogikken NPM er det rasjonelt å standardisere produksjon mest mulig, og dermed vil den evidensbaserte praksisen også spille en stor rolle fordi den evidensbasert praksisen vitenskapelig sett skal levere den beste behandlingen (Ekeland, 2004, s.56). Ogden (2012) hevder at grunntanken er at praktikere og forvaltningen skal ha den samme tiltroen til kunnskapen bak den evidensbaserte praksisen. På den måten kan den brukes i både politisk sammenheng og i klinisk praksis (Ogden, 2012, s.17). Det blir et behov for å entydig gjøre det som behandles og måten det behandles på som en del av det å kvalitetssikre tjenestene (Aamodt, 2009, s.8). Aamodt (2017) peker videre på at en profesjonelle kan dermed ende opp mellom ansvaret for klienten, men også ansvaret for å levere den rette behandlingen som organisasjonen tilbyr. Det vil derfor være et poeng at standardiserte

metoder ikke nødvendigvis betyr at barn og ungdoms behov blir ivaretatt (Aamodt, 2017, s.63).

### 2.3. Hvordan omtaler Bufdir kunnskapsbasert praksis?

Bufdir sitt kunnskapsgrunnlag er basert på modellen vist nedenfor, som består av fire ulike komponenter. Praksis skal basere seg på forskningsbasert kunnskap, erfaringsbasert kunnskap og brukerens behov og ønsker i en kontekst. Bufdir omtaler i sin kunnskapsstrategi (2019-2021) at formålet med kunnskapsstrategien er at Bufdir skal arbeide systematisk og langsiktig for å bygge kunnskap på sitt arbeidsområde. Denne kunnskapen skal være relevant og anvendbar for brukerne, beslutningstakerne, utdanningssektoren, praksisfelt og allmenheten (Jacobsen, 2020, s.5).



*Fra Strategi for Bufdir 2017-2020*

(Jacobsen, 2020, s.4)

Det er fem mål som blir omtalt i kunnskapsutviklingen. Bufdir skal bidra til mer forskning på sine områder, sikre at kunnskap er relevant, anvendbar og tilgjengelig, formidle kunnskap av høy kvalitet, formidle statistikk av høy kvalitet og legge til rette for en kunnskapsbasert praksis (Jacobsen, 2020). Bufdir viser at det er områder med dokumenterte utfordringer og kunnskapshull, og kunnskapsutviklingen skal bidra til å dekke disse hullene. De skal i tillegg være basert på anerkjente og velbegrunnede metoder som er tilpasset de problemstillingene

Bufdir jobber med. Dette skal legge til rette for at de tiltakene og beslutningene som blir gjort i praksis skal bli tatt i bruk og skape en endring (Jacobsen, 2020, s.6-8).

#### 2.4. Hvordan omtaler Ungsinn evidens og kunnskapsbasert praksis?

Ungsinn er et elektronisk vitenskapelig tidsskrift om tiltak for barn og unges psykiske helse. Tidsskriftet inneholder systematiske kunnskapsoppsummeringer om enkelttiltak. Tidsskriftet retter seg i hovedsak mot fagpersoner og beslutningstakere i tjenesteapparatet. Det er samtidig en kilde for forskere, myndigheter og andre aktører som har en rolle i beslutninger om hvilke tiltak som skal tas i bruk, evalueres og spres i Norge. Det overordnede målet til Ungsinn er å bidra til bedre kvalitet i arbeidet med barn og unges psykiske helse i Norge. Dette gjøres gjennom å gjøre kunnskap om kvalitet og effekt av ulike tiltak tilgjengelig, stimulere til mer forskning på effekten av ulike tiltak, samt å bidra til en oversikt over hvilke områder som mangler dokumentert virksomme tiltak (Martiniussen et al., 2019, s.8-9).

Forskningsspørsmålet for alle artiklene i tidsskriftet Ungsinn er følgende; *Er tiltak X virksomt når det tilbys i vanlig praksis i Norge?* (Martiniussen et al., 2019, s.8). De ulike tiltakene som vises til på Ungsinn er gradert ut fra kvaliteten på evidens, der de seks graderingene viser til kvaliteten på evidens. Tiltakene graderes på denne måten:

- Nivå 0 – Uvirksomme tiltak
- Nivå 1 – Godt beskrevne tiltak
- Nivå 2 – Teoretisk begrunnede tiltak
- Nivå 3 – Tiltak med noe dokumentasjon på effekt
- Nivå 4 – Tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt
- Nivå 5 – Tiltak med sterk dokumentasjon på effekt

(Martiniussen et al., 2019, s.8)

I Ungsinn sine beskrivelser av evidens legger de vekt på flere organisasjoners syn på evidens. De legger i hovedsak vekt på organisasjonen Society for Prevention Research (SPR). Deres standarder for evidens beskriver kriterier for effektive tiltak undersøkt under kontrollerte betingelser, effektive tiltak dokumentert i ordinær forebyggende/klinisk praksis og tiltak som

ligger til rette for allmenn spredning (Flay et al., 2005). Evidens fra effektstudier skal, ifølge SPR, møte de samme standarder som er i velkontrollerte effektstudier. Det må i tillegg være en klar beskrivelse av tiltaket gjennom manualer, opplæring og materiell slik at metoden kan implementeres på best mulig måte. Årsaksmekanismene, altså de mekanismene som antas å lede til effekt, skal ha en klar teori og selve tiltaket skal ha vært evaluert under naturlige betingelser overfor gitt målgruppe. Denne evalueringen skal vise tydelig til hvilken gruppe resultatene kan generaliseres til og om resultatene har sannsynliggjort den praktiske betydningen. Når disse standardene og kriteriene er møtt er en metode klar for spredning (Eng, 2020).

For at et tiltak kan hevdes å være evidensbasert eller ha empirisk støtte setter SPR høye standarder. Ungsinn tar i tillegg utgangspunkt i andre organisasjoner som har etablert egne kriterier for evidens. Blant disse er Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMHSA), Blueprint, Database of Effective Youth Interventions, California Evidence-Based Clearinghouse for Child Welfare (CEBC) og den amerikanske psykologforeningen (APA) som har listet opp faktorer som vil sikre effektiv psykologisk praksis (EBPP) (Eng, 2020).

De ulike organisasjonene har varierende kriterier for evidens. Til tross for dette er det en enighet om at evidens ikke er en absolutt størrelse, men noe det foreligger mer eller mindre av. Dette fører til at de ulike systemene og organisasjonene graderer evidensen.

Organisasjonene har noenlunde like standarder for sterk evidens, men skiller noe på hva som anses som svakere evidens. Ungsinn sine kriterier for gradering bygger på den nederlandske kunnskapsbasen Database of Effective Youth Interventions der det er mindre strenge kriterier for laveste nivå av evidens (Eng, 2020). På den måte inkluderes flere tiltak som tilbys i vanlig praksis med en tanke om at tiltak som er basert på enkeltstudier kan gi mer informasjon enn ingen forskning. De tre nivåene som er utviklet er teoretisk basert, mulig virksom og etablert virksom. Dersom det er gjennomført nye studier på et tiltak, kan tiltaket vurderes på nytt og dermed oppnå en høyere klassifisering (Veerman & van Yperen, 2007).

## 2.5. Hva er dialektisk atferdsterapi?

Dialektisk atferdsterapi (heretter omtalt som DBT) er et behandlingstilbud for barn og unge i alderen 12-19 år. DBT ble i utgangspunktet utviklet for kvinner med kronisk suicidalitet og emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse. Senere ble den anvendt og tilpasset personer med ulike psykiske lidelser der regulering av emosjoner er sentralt, deriblant ungdom med gjentatt eller kronisk selvskading og/eller selvmordsforsøk (Reedtz & Wergeland, 2020, s.2).

Miller (1997) viser at tilpasningene mot ungdom som har blitt gjennomført i forhold til den opprinnelige behandlingen innebærer at;

- i. Behandlingstiden er forkortet fra 1år til minimum 16 uker
- ii. Foreldrene deltar sammen med ungdommen i ferdighetsgruppe og ved behov i individualterapi
- iii. Reduksjon av antall ferdigheter
- iv. Forenkling av språket

(Miller, 1997 i Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun, 2007).

Reedtz og Wergeland (2020) forklarer at målet med behandlingen er reduksjon av selvmordsforsøk og selvskading. Påfølgende er redusert behov for legevaktbesøk og akuttinnleggelser, samt frafall fra terapi. Sentrale delmål er reduksjon i bruk av rusmidler, reduksjon av sinne og depresjon, samt generell bedring av daglig fungering (Reedtz & Wergeland, 2020, s.2).

### 2.5.1. Bakgrunn for behandlingen

Helsedirektoratet (2021) forteller at villet egenskade er et alvorlig og omfattende folkehelseproblem i flere land. Det er et gjennomsnitt på 18% av ungdom mellom 12 og 18 år som oppgir at de har skadet seg selv med vilje (Helsedirektoratet, 2021). Mehlum et al. (2014) viser at det er mellom 10 og 20 prosent av ungdom som har skadet seg med vilje som har mottatt en form for behandling i ettertid. Forfatterne viser videre at det var et sterkt behov for å utvikle effektive intervensjoner som var tilgjengelig for ungdommer og familier,

og som var gjennomførbare i spesialisthelsetjenesten. Gjentatt villet egenskade er ofte forbundet med personlighetsforstyrrelser, spesielt emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse, og villet egenskade forekommer oftere i takt med denne lidelsen (Mehlum et al., 2014, s.15). Mehlum (2014) peker på at ungdommer med emosjonelt ustabile personlighetstrekk og gjentatt villet egenskade har blitt betraktet som en gruppe som er vanskelig å behandle. Dette grunnet motvillighet til å motta behandling, tendens til å droppe ut av behandlingen og pasientsikkerhetsproblematikk (Mehlum et al., 2014, s.15).

### 2.5.2. Elementer i behandlingen

Nasjonalt senter for selvmordsforskning og forebygging (NSSF) ved Universitet i Oslo er tiltakseier for DBT i Norge. På oppdrag fra Helsedirektoratet har NSSF utdannet rundt 400 DBT-terapeuter i Norge. Denne utdanningen er tilbudt gjennom årlige kurs i metoden. Utdanningen består av to undervisningsuker (totalt 82 timer), samt hjemmeoppgaver og eksamen. Kvalifikasjonskravene til utdanningen innebærer at kandidatene må være utdannet lege eller psykolog med minimum to års klinisk erfaring, eller har treårig helse- eller sosialfaglig utdanning med klinisk spesialistgodkjenning og/ eller videreutdanning i psykisk helsearbeid. Enkelterapeuter tas ikke opp til å utdanne seg i metoden, da det er forutsetninger om at de ulike foretakene skal etablere team på minimum tre terapeuter som skal tilby behandlingsmetoden (Reedtz & Wergeland, 2020, s.4).

I behandlingen DBT innlemmer de kunnskap fra kognitiv atferdsterapi som integrerer kunnskap fra atferdsterapi, kognitiv terapi og læringsteori, samt dialektisk og østlig filosofi. DBT bygger på en bio-sosial forståelse av hvordan mennesker utvikler en svikt i evnen til å regulere egne følelser. Denne svikten forstår de i DBT som både sosialt og biologisk betinget (Universitetet i Oslo, 2020). I DBT forstås dialektikk som evnen til å romme flere sider av samme sak og forstå handlingers eller hendelsers kompleksitet og raskt skiftende karakter (Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun, 2007).

Behandlingen strekker seg over 16-24 uker som bestemmes ut ifra behovet til ungdommen. I disse ukene er det ukentlig gruppe- og individualterapi (Reedtz & Wergeland, 2020).

Universitetet i Oslo (2020) sin nettside om DBT beskrives de fire kjernekomponentene i behandlingen;

- *DBT ferdighetsgruppe* -undervisning som ledes av gruppeledere. DBT-terapeutene underviser i modellens ferdigheter og gir hjemmeoppgaver som ungdommen skal øve på hjemme med sine foreldre. Undervisningen omhandler fire hovedtema som er mindfulness, ferdigheter i å holde ut kriser, ferdigheter i følelsesregulering og mellommenneskelige ferdigheter.
- *DBT individualterapi* – i samarbeide med ungdommen hjelper terapeuten med generalisering av ferdigheter og å forsterke evne til å håndtere vanskelige situasjoner mer effektivt.
- *DBT telefonkonsultasjonsteam* – et tilbud fra individualterapeutene slik at ungdommene kan kontakte terapeuten hvis det er behov for rask og direkte forsterking av ferdigheter.
- *DBT konsultasjonsteam* – behandlere i teamet samles der fokuset er å støtte hverandre med å holde motivasjonen oppe, øke egne bruk av ferdigheter og heve kompetansen slik at de kan bruke metoden best mulig i klientbehandlingen. (Universitetet i Oslo, 2020).

I behandlingen DBT er det fokus på å øve på ferdigheter for å styrke klientens mestring i utfordrende situasjoner. Ferdighetene omhandler *mindfulnessferdigheter (oppmerksomt nærvær)*, *hold-ut-ferdigheter*, *mellommenneskelige ferdigheter* og *følelsesreguleringsferdigheter* (Universitetet i Oslo, 2020). Som en del av behandlingsforløpet opprettes det fire delmål som er hierarkisk ordnet.

- i. Redusere livstruende og annen selvskadende atferd
  - ii. Redusere atferd som forstyrrer terapien
  - iii. Redusere atferd som påvirker livskvaliteten
  - iv. Øke atferdsmessige ferdigheter
- (Brager-Larsen, Magnussen & Hestetun, 2007).



### 2.5.3. Effekten av dialektisk atferdsterapi

Som vist over rangerer Ungsinn graden av evidens på tiltakene de viser til på sin nettside. Dialektisk atferdsterapi er rangert på nivå 4, som tilsier at det er et tiltak med tilfredsstillende dokumentasjon på effekt (Reedtz & Wergeland, 2020). DBT er et av svært få programmer rettet mot ungdom med selvskading og selvmordsrisiko. Resultatet fra én norsk effektstudie gir indikasjoner på at DBT kan bidra til redusert grad av selvmordstanker og selvskading, sammenlignet med forsterket vanlig behandling for ungdom i alder 12-18 år. DBT omtales som et tiltak med et solid teoretisk fundament (Reedtz & Wergeland, 2020).

Morken et al. (2023) viser at virkningen av dialektisk atferdsterapi tilpasset ungdom angir at for ungdom med flere episoder med selvskading har metoden en moderat reduksjon i selvskading sammenlignet med annen behandling. Behandlingen ser også ut til å gi en moderat reduksjon i selvmordstanker, depresjon og håpløshet (Morken et al., 2023).

### 2.5.4. Diagnostiske forklaringer på emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskadings- og selvmordsproblematikk

I diagnosesystemet ICD-10 forklares emosjonelt ustabil personlighetsforstyrrelse som en diagnose som kjennetegnes av impulsive handlinger uten å tenke klare konsekvenser, med et uforutsigbart og svingende stemningsleie. Sterke følelsesutbrudd og manglende evne til å kontroll av eksplosiv atferd er tendenser som kan vises hos personer med denne lidelsen. Videre står det at det er typisk at det foreligger tendenser til kranglete oppførsel og konfliktsøkende atferd dersom de impulsive tankene blir kritisert eller hindret. Forstyrrelser i selvbilde, mål og indre verdier, kronisk tomhetsfølelse, intense og ustabile interpersonelle forhold, tendens til selvdestruktiv atferd som selvmordshandlinger og selvmordsforsøk er kjennetegn på den ustabile typen av en emosjonell personlighetsforstyrrelse (Verdens helseorganisasjon, 2022). Det er rundt 1 av 4 ungdommer i BUP som trolig har en personlighetsforstyrrelse, men de færreste får diagnosen (Wiig, 2023).

Mehlum og Holseth (2009) viser til at det kan være vanskelig å skille mellom selvskading og suicidal atferd. Dette kommer av at de som er selvskadere ofte rapporterer at de har gjennomført selvmordsforsøk. I de senere år har man dermed gått over til å bruke begrepet villet egenskade som en fellesbetegnelse på alle handlinger der en person med vilje skader seg selv, med eller uten suicidal hensikt (Mehlum & Holseth, 2009, s.759). NSSF (2020) peker på at det er ulike grunner til selvskading, men som oftest knyttes de til problemer med å mestre overveldende og ubehagelige følelser. Mange rapporterer om at selvskading demper følelser knyttet til for eksempel sterk angst, tristhet eller nummenhet. Andre oppgir at selvskading kan gi en opplevelse av å gjenvinne eller opprettholde følelsen av kontroll over kropp, tanker og følelser. Videre hevder NSSF at selvskading kan være en metode for å uttrykke følelser og kommunisere med andre om hvordan en har det. Uavhengig av hvilke grunner som oppgis kan selvskading best forstås som en mestringsmåte som kan være effektiv på kort sikt, men uhensiktsmessig over tid (NSSF, 2020, s.1).

I Helsedirektoratet (2012) viser de til at hos noen pasienter kan selvmordstanker og -planer være mer eller mindre konstante. Disse tilfellene blir omtalt som kronisk suicidalitet. Diagnostisk forekommer kronisk suicidalitet oftest hos pasienter med ustabil personlighetsforstyrrelse, samt at rusmiddelbruk og tidligere traumatisering kan forekomme. Videre hevder Helsedirektoratet (2012) at i slike tilfeller er hovedutfordringen at selvmordsrisikoen er forhøyet og pasientens hovedutfordringer er langvarige. Ved kronisk suicidalitet anses det som viktig å etablere en langsiktig behandlingsplan og behandlingsallianse slik at det er mulig å endre pasientens grunnlidelse, øke mestring og slik redusere risikoen for selvmord. Disse pasientene legges ofte inn på døgneheter på grunn av økt selvmordsrisiko. I fagmiljøet nasjonalt og internasjonalt er det konsensus om at innleggelse i døgneheter i flere tilfeller er lite hensiktsmessig for denne pasientgruppen. Kunnskapsoppsummeringen viser at både dialektisk atferdsterapi og dagavdelingsbasert psykodynamisk orientert behandling, sannsynligvis er nyttig for pasienter med kronisk suicidalitet (Helsedirektoratet, 2012, s.25).

### 3. Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg se nærmere på ulike teoretiske perspektiver som vil være relevante i analysen i oppgaven. Til å begynne med vil jeg se nærmere på ulike perspektiver knyttet til evidensbasert praksis. Jeg vil først vise til hvordan individuelt ansvar, skjønn og dømmekraft blir sett opp mot evidensbasert praksis. Videre vil jeg se nærmere på brukermedvirkning og belyse ulike forståelser av barn og familier sin posisjon i den evidensbaserte praksisen. Til slutt vil jeg se nærmere på hvordan man definerer og kategoriserer ulike problemområder hos brukeren.

I den siste delen av teorikapittelet vil jeg gjøre rede for deler av Niklas Luhmann sin systemteori og hvordan dette teoretiske bidraget kan forstås i sammenheng med evidensbasert praksis. Avslutningsvis vil jeg se nærmere på språkets betydning i et diskursteoretisk perspektiv. Diskursteorien har blitt avgrenset til språkets betydning da dette er et perspektiv som vil være relevant for å se nærmere på bruken av det profesjonelle språket i DBT.

#### 3.1. Perspektiver knyttet til evidensbasert praksis

##### 3.1.1. Individuelt ansvar, skjønn og dømmekraft

I arbeid med andre mennesker kan du som profesjonell ha stor påvirkning på den andre du møter, både positivt og negativt. Det er en rekke eksempler på beslutninger som er gjort i beste mening, men som har endt med å ha skadelige bivirkninger man ikke hadde forutsett (Konnerup, 2009, s.89). Praktikere bør derfor kunne redegjøre for arbeidsmetodene de har valgt, hva de inneholder og hvilke resultater de oppnår (Ogden, 2012, s.13). Dersom behandlingen eller intervensjonen kun skal basere seg på sunn fornuft eller det praktikerens tanker vil være det riktige i situasjonen, kan dette føre til mye tilfeldighet i arbeidet, som potensielt kan føre til store skader eller en mangelfull behandling for det mennesket vi skal møte i vår profesjon. Av etiske grunner vil det være viktig å vite om de tiltakene vi gjennomfører er til hjelp, og derfor er evidensbasert og kunnskapsbasert praksis viktig (Kjøbli, 2010, s.103).

Fossestøl (2013) peker på at innenfor sosialt arbeid handler evidensbasert praksis om å tilegne seg en kritisk og systematisk bevissthet. Denne kritiske tilnærmingen vil innebære å ta hensyn til lokalkunnskap, vektlegging av klientens individualitet, viktigheten av brukermedvirkning og bevissthet om teoriers anvendelse (Fossestøl, 2013, s.58). Den evidensbaserte modellen skal hjelpe sosialarbeideren med å knytte best tilgjengelig kunnskap med etiske vurderinger, og dermed reduseres mulighetene for forhastede beslutninger som baserer seg på sosialarbeiderens forestillinger og tidligere praksis (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023, s.4). Natland og Malmberg-Heimonen (2016) viser at det kan være viktig med standarder for å sikre at praktikerne arbeider i overenstemmelse med ønskede standarder, øke forutsigbarhet i praksis, øke effektiviteten og hjelpe praktikerne å fatte beslutning om eller med brukerne (Natland & Malmberg-Heimonen, 2016, s.50). Kjøbli (2010) mener således at det kan godt tenkes at tiltak som bygger på erfaringer eller skjønn fungerer, men før forskningen kan bekrefte det kan det hende at et tiltak gjør mer skade enn nytte (Kjøbli, 2010, s.105). Røysum (2022) mener dermed at det kan være betydningsfullt med standardiserte og generelle tjenester fordi det er ment å være likt for alle (Røysum, 2022)

Grimen (2009) viser til at skjønn er et av områdene som er oppe til debatt i forbindelse med evidenstankegangen. Ingen ønsker å eliminere skjønnet da det er noe av selve kjernen i profesjonsutøvelse, men evidenstenkningen er et forslag på hvordan man kan gjøre det profesjonelle skjønnet mer tilregnelig og ansvarlig (Grimen, 2009, s.211). Øverby (2023) hevder at å ta i bruk faglig skjønn vil si å ta handlingsvalg der det som er fornuftig å gjøre ikke er opplagt (Øverby, 2023, s.6). I sosialt arbeid sin praksis vil det til stadighet oppstå situasjoner der det ikke er opplagt hvilket handlingsvalg som vil være det riktige. Det faglige skjønnet blir dermed en forutsetning for å kunne fatte beslutninger i slike situasjoner.

Forskning på evidensbaserte metoder viser at en av utfordringene med evidensbasert praksis er den forvirringen den innebærer. Dette skyldes lite klarhet i hvordan det skal forstås i forhold til sosialt arbeid sin praksis (Finne, Ekeland & Malmberg-Heimonen, 2020, s.444). Forvirringen krever at de som anvender denne praksisen evner å bruke klinisk skjønn

for å få klarhet i hva som vil være riktig i situasjonen. Grimen (2009) peker på at skjønnnet innenfor evidensbasert praksis vil være viktig å diskutere fordi det kan bidra til individualiserte og rettferdige beslutninger der kunnskapen og reglene er mangelfulle. Samtidig kan skjønn også ha svært negative konsekvenser, som maktmisbruk, vilkårlighet og illegitime grensekryssinger (Grimen, 2009, s.211).

Den profesjonelles dømmekraft vil ha betydning for hvordan klienten blir møtt og hvordan problemet blir tatt hånd om. Christoffersen (2011) hevder at faglig kunnskap og teori er en viktig del av vår dømmekraft som gir oss mulighet til å fatte beslutninger i vårt arbeid. Samtidig er etikken også nødvendig i tillegg til den faglige kompetansen. På den måten har man som profesjonsutøver mulighet til å skape en kritisk distanse, avdekke uforsvarlige sider ved praksis og ha en viss grad av trygghet på at det de gjør også er etisk riktig (Christoffersen, 2011, s.79). Fossetøl (2013) mener dermed at vi som profesjon ikke kan belage oss kun på de evidensbaserte og faglig funderte metodene. Vi må også filtrere kunnskapen gjennom yrkesutøverens praktiske og etiske blikk når metodene skal anvendes. Teoretiske perspektiver blir også situative når de blir anvendt (Fossetøl, 2013, s.62).

En annen forståelse av dømmekraft innebærer å være forpliktet, ikke bare til nedskrevne lover og regler, men også av moralske og etiske normer i profesjonen (Fossetøl, 2013, s.60). Etikk handler om å ta stilling til å gjøre det man selv mener er rett og kunne stå inne for det som er forankret i egne vurderinger. Konvensjoner handler på andre siden om å gjøre det andre vil, eller det andre forventer av deg (Christoffersen, 2011, s.80). Hennem (2016) mener dermed at å handle kun etter det andre har pålagt deg eller forventer kan true dømmekraften i arbeidet med mennesker. Teorier og forskningsbasert kunnskap kan samtidig styre det faglige blikket i en bestemt retning, og dermed kan man risikere å overse andre ting (Hennem, 2016, s.49).

Ved evidensbaserte metoder hevder Grimen (2009) at man kan reise spørsmål rundt hvorvidt det er hensiktsmessig å pålegge profesjonsutøvere å følge rammene når de foretar kliniske beslutninger (Grimen, 2009, s.209). Skjønn forutsetter autonomi, det vil si at man som skjønnutøver er et myndig og handlende subjekt, som må ha frihet til å velge (Ekeland,

2004, s.16). Øverby (2023) viser til at skjønn kan misforståes med at det er en tilfeldig og ubegrunnet handling. Faglig skjønn innebærer å kunne argumentere og begrunne handlingen sin ut ifra et oppdatert og sikrest mulig kunnskapsgrunnlag, nettopp fordi profesjonelle handlinger krever faglige begrunnelser (Øverby, 2023, s.6).

### 3.1.2. Brukermedvirkning – barn og familiers medvirkning i evidensbasert praksis

Barn har lovfestet rett til deltakelse, noe som skaper betingelser for profesjonell praksis (Ulvik, 2009). Til tross for dette er det forskning som tilsier at dette ikke oppfylles i praksis (Gulbrandsen, 2014, s.30). Shier (2001) beskriver en modell som kan brukes som et ekstra verktøy for profesjonsutøvere slik at de kan utforske ulike grader av deltakelse. Modellen baserer seg på fem nivåer av deltakelse. Disse fem nivåene er (1) barn blir lyttet til, (2) barn støttes i å uttrykke sine synspunkter, (3) barns synspunkter tas i betraktning, (4) barn er involvert i beslutningsprosesser, og (5) barn deler makt og ansvar for beslutningstaking (Shier, 2001, s.107). Et slikt verktøy kan være nyttig for å utvikle en handlingsplan for å øke deltakelsen i alle typer organisasjoner som jobber med barn (Shier, 2001, s.116).

Bjørndal (2009) hevder at å være fagperson innebærer å kunne sitt fag og være en person. Det er nødvendig å inneha særskilt kunnskap og nødvendige ferdigheter som får mennesker til å oppsøke hjelpen i utgangspunktet. Utøveren må i tillegg bruke seg selv og lage relasjoner preget av respekt og anerkjennelse (Bjørndal, 2009, s.127). Å skape en vellykket allianse handler om at terapeut og ungdom jobber mot felles mål og skaper enighet om virkemidler, metoder eller arbeidsform i behandlingen (Ulvestad, 2007, s.102). Å jobbe med ungdommen mot felles mål kan skape en følelse av en allianse der ungdommen kan oppleve at de er mindre alene i sitt prosjekt.

Natland og Malmberg-Heimonen (2016) peker på at tilhengere av evidensbasert praksis er positive til en tilnærming der brukeren i større grad er informert og involvert i valg av metoder og program. På den måten blir interaksjonen med hjelpeapparatet en mer åpen prosess (Natland & Malmberg-Heimonen, 2016, s.46). Dette kan føre til at brukeren i større grad vet hva behandlingen går ut på, som igjen kan bidra til større motivasjon og

engasjement fra ungdommen og familien. Finne og Malmberg-Heimonen (2023) peker på at usikkerhet knyttet til kunnskap, risikoer og etiske utfordringer skal formidles til klienten. Dette fordrer en etisk praksis, men det er også et bidrag til å bygge tillit mellom klient og sosialarbeider, noe som kan være et viktig bidrag til videre samarbeid (Finne & Malmberg-Heimonen, 2023, s.4).

Sosialt arbeid handler blant annet om å skape meningsfulle relasjoner mellom klient og bruker. Denne relasjonen vil være kontekstuell og variere fra person til person, noe som tilsier at spesifikke metoder eller bestemte rutiner ikke vil fungere for alle (Mik-Meyer, 2017). Øverbye (2023) hevder videre at dette innebærer at den profesjonelle må sørge for at brukeren medvirking og brukeren kunnskap får en plass innenfor disse rutinene. Brukeren er den som utvilsomt har størst kunnskap om og innsikt i egen livssituasjon (Øverbye, 2023, s.147).

Kritikere av evidensbasert praksis viser til at brukeren erfaringskunnskap kan ende opp med å bli rangert nederst i evidenshierarkiet, og på den måte undermineres (Natland og Malmberg-Heimoen, 2016, s.46). Dersom man ikke gir rom for ungdommens stemme i behandlingen kan det føre til at ungdommens ønsker eller behov blir nedprioritert i til fordel for den forskningsbaserte kunnskapen. Det kan også være vanskelig å ta i bruk slike metoder fordi det vil være ungdommen selv som definerer sitt problem og hvordan det blir forstått av ungdom og sosialarbeider. Øverbye (2023) viser til at validiteten til forskningen kan være vanskelig å gi gyldighet, fordi virkningene av intervensjonen vil være avhengig av brukeren egen forståelse (Øverbye, 2023, s.161).

I tiltak der kommunikasjon mellom bruker og profesjon er en sentral del, vil relevansen av detaljert kunnskap om den enkelte bruker være spesielt viktig (Øverbye, 2023, s.162). Brukermedvirking er noe som er ønskelig i arbeid med mennesker, men det kan bli vanskelig å argumentere for at det er brukermedvirking i metoden dersom brukeren stemme kun blir hørt innenfor visse rammer. Aamodt (2009) peker på at et vellykket samhandlingsløp har vist seg å være avhengig av tilgjengelighet, klientens medvirking og

den profesjonelles fleksibilitet. Dette er ønskelig for alt sosialt arbeid, men denne autonomien kan utfordres når det blir et økende innslag av standardiserte tilnæringsmetoder i flere ledd av undersøkelse, henvisning og behandling (Aamodt, 2009, s.5).

### 3.1.3. Å definere og kategorisere problemområdene til brukeren

Ekeland (2004) viser at i barne- og ungdomspsykiatrien har en i større grad jobbet etter prinsipper der man har større fokus på systemteoretiske og relasjonelle kunnskapsmodeller hvor man ser ungdommen og barnet i lys av sin familie og kontekst, Man har av etiske grunner vegret mot å påføre barn og unge de stigmatiserende konsekvensene en diagnose kan ha (Ekeland, 2004, s.50). Dette er prinsipper som kan bli truet av mer standardiserte forløp og inntaksprosedyrer. Angel (2004) viser til at de evidensbaserte programmene lokaliserer og definerer problemer på individnivå, på bakgrunn av en antagelse om at kjennetegn ved mennesker er målbare størrelser (Angel, 2004, s.26).

Sosialt arbeid har i nyere tid hatt et økt individrettet fokus som har ført til en ny måte å definere og løse problemer (Mik-Meyer, 2017, s.14). Dette er i tråd med den økende innføringen av evidensbaserte metoder. Ifølge Ekeland (2009) forutsetter evidensbasert kunnskap at problemet lar seg definere og avgrense slik at behandlingen blir den samme uavhengig av hvem som mottar behandlingen. Dette er en utfordring i psykisk helsevern siden diagnosene har svak reliabilitet, det er ofte komorbide lidelser og de predikerer ikke riktig behandling i seg selv (Ekeland, 2009, s.158). Martinsen (2012) viser til at barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien i stor grad omhandler en effektdiskurs. Det forskes på bestemte måter på bestemte problemer, og på den måten er det en forventning om at forskningen skal gi et entydig svar på hvilken metode som kan tilbys det enkelte problem (Martinsen, 2012, s.66).

Et annet element ved denne avgrensningen, som for eksempel en diagnose har, er at en diagnose ofte innebærer flere komorbide lidelser. Et krav om helt rene diagnoser kan være problematisk fordi man i klinisk praksis vil møte på ungdom med sammensatte problemer,



og de kan også ha problemer som ikke holder seg stabile innen en gitt diagnostisk kategori (Ekeland, 2004, s.39). Ogden (2012) viser til at standardiserte behandlingsprogrammer som retter seg mot en enkelt diagnose eller avgrensede problemer har blitt kritisert for å være dårlig tilpasset klienter med kombinasjonsproblemer. Dette kan være utfordrende da man ikke kan forutse hvordan de ulike utfordringene vil påvirke hverandre og at disse ikke kan behandles i tur og orden (Ogden, 2012, s.95).

### 3.2. Evidensbasert praksis i et systemteoretisk perspektiv

Niklas Luhmann viser oss hvordan verden blir til gjennom individers, organisasjoners eller systemers blikk på verden, og med det viser han hvordan verden trer frem på bestemte måter. Denne teorien blir omtalt som systemteori og tar utgangspunkt i at enhver form for sosial kontakt er forankret i systemer. Det er systemene som kommuniserer og ikke individene. På den måten tar Luhmann utgangspunkt i at samfunnet ikke består av individer, men at samfunnet kun består av kommunikasjon. Det eksisterer en rekke systemer, og disse kommer til syne dersom det er en forskjell mellom system og omverden (Aakvaag, 2008, s.229-239).

For å forstå verden mener Luhmann at vi må forstå funksjonssystemene. Alle ser verden ulikt og fra sitt eget perspektiv, og hvordan vi forstår fenomener kommer an på hvilket system vi ser det fra (Aakvaag, 2008, s.240). Et eksempel kan være at barnet ditt har deltatt på et skirenn, men ikke vant konkurransen. Et perspektiv kan være sportsperspektivet der man iakttar handlingen ut fra tap/vinn, noe som kan skape en skuffelse fordi barnet tapte. Et annet perspektiv kan være det pedagogiske perspektivet der personen iakttar fra endring/ikke endring. Dersom barnet har trent mye og går mye bedre teknisk på ski en tidligere, kan dette skape en positiv reaksjon fordi man iakttar hendelsen ut fra barnets utvikling. Det er disse iakttakelsene som skaper vår virkelighet og viser til at samfunnet består av konkurrerende beskrivelser og ulik kommunikasjon, der de ulike aktørene mener at de ser samfunnet som en enhet. Systemenes måte å observere verden på er forskjellige, og de kan heller ikke samarbeide eller samordne sine operasjoner med henblikk på å løse en felles oppgave. Systemene opererer uavhengig av hverandre og de snakker forskjellige språk.

Dermed kan de ikke kommunisere med hverandre når de ivaretar sine oppgaver og leverer sine ytelser (Aakvaag, 2008, s.245).

Luhmanns systemteori kan være et interessant perspektiv i forhold til hvordan ansvaret fordeles innenfor evidensbasert praksis. Aamodt (2017) viser at evidensbasert praksis skal sikre lik og rett behandling til brukeren. Å handle i tråd med evidensen kan dermed handle om å følge en plan, fordi denne planen skal sikre en god behandling eller et godt tilbud for klienten du møter. Motsetningen til sikkerhet er risiko, og dersom den profesjonelle handler i tråd med de retningslinjene som er gitt kan man anta at handlingen blir sett i et risikoperspektiv. Dette gir et bilde av at man kan sørge for en sikker fremtid så lenge man handler i tråd med forskningen eller de retningslinjene som er gitt. Luhmann mener derimot at fremtiden alltid vil være en «usikkerhetens horisont», og slike handlinger gir dermed en illusjon om at man kan sikre en ukjent fremtid (Aamodt, 2017, s.72).

Luhmann presenterte derfor risiko/fare perspektivet. Skillet mellom risiko og fare avhenger av hvilke skader som blir tillagt hvem og hvorfor. Hvis skaden er tillagt beslutningen er det snakk om risiko, og dersom skaden skyldes systemets omverden er det snakk om fare (Aamodt, 2017, s.73). I evidensbasert praksis blir det dermed en vurderingssak om man skal handle i henhold til metoden, uavhengig av andre forhold som kan medføre belastninger på barnet/ungdommen eller familien. Dersom intervensjonen ikke går som den skal har dermed den profesjonelle sikret en god jobb dersom hun har handlet i tråd med de retningslinjene som har blitt gitt. Dette utgjør risiko for den profesjonelle og fare for klientene, uavhengig av hvordan intervensjonen utspiller seg. Dersom den profesjonelle velger å handle utenom metodene og tar hensyn til de eventuelle skadene det kan gjøre for en selv, har det blitt handlet i fare perspektivet. Vurderingen av sannsynligheten for at en skade kan inntreffe vil dermed henge sammen med om den eventuelle skaden er et resultat av egen vurdering som den profesjonelle mener den har kontroll på (risiko), eller om skaden vil være et resultat av klientens atferd (fare). Det vil være den profesjonelle som beslutningstaker som vil være forskjell på risiko og fare (Aamodt, 2017, s.74).

Det kan bli problematisk dersom praksis indikerer at den kan sikre fremtiden til klienten. Ved å innføre et fare/risiko perspektiv i motsetning til sikkerhet/risiko vil det bli nødvendig for praktikerens å tenke over når og hvem konsekvensene kan ramme (Aamodt, 2017, s.76). I Luhmann sitt perspektiv vil det dermed ikke være mulig at en behandling kan sies å være sikker fordi man ikke vet hva fremtiden vil bringe, og hvordan intervensjonen vil treffe akkurat den ungdommen eller den familien man møter i sin praksis.

### 3.3. Hvordan kan vi forstå språk i et diskursperspektiv?

En diskurs defineres som *bestemte måter å snakke om bestemte ting innenfor bestemte domener*. «Å snakke om» forstås i vid forstand. Innenfor diskursteori forklares snakk som produksjon av alle typer språklig og symbolsk formidlende «utsagn». På den måten dannes det bestemte diskurser som snakker om bestemte ting innenfor sine respektive domener. Eksempler på dette kan være en medisinsk diskurs, der språket danner grunnlag for hvordan deltakerne snakker om fenomener innenfor sin diskurs. Innenfor enhver diskurs ligger et system av regler og koder som regulerer hva som kan sies, hvordan det skal sies, til hvem, osv. Reglene og prinsippene gir diskursen sin regelmessighet og gjør det mulig å skille en diskurs fra en annen. Diskursteorien sitt formål er å «grave seg ned» til de underliggende strukturene som regulerer diskursen (Aakvaag, 2008, s.309).

Tradisjonelt sett har språket blitt sett på som «et speil» som brukes til å avbilde ting i den ytre verden. Ordet svarer til objektet. Tilsvarende har man forstått hva ordene betyr når man vet hvilke objekter de referer til. Innenfor diskursanalysen hevdes det at dette er et svært snevert syn på språket. Språket hevdes å ha langt viktigere funksjoner, som igjen viser til viktigheten av å analysere diskurser dersom man ønsker å studere sosiale forhold. (Aakvaag, 2008, s.310). Videre vil det vises til de fire funksjonene språket har innenfor diskursteorien.

Språket avspeiler ikke kun en nøytral virkelighet, men diskurser *produserer virkelighet*. Diskursene konstruerer virkelighet gjennom å klassifisere og betegne virkelighet på bestemte måter. Diskursens klassifiseringsprinsipper og kategorier avgjør på den måten

hvordan ting er og hvordan de henger sammen. Verden slik vi oppfatter den er diskursrelativ, og det å befinne seg innenfor forskjellige diskurser er følgelig også å leve i forskjellige virkeligheter (Aakvaag, 2008, s.310).

Diskurser produserer også subjekter. Subjekter er skapt av diskurser i den forstand at diskurser etablerer subjektposisjoner som deltakerne kan innta. På denne måten dannes det subjekter med avgrensede identiteter og dermed vet personene hvem de er. Ulike diskurser skaper ulike subjektposisjoner. Gjennom å legge vekt på en diskursiv subjektproduksjon desentrerer diskursteorien subjektet, og dermed blir det diskursene som skaper subjektene, ikke subjektene som skaper diskurser (Aakvaag, 2008, s.310-311).

Diskurser produserer ikke kun individuelle, men også kollektive identiteter. Alle former for gruppedannelse krever at fellesskapet representeres symbolsk på en eller annen måte. Ifølge diskursteoretikere skjer dette gjennom diskursene ved at disse synliggjør at det finnes et «vi» og de fastlegger hvor grensene for dette «vi» går. På den måten gjøres det klart hvem som er innenfor og hvem som er utenfor gruppen. Når diskurser betegner en gruppe som eksisterende, begynner deltakerne også å oppføre og tenke deretter med konsekvens om at gruppen faktisk begynner å eksistere. Dette kan ses på som en form for selvoppfyllende profeti (Aakvaag, 2008, s.311).

Diskurser produserer til slutt sosiale fakta, altså institusjoner og sosiale praksiser. Sosiale relasjoner og hva mennesker gjør sammen reguleres ifølge denne teorien av diskurser. Fordi diskursene fastlegger hvordan virkelighet og samhandlingssituasjoner skal defineres, hva som er normalt og unormalt, hva som er akseptabelt og uakseptabelt, hva vi kan kreve av hverandre, hvilke forventninger som knytter seg til ulike subjektposisjoner, hvem som tilkjennes retten til å gjøre bestemte ting, hvordan sosiale relasjoner naturaliseres, osv., reguleres også samhandlingen. Diskursanalysen er på denne måten ikke kun epistemologisk konstruktivistisk, som vil si at all kunnskap konstrueres via diskursene, men den er også sosialkonstruktivistisk. Sosiale fakta konstrueres og formes gjennom de diskursene vi bruker til å uttrykke og organisere sosiale relasjoner. Som følge av sosialkonstruktivismen er

diskursteorien også grunnleggende antiessensialistisk. Identiteter og sosiale relasjoner er et resultat av sosiale konvensjoner og er på den måten sosiale konstruksjoner. Dermed er det ikke gitt hva en sosial konstruksjon vil være og konstruksjonene kunne dermed vært annerledes. Kategoriene og de sosiale relasjonene som springer ut av de er diskursive konstruksjoner og ikke et uttrykk for naturlige essenser (Aakvaag, 2008, s.311-312).

Videre i oppgaven vil jeg bruke de ulike teoretiske perspektivene i analysen. Perspektivene vil ses i sammenheng med terapeutenes utsagn der de beskriver og begrunner sin praksis i DBT. I resultatdelen viser jeg til hvordan jeg har tatt i bruk de teoretiske perspektivene og hvordan disse kan knyttes opp mot terapeutenes utsagn.

## 4. Metode

I denne delen av oppgaven vil jeg beskrive og begrunne valg av metode. Det vil gjøres rede for utvalget og hvordan prosessen med innhenting av data gikk for seg. Videre vil jeg diskutert ulike etiske refleksjoner rundt innsamlingen av data, og en vurdering av reliabilitet og validitet. Avslutningsvis vil jeg i analysedelen vises til hvordan dataene har blitt behandlet og hvordan analysene har blitt gjennomført i etterkant av intervjuene.

### 4.1. Målet med studien og valg av metode

#### 4.1.1. Målet med studien

Kunnskapsbasert praksis er en integrering av tre kunnskapskilder. Den for tidens beste vitenskapelige kunnskap, brukerens erfaringer og ønsker, og den profesjonelles erfaringer og kompetanse (Ogden, 2012, s.70). For å undersøke forskningsspørsmålet som omhandlet beskrivelser og begrunnelser for praksis, ville det derfor være relevant å utforske temaer innenfor de tre kunnskapskildene. Tema jeg ønsket å utforske var samarbeid med ungdommen, familie og andre kollegaer, hvordan ungdommen påvirker sin egen behandling, hvilken rolle terapeutene har i modellen og hvordan de stiller seg til komorbide lidelser. Jeg ønsket også å stille spørsmål om hvilke tanker de hadde til at lignende modeller muligens kan bli innført i barnevernsinstitusjoner der det jobbes miljøterapeutisk. Dette kunne være

et bidrag til å høre de grunnleggende holdningene rundt modellen. Spørsmålene søkte å finne gruppens meningsinnhold og egne formuleringer (Brandth, 1996, s.152).

Å søke meningsinnholdet kan være utfordrende i en gruppe som jobber med samme evidensbaserte metode og som har sin egen måte å omtale om sin praksis. Målet med forskningen var dermed å finne gruppens kollektive forståelse av sin praksis og få tak i de beskrivelsene og begrunnelsene som lå til grunn for deres praksisutførelse. Det var ønskelig å få tak i subjektene meningsdimensjon fra deres ståsted. Dette var ikke nødvendigvis en sosial sannhet, men en konstruksjon av den virkeligheten terapeutene befant seg i (Jenssen, 2021, s.253). På den måten ga det innsikt i terapeutenes egne opplevelser og en mulighet som forsker til å utforske disse meningsdimensjonene.

#### 4.1.2. Valg av metode: Fokusgruppe

I denne oppgaven tar jeg utgangspunkt i kvalitativ metode i datainnsamlingen.

Forskningsspørsmålet har fokus på hvilke beskrivelser og begrunnelser profesjonsutøvere i psykisk helsevern for barn og ungdom har i sin bruk av evidensbaserte metoder. Kvalitativ metode er spesielt egnet å bruke som forskningsmetode dersom man vil undersøke deltakernes erfaringer. Dersom man bruker kvalitativ metode er man spesielt opptatt av at mennesker kontinuerlig er i et sosialt fellesskap der de skaper mening til sine erfaringer. Det setter rammer for personlig meningsskaping (Magnusson & Marecek, 2015, s.4).

Bruk av intervju er den vanligste metoden for innsamling av kvalitativ data (Magnusson & Marecek, 2015, s.25). På bakgrunn av forskningsspørsmålet mitt valgte jeg å benytte meg av fokusgruppe som intervjumetode. Fokusgrupper er egnet når vi ønsker å utforske erfaringer, holdninger eller synspunkter i et bestemt miljø (Malterud, 2012, s.22).

Jeg ønsket at informantene kunne diskutere sin praksis slik de gjør i det daglige sammen med kollegaer. Å skape en diskusjon der jeg som intervjuer kunne trekke meg tilbake og innta en observerende posisjon i samtalen var ønskelig. Dette var med hensyn av at informantene kunne diskutere saken de fikk fremlagt på en måte som var mest mulig lik en

tenkt praksissituasjon. På bakgrunn av at studien ikke sentrerte seg rundt temaer av privat grad egnet det seg også å bruke fokusgruppe (Brandth, 1996, s.146).

## 4.2. Rekruttering og informasjon om utvalget

### 4.2.1. Rekruttering av deltakere og kontakt med gruppen

Ved rekruttering av informanter til fokusgruppe var jeg i første omgang ikke opptatt av hvilken evidensbasert metode de tok i bruk, da forskningsspørsmålet ikke la noen føringer for dette. Jeg kontaktet flere institusjoner som jobbet evidensbasert, men opplevde det utfordrende da det var stor pågang innenfor psykisk helseverns institusjoner. Innenfor psykisk helsevern jobber det flere ulike profesjoner. Dette kan føre til stor pågang for forskning, ettersom det finnes flere studieretninger som ønsker å komme i kontakt med informanter.

Jeg fikk omsider tak i to terapeuter som jobbet med dialektisk atferdsterapi (videre omtalt som DBT) som ønsket å stille til et intervju. Av den grunn ønsket jeg i hovedsak å intervju en gruppe til som arbeidet med samme metode. Det er 40 DBT-team i Norge. Dette innebærer også team som jobber med voksne i målgruppen som har behov for den terapeutiske intervensjonen (Universitetet i Oslo, 2020). Dette ga meg begrensede muligheter for å få tak i en gruppe til, da jeg i hovedsak ønsket å komme i kontakt med noen i Oslo eller i områder nærliggende Oslo. Jeg undersøkte og kontaktet dermed alle DBT-teamene i Oslo-området som jobbet med ungdom og kom i kontakt med et team til som ønsket å stille til et fokusgruppeintervju. Jeg hadde i hovedsak kontakt med lederen av teamet fra hver institusjon for å avtale tid og sted. Deretter snakket de med sine kollegaer slik at de fikk informasjonen de hadde behov for i forkant av intervjuet i form av en e-post med informasjon om gjennomførelse av intervjuet og et informasjonsskriv (Se vedlegg 2). Før intervjuet fylte terapeutene ut et opplysningsskjema slik at jeg kunne få informasjon om blant annet utdanningsbakgrunn, erfaring fra arbeidsplassen og hvor lenge de hadde jobbet med barn eller ungdom (Se vedlegg 3).

I informasjonsskrivet ble det gitt informasjon om formålet med studien, hvem som var ansvarlig for studien, informasjon om personvern og hvordan personvernsopplysninger vil bli behandlet. Dette ble også gjentatt før intervjuet. I tillegg var det foretrukket at de som ble spurt om å delta hadde erfaring med evidensbaserte metoder og minimum ett års erfaring fra arbeidsplassen. Jeg ønsket at de ansatte skulle ha minimum ett års erfaring med tanke på at de kunne ha mulighet til å tilegne seg gode kunnskaper om modellen og at de kunne uttale seg om egne erfaringer ved bruk av metoden. Samtidig var det positivt at noen hadde lenger erfaring med metoden enn andre og at de kom fra ulike utdanningsbakgrunner. Det ga ulike perspektiver og erfaringer med metoden. Gjennom arbeidet med masteroppgaven gjorde jeg meg nye tanker og refleksjoner. Av den grunn oppgis det en annen problemstilling i vedlegg 2, da intervjuene foregikk i begynnelsen av prosessen med oppgaven.

#### 4.2.2. Utvalget

Utvalget besto av til sammen syv autoriserte DBT-terapeuter, der alle var kvinner fra alderen 33 år til 52 år. Terapeutene hadde ulik utdanningsbakgrunn og det varierte hvor lenge de hadde arbeidet med DBT. Utvalget besto av klinisk barnevernspedagog, sosionom eller vernepleier, sykepleier, familieterapeut og psykolog. Erfaring fra DBT varierte fra 2,5 år til 14 år. På den måten var gruppesammensetningen basert på et utvalg med ulike perspektiver på ungdom, både i lys av erfaring og utdanning.

Den tenkte gruppestørrelsen og antall informanter var to grupper på mellom fire og seks personer. De endelige gruppene besto av en gruppe på fem og en gruppe på to informanter. Gruppen på to var i utgangspunktet mindre enn jeg hadde tenkt, og i forkant av intervjuet hadde jeg noen bekymringer rundt om det kom til å bli et kortere intervju, mindre diskusjoner og dermed mindre materiale å bruke til oppgaven. De to informantene viste derimot stort engasjement for praksis, og de spilte mye på hverandre i diskusjonene og refleksjonene de gjorde. De tenkte utfordringene viste seg dermed å ikke stemme. I intervjuet fikk jeg også underbygget noen av mine tanker vedrørende det å intervju kollegaer sammen. Intervjuet foregikk på gruppens arbeidsplass, noe som var ønskelig for



begge gruppene da de ønsket å gjennomføre intervjuene i arbeidstiden. Å intervju på deres arbeidsplass kunne også bidra til en form for trygghet.

Jeg ønsket å etablere grupper med ansatte fra samme arbeidssted da det var hensiktsmessig å undersøke det kollegiale samarbeidet og den interne diskursen i teamet. Samtidig anså jeg det å være mer komfortabelt og kjent å snakke med noen man jobber tett sammen med og har diskutert lignende tema med tidligere. I grupper der deltakerne kjenner hverandre er det lettere å gi fri flyt i diskusjonen, i motsetning til når deltakerne møter hverandre første gang (Malterud, 2012, s.45). På den andre siden kunne det være mindre sannsynlig å få frem ulike meninger om temaet da teamene jobbet tett og samarbeidet mye i praksis, samt at informantene følger en spesifikk modell som har gitte retningslinjer. Ved å samle informanter fra ulike arbeidsplasser hadde det vært interessant å se om informantene hadde samme oppfatning av praksis. På den andre siden anså jeg det som mer hensiktsmessig å sammenligne de ulike svarene i etterkant av intervjuene og undersøke dette i analysedelen av forskningen.

### 4.3. Innsamling av data

#### 4.3.1. Intervjuform – fokusgruppe med bruk av vignett

For å oppnå den beste innsikten i deltakernes historier og erfaringer var det mest hensiktsmessig å gå for en mindre strukturert intervjuform og intervjuguide. Intervjuer som er mindre strukturert får ofte frem deltakernes historier og erfaringer fra deltakernes eget synspunkt (Magnusson & Marecek, 2015, s.3). Av den grunn valgte jeg å gjennomføre et fokusgruppeintervju med bruk av vignett der jeg utformet et kasus som i så stor grad som mulig skulle være kompatibel til den evidensbaserte metoden som institusjonen brukte. Kasuset tok utgangspunkt i en gutt som hadde en rekke ulike utfordringer knyttet til suicidalitet, familie og øvrig nettverk (Se vedlegg 4).

Jeg hadde selv utformet kasuset med ulike elementer for å skape en diskusjon rundt temaer som jeg ønsket å få større innsikt i og som jeg anså som sentrale for å tilegne meg forståelse om hvordan informantene jobbet med metoden. Kasuset tok utgangspunkt i tidligere

opplevelser fra min egen praksis i psykiatrien, noen kasus fra tidligere emner på studiet og inspirasjon fra hvordan metoden var beskrevet på blant annet Ungsinn sine nettsider.

Kasuset ble gitt til terapeutene når jeg møtte de for å gjennomføre intervjuet. Det var ikke ønskelig at informantene skulle diskutere kasuset i forkant av intervjuet da dette kunne føre til at deltakernes individuelle synspunkter gikk tapt.

Jeg hadde utformet noen spørsmål i forkant av intervjuet i tilfelle kasuset ikke skulle skape den diskusjonen jeg hadde sett for meg og som var ønskelig for å produsere ønsket empirisk materiale. Under intervjuet brukte jeg også notater underveis for å kunne hente frem tema og utsagn som var ønskelig å få mer innsikt i. Notatene fra første intervju ble tatt i bruk i det andre intervjuet, og på den måten kunne jeg ta opp igjen spørsmålene og anvende de for å utforske noen av de samme problemstillingene. Dette ga meg mulighet for å se etter paralleller og ulikheter mellom de to gruppene, som var tenkt at kunne bli interessante funn senere i oppgaven. Noen av spørsmålene gikk ut på å forstå terapeutenes bruk av begreper fra modellen. Å stille det som kan oppfattes som «dumme spørsmål» kan gi muligheten til å komme bak handlingene og den standardiserte måten å snakke på (Nilsen, 2020, s.367). Siden DBT var en metode jeg hadde lite kjennskap til var det også hensiktsmessig å gjøre dette for å tilegne meg mer kunnskap om og forståelse av metoden.

#### 4.3.2. Erfaringer med innsamlingen av empirisk materiale

Opplevelsen rundt intervjuet var at kasuset skapte entusiasme og gode diskusjoner i første intervjuet. Deltakerne omtalte kasuset som svært relevant for sin metode, og det førte naturlig til diskusjoner innenfor temaer som det var ønskelig å utforske og få en bredere innsikt i. Jeg kunne ta en tilbakeholden rolle og lytte til hva deltakerne hadde å si. Til tider stilte jeg spørsmål dersom det var ønskelige med mer klarhet i eller det var spørsmål rundt synspunkter fra deltakerne. Dette ga mulighet til å observere den interne diskursen og få innsyn i hvordan terapeutene gjør sin praksis.

I det andre intervjuet opplevde jeg at jeg måtte ta en mer aktiv rolle som intervjuer sammenlignet med det første intervjuet. Kasuset skapte ikke en like god start på diskusjonen

i gruppe to og jeg opplevde at de var noe mer kritisk til måten det var formulert og den problematikken gutten hadde. Spørsmålene som var formulert på forhånd og refleksjoner fra forrige intervju gjorde at diskusjonen fikk en bedre flyt utover i intervjuet og jeg kunne innta en mer tilbakeholden rolle. Denne gruppen tok ikke i bruk kasuset i like stor grad og snakket mer rundt tema som jeg stilte spørsmål rundt.

#### 4.4. Etske refleksjoner, validitet og reliabilitet

De epistemiske og ikke-epistemiske verdiene var noe jeg som forsker måtte ta hensyn til gjennom hele prosessen med å utforske terapeutenes erfaringer. Ikke-epistemiske verdiene vil influere forskningen i form av sosiale, personlige eller politiske verdier (Jenssen, 2021, s.89). Ikke-epistemiske verdier som min holdning til evidensbaserte metoder var viktig å holde objektive slik at de ikke skulle spille en avgjørende rolle i gjennomføring av intervjuene eller i analysearbeidet. Som forsker forsøkte jeg å innta en så objektiv rolle som mulig slik at mine egne tanker om evidensbaserte metoder og tidligere erfaringer fra feltet ikke skulle påvirke intervjusituasjonen og analysen. Siden jeg ikke selv har jobbet med eller hadde kjennskap til metoden var det lettere å innta en slik posisjon. Dette ga meg mulighet til å få bredere innsikt i metoden slik terapeutene kjenner den og gå inn i materialet i ettertid med et analyserende blikk. På den ene siden er kasuset basert på mine personlige erfaringer og utfordringer fra tidligere arbeid, som kan ha påvirket mitt syn på terapeutenes tilnærming til å løse problemene. På den andre siden brukte ikke min nåværende arbeidsplass de samme metodene, noe som gjorde meg nysgjerrig på alternative tilnærminger. Dette ga meg mulighet til å få beskrivelser om hvordan informantene gjør kunnskap ut fra sin teori- og utdanningsbakgrunn.

Informantene arbeidet med en metode de selv utalte at de hadde tiltro til og hadde gode erfaringer med. Dette kan svekke reliabiliteten til forskningen på den måten at de kan forme informasjon ut fra sin positive holdning til metoden eller unnlate å vise til situasjoner der den ikke har fungert godt nok. Dette var noe jeg som forsker var interessert i å få vite mer om, og jeg stilte derfor informantene spørsmål om de hadde erfaringer der metoden ikke har samsvart med praksis eller at de har måtte ty til egne refleksjoner utenom metoden. På

den måten kunne forskningen vise en større reliabilitet og flere refleksive tanker rundt metoden fra informantene. I analysen var det tydelig at terapeutene «snakket samme språk», noe som kan tilsa at de er noe farget av metoden da de tok i bruk et metodeinternt språk.

I oppfølgingsspørsmålene la jeg ikke vekt på å kritisere eller stille spørsmål rundt svarene de ga på en måte som viste at jeg var kritisk til eller tvilte på metoden. Terapeutene fikk fritt spillerom til å diskutere kasuset og spørsmålene på en slik måte som ga rom for at jeg kunne få svar på forskningsspørsmålet. De fikk på den måten utalt seg på en måte som ga rom for å snakke om DBT og måten de jobber med denne metoden i lys av sin profesjon og sine erfaringer. Studien var en vignettstudie, noe som kunne bidra til at intervjuet kunne åpne opp for refleksjoner om en tenkt praksissituasjon. Siden jeg ikke var til stede under en terapitime eller gjorde observasjonsstudier var det ikke mulig at studien tilsvarte en situasjon som ville vært lik deres praksis. Studien kan derimot se på hvordan terapeutene omtalte og begrunnet sin praksis.

Gruppen ble intervjuet på sin arbeidsplass og sammen med kollegaer. Dette kan ha gitt lite rom for å uttale seg om deler ved metoden de opplevde at ikke fungerte eller vise til ulike utfordringer ved metoden eller arbeidsplassen. Det kan føre til at terapeutens rolle i gruppen kan utfordres av den interne diskursen på arbeidsplassen. Hensikten var å høre terapeuters erfaringer med metoden og det kan ha satt enkeltindividene i gruppen i en vanskelig etisk situasjon dersom de var svært uenig i arbeidsstedets praksis. Dette er også noe som jeg tok i betraktning før jeg valgte å gjennomføre et gruppeintervju.

I resultatdelen av oppgaven var det viktig for meg at terapeutene kunne kjenne seg igjen i utsagnene dersom de ønsket å lese oppgaven i ettertid. Dette var et etisk anliggende perspektiv for meg som forsker. Det var viktig av den grunn at terapeutene ikke skulle sitte igjen med en følelse av at jeg som forsker har presentert dem på en måte som ikke stemmer overens med deres egne uttalelser og erfaringer.

Det vil ikke være mulig å generalisere funnene fra studien til en større populasjon da den kun tar utgangspunkt i to fokusgruppeintervjuer av DBT-teamene i Norge. Studien gir pålitelige resultater i den grad at terapeutenes erfaringer, kunnskap og innsikt blir representert i svarene. Den viser også forskjeller i kollektiv forståelse på tvers av arbeidssteder. Dette gir verdifulle antydninger om implementeringen av metoden og hvordan ulike terapeuter tilpasser den til sin praksis.

## 4.5. Analyse

### 4.5.1. Transkribering og oppbevaring av intervjudata

Intervjuene ble tatt opp på lydopptaker som et hjelpemiddel for meg som intervjuer. På den måten kunne jeg transkribere intervjuene og gjengi informantenes uttalelser på en nøyaktig måte. Transkriberingen ble gjort rett etter intervjuene. På den måten var det lettere å huske f.eks. kroppsspråk eller egne refleksjoner (Magnusson & Marecek, 2015, s.73). Terapeutene tegnet blant annet på en tavle for å vise til poenger og metoder de brukte. Det var dermed nyttig å transkribere i kort tid etterpå for å kunne gjengi tegningene og samtidig forstå hva de henviste til i lydopptakene.

Navn og andre opplysninger som kom frem i intervjuet ble erstattet med en X da det ikke var av relevans for intervjuene. Intervjuene ble oppbevart på en sikker enhet. Samtykkeskjema, lydopptak og informasjon om deltakerens alder, utdanning og erfaring ble også oppbevart på en sikker enhet slik at kun jeg og min veileder skulle ha tilgang til materialet. Sitatene fra terapeutene ble endret noe språklig for å gjøre de mer leservennlige i resultatdelen. Det var samtidig viktig å ikke endre for mye slik at poengene forsvant eller at det terapeutene sa ble fremstilt på en annen måte enn det de ønsket å få frem. Sitatene gjengis i kursiv for å tydeliggjøre terapeutens utsagn.

### 4.5.2. Tematisk analyse

Ved å undersøke deltakernes uttalelser om erfaringer med DBT var det ønskelig å se nærmere på hvordan denne meningsdannelsen oppstod. Mennesker kan gi mening til sine historier, både implisitt og eksplisitt. (Magnusson & Marecek, 2015, s.47). Det var dermed

interessant å se hva som ikke blir sagt. I analysen hadde jeg som hensikt å se nærmere på de utsagnene terapeutene kom med, analysere disse opp mot relevant teori og se etter likheter og forskjeller mellom de to intervjuene. Jeg anså det som nyttig å se nærmere på eksplisitte utsagn som ikke direkte kommenterte fenomenet eller som ikke ble sagt, men som allikevel kunne gi nyttig materiale til analysen.

I analysen ble det brukt tematisk analyse for å kunne finne grupperinger i dataene med viktige fellestrekk (Johannesen, Rafoss & Bøvre, 2019, s.280). Når intervjuene var transkribert, leste jeg gjennom de i sin helhet for å skaffe meg en viss oversikt over materialet. Etter å ha lest gjennom og gjort meg kjent med materialet gikk jeg i gang med koding av materialet. Jeg gikk inn i dokumentet og uthevet sitater fra terapeutene som fanget min oppmerksomhet, og som jeg ønsket å se nærmere på. Deretter skrev jeg også kommentarer til noen av sitatene for å fremheve viktige poenger eller stille spørsmål til materialet. Videre var det ønskelig å sortere dataene i mer overordnede kategorier, eller temaer (Johannesen, Rafoss & Bøvre, 2019, s.284). Temaene gikk igjen flere steder i teksten og de ble sett ut ifra de spørsmålene jeg hadde stilt til informantene under intervjuene.

#### 4.5.3. Tema for analysen

Det var ønskelig å se på likheter og forskjeller mellom de to gruppene. Siden evidensbasering skal sies å gi mest mulig rett og lik behandling var det interessant å se på om det var store ulikheter eller om gruppene ga like svar på de utfordringene som kasuset hadde. I første kategorisering var det tre temaer som gikk igjen i materialet mitt, og som utgjorde første utkast av rapporteringen. Disse ble kalt *utfordringer ved evidenshierarkiet*, *kategorisering og opplevde utfordringer ved metoden*. Disse ga i midlertidig ikke et helhetlig inntrykk av de resultatene jeg ønsket å belyse i rapporteringen. Enkelte av temaene kom til kort, og det ble oppdaget nye og spennende sammenhenger i dataene (Johannesen, Rafoss & Bøvre, 2019, s. 301). Tankene bak kategoriseringene ble tatt med videre i arbeidet, og temaene kom tydeligere frem ved bruk av nye kategoriseringer.

Det første temaet tok utgangspunkt i tema fra første utkast, og ble videre omtalt som «*Diagnose eller symptom?*». Innenfor dette temaet var det ønskelig å se nærmere på hvilke inntakskriterier som ble brukt ved metoden, og hvordan det fremkom ulikheter mellom de to gruppene. Det var også interessant å se nærmere på hvordan de forholdt seg til komorbide lidelser.

Den andre kategorien ble betegnet som «*Hvordan former språket i DBT praksis?*». Her var det relevant å se nærmere på det som blir omtalt som det profesjonelle språket. Det profesjonelle språket er fylt med konsepter, fraser og forkortelser som kan si en mening innenfor en spesifikk profesjonell kontekst (Nilsen, 2020, s.359). Språket som var typisk for DBT ga derfor flere interessante perspektiver, og ga mulighet for å analysere flere sider av deres praksis. Språket ga muligheter for å se nærmere på hvordan terapeutene oppfattet Petter sin atferd i kasuset, og hvordan atferden ble forklart på en måte som passet inn i den institusjonaliserte diskursen (Nilsen, 2020, s.367). Innenfor denne kategoriseringen var det også mulig å gjøre analyser som kunne se nærmere på hvordan terapeutene plasserte seg selv i behandlingen.

Neste kategorisering ble omtalt som «*Hvilke faktorer styrer og begrenser beslutninger i praksis?*». Her var formålet å analysere hvordan terapeutene satte rammer for sin praksis, og hvordan dette preget praksisutførelsen. Til slutt var det ønskelig å se nærmere på de kontekstuelle og sosiale faktorene, og hvordan disse ble tatt hensyn til i behandlingen. Dette utgikk fra kategoriene «*Hvordan posisjoneres ungdom og familie i DBT?*» og «*Hva gjør terapeutene til sin kontekst?*». Disse kategoriene ga mulighet for å undersøke meningsdimensjonen til terapeutene, og på den måten gi funn til min oppgave som forsøkte å belyse disse på en hensiktsmessig måte, slik at terapeutene ikke ble fremmedgjort av analysen.

## 5. Resultater

I denne delen av oppgaven vil terapeutenes beskrivelser og refleksjoner fra fokusgruppeintervjuene bli presentert, analysert og drøftet. Det vil fremkomme noen drøftinger opp mot relevante teorier og perspektiver innenfor evidensbevegelsen. Til å begynne med vil jeg diskutere temaet diagnostisering og hvordan informantene tok hensyn til inntakskriterier ved metoden, og hva som ekskluderes og inkluderes. Deretter vil jeg se nærmere på det språket og begrepene informantene tok i bruk, da utsagnene inneholdt mye metodeinterne begreper. Videre vil jeg vise til resultater og analyser om hva som styrer og begrenser praksisen til terapeutene. Avslutningsvis vil jeg diskutere hvilken posisjon ungdommen og familien har innen DBT, hva terapeutene definerer som kontekst og hvilken betydning kontekst tillegges behandlingen.

### 5.1. Hvordan defineres målgruppe for dialektisk atferdsterapi? – Diagnose eller symptom?

En behandling er ofte rettet mot en spesifikk diagnose eller tar utgangspunkt i symptomer ved klienten. I intervjuet var det tidlig snakk om hvilken diagnostisk kategori Petter kunne tilhøre. Ekeland (2004) forklarer at en diagnose er noe vi ofte forbinder med medisinen. Beslutningsteoretisk kan man si at diagnostisering inngår i en mål-middel-logikk. For å nå målet frisk, må man starte med en klargjøring av situasjonen ungdommen står i, som vi kan kalle en diagnose. Videre må man velge et middel for å nå målet, som da blir behandlingen (Ekeland, 2004, s.12). I psykisk helsevern opererer en med diagnoser for å kunne treffe den rette behandlingen og for å kunne spisse behandlingen inn mot de problemområdene barnet eller ungdommen har. Som en av informantene sa; *Vi bruker mye tid på det å finne ut av om dette er en ungdom med problematikk som passer med denne behandlingen spesifikt.*

Terapeuten legger i utdraget vekt på at diagnosen må være på plass, slik at ungdommene kan få den rette behandlingen. Kasuset som ble formulert i forkant av intervjuet var tenkt å bygge på kjente kriterier for DBT som det ble henvist til i beskrivelsen på bl.a. Ungsinn.no og Universitetet i Oslo (2020) sine nettsider. I casebeskrivelsen ble det unnlatt å gi Petter en bestemt diagnose. Det var noe som fanget interessen til informanten i en av gruppene;



*T: Jeg tenker jo at vi mangler noe informasjon her om Petter. Jeg tenker Petter mangler noe utredning i forhold til hvorvidt han er emosjonell ustabil, om han kvalifiserer som emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse som er en av kriteriene eller er hovedkriteriet for å komme inn til DBT.*

*T: For det du tenker på er at det finnes enormt mange grunner for å selvskade. Og selvskading i seg selv er ikke en diagnose. Det er et symptom og så lenge man ikke vet hva grunnen er for at man selvskader så vil man heller ikke ha tilbudt DBT som første behandling.*

I utdraget bruker den ene informantene «kvalifiserer» for en diagnose for å få innpass i behandlingen. Slik terapeutene omtaler det må Petter kvalifisere til en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse dersom han skal motta behandlingen i DBT. Ungdommen kan ha gjentatte selvmordsforsøk og hyppig selvskading, men dersom det ikke er en diagnose vil ikke terapeutene tilby metoden til Petter. Dette er til tross for at å redusere selvskading og selvmordsatferd er et av hovedmålene i DBT. Hvis hovedprioriteringen er å redusere selvmords- og selvskadingsatferd kan det være grunn til å undre seg over hvorfor en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse er et kriterium for å motta behandlingen. Symptomet selvskading og selvmordsatferd er dermed ikke tilstrekkelig for å kunne motta denne behandlingen. Ifølge informantene i denne gruppen må man ha påvist en diagnose som emosjonell ustabil for å kunne motta DBT som første behandling.

Gruppen det er henvist til over viste dermed noe skepsis til hvordan de som terapeuter kunne hjelpe Petter og utlyste usikkerhet i forhold til om DBT-behandlingen kunne være passende i dette kasuset. I den andre gruppen derimot var den første uttalelsen i intervjuet at *det var relevant*, og de viste i tillegg til flere deler de mente passet godt for å kunne tilby en DBT-behandling. De viste også til andre inntakskriterier.

*T: Det er jo et inntakskriterie i DBT, det er jo at det er selvskading, suicidalitets problematikk. Det er alltid det fremste behandlingsmålet vi har, det er å få redusert eller eliminert den adferden.*

Det blir dermed noe uklart hva det er som er kriteriene for å kunne motta DBT for en som ikke kjenner behandlingen godt. Vil det være nok å selvskade eller må ungdommen ha en diagnose som emosjonell ustabil for å kunne «kvalifisere» for en behandling innen DBT? Dersom det er selvskadings- og selvmordssymptomer som er inntakskriterier vil det være

sannsynlig at langt fler ungdommer kunne delta i behandlingen. En av informantene sier følgende:

*T: Men jeg tror jo problemet er at de faktisk ikke blir henvist. Ofte så får vi jo ungdommene inn alt for sent, og tenker at «hvorfor har de ikke blitt henvist?» Det er noe med at poliklinikkene ofte holder de litt vel lenge før de henviser.*

At det tar lang tid før ungdommen blir henvist til DBT kan handle om at det er uklare inntakskriterier eller at poliklinikkene opplever at det er utfordrende å vite om ungdommen kvalifiserer til behandlingen. Å gjennomføre en utredning vil også kunne ta tid da noen diagnostiske kriterier skal vise seg over en gitt tidsperiode før man har grunnlag til å sette en diagnose. Det kan føre til at det tar lenger tid før ungdommen blir tilbudt en slik type behandling dersom det er strenge diagnostiske kriterier.

Det hadde vært interessant å vite på hvilken måte informantene bruker mye tid på å undersøke om den unge passer med behandlingen spesifikt og om det er i henhold til diagnosekriterier eller om det er ulike symptomer som gjør at akkurat den ungdommen kunne hatt utbytte av denne metoden. Det antas at det er rundt 1 av 4 ungdommer i BUP som har en personlighetsforstyrrelse, men de færreste får diagnosen (Wiig, 2023).

I lys av at få ungdommer får diagnosen kan det være få som kvalifiserer til denne behandlingen. Dersom poliklinikkene skal bruke mye tid på å utrede vil dette mulig kunne ta mye tid fra behandlingen, som potensielt kan være viktig for liv og helse for noen av ungdommene.

#### 5.1.1. Hvilken betydning får de komorbide lidelsene for behandlingen?

Et annet element ved bruk av inntakskriterier som en spesifikk diagnose, er at en diagnose ofte innebærer flere komorbide lidelser. Ekeland (2004) problematiserer bruk av spesifikke diagnoser på bakgrunn av at man i klinisk praksis vil møte på ungdom med sammensatte problemer, og de kan også ha problemer som ikke holder seg stabile innen en gitt

diagnostisk kategori (Ekeland, 2004, s.39). En av terapeutene har følgende utsagn ved spørsmål om komorbide lidelser.

*T: Ja, det betyr ikke at vi ekskluderer så mange diagnoser. Det er ikke det, men man må liksom ha skjønt dynamikken. Forskjeller i komorbide lidelser.*

Terapeuten legger vekt på «å forstå dynamikken». Dette vil være viktig for å kunne følge opp ungdommen på andre arenaer og også forstå ungdommens fungering og forutsetninger. Ut fra det informantene forteller kan det også virke som om dynamikken er viktig for å kunne forstå hvordan de ulike lidelsene eventuelt virker inn på andre lidelser, utfordringer eller atferd. Dersom dette ses i lys av gruppe én sitt utsagn om at de krever diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, vil det stå i motsetning til utsagnet om komorbide lidelser. Dersom det er ungdom med emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse og selvskaading som vil kvalifisere for behandlingen, vil det være flere diagnoser som blir ekskludert fra behandlingen. Er det derimot selvskaading og selvmordsproblematikk som er hovedsymptomene man skal jobbe med, åpner det opp for å hjelpe flere ungdommer med ulike lidelser gjennom behandlingen.

*T: Nei altså BUP jobber jo i forhold til det at det skal være relativt sånn avklart i forhold til retning og problematikk før de kommer til oss. Sånn at det arbeidet ikke blir en del av alt det vi skal inni og jobbe med, metoden og sånn. Så vi vet at dette her er en metode som passer for akkurat dette problemområdet da som ungdommen har.*

Informanten uttrykker at retning og problematikk skal være avklart på forhånd av BUP, og metoden passer til en spesifikk retning av diagnoser og problemområder. Terapeuten benevner også at det er metoden de skal inn og jobbe med, og avgrenser på den måten deres arbeidsoppgaver i forhold til poliklinikkene. Ponnert og Svensson (2015) viser til at manualer inneholder en bruksanvisning til en spesifikk situasjon, istedenfor at sosialarbeideren tilpasser manualen til den enkelte situasjon (Ponnert & Svensson, 2015, s.587). Rammene i DBT er der og ungdommen må på den måten passe innenfor, eller «kvalifisere» for å kunne motta behandlingen. Dersom terapeutene skal se ungdommen i lys av en emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, kan det resultere i at andre diagnoser blir oversett eller ikke blir tatt hensyn til fordi det er viktig at ungdommen passer inn i en gitt

diagnostisk kategori. Bastian (2017) hevder at for at en sak skal kunne passe innenfor de standardiserte metodene, vil det være nødvendig å rekonstruere og plukke fra hverandre ulike deler slik at ungdommen skal passe innenfor ulike kategorier (Bastian, 2017, s.212). Terapeuten sier selv at det er en metode som passer for et spesifikt problemområde, og dermed vil det også kunne resultere i at rammene for deltagelse i behandlingen blir svært smale. Terapeutene kan på den måten risikere å se etter de delene som passer for behandlingen og ikke ungdommen i sin helhet. På den måten avgrenser de gruppen med ungdommer som får innpass i behandlingen.

## 5.2. På hvilken måte legger språket i DBT føringer for praksis?

Det profesjonelle språket er fylt med begreper, fraser og forkortelser. Dette bidrar til å gi en spesifikk mening innenfor en spesifikk kontekst (Nilsen, 2020, s.359). Det var gjennomgående for utsagnene til informantene at de brukte metodeinterne begreper og prinsipper ved metoden når de diskuterte kasuset om Petter. Det kan sies at dette er med på å forme det profesjonelle språk og hvordan de henvender seg til problematikken innenfor DBT. Dette er samme type språket som brukes i begge gruppene og viser typiske kjennetegn ved metoden DBT.

*T: Vi pleier å si at DBT er en gjøre-terapi og ikke snakke-terapi, (...), så det er veldig atferds rettet og behandlingsmålene er jo utelukkende atferds fokusert. (...) Og da er det jo å redusere livstruende atferd som vil si selvsikring og selvmordsatferd, redusere atferd som forstyrrer terapien, for eksempel ikke fyller ut dagbokkort, ikke gjør hjemmeoppgaver, ikke møte opp, ikke delta aktivt i behandlingen. Å redusere det som kalles for livskvalitetsforstyrrende atferd og atferd som går utover opplevd livskvalitet. Det er jo relasjonelle vansker med jevnaldrende, foreldre, rusatferd, risikoatferd. Og så skal du øke atferd som du da lærer i gruppe. Det vil si ferdigheter. At du gjør annerledes. Og da er det også lagt opp til prosedyrer for hvordan man håndterer for eksempel terapi forstyrrende atferd (...) og da må man jo tilbake til å reforplikte når det gjelder motivasjon eller eventuelt tenkepause og avslutte.*

Dette utdraget viser til hvordan det metodeinterne språket blir tatt i bruk for å forklare hvordan terapeutene jobber i henhold til DBT sine prinsipper. *Atferds fokusert, livstruende atferd, livskvalitetsforstyrrende atferd, ferdigheter, gruppe, terapiforstyrrende atferd, gjøre-terapi, motivasjon og reforplikte* er alle begreper som er knyttet til behandlingen.

Informantene sier også at det er prosedyrer for hvordan man skal håndtere f.eks. *terapiforstyrrende atferd*. Det gis inntrykk av at det er en metode der det er klare begreper for behandlingsforløpet og at det har vært en nøye gjennomført implementering.

Begreper knyttet til ungdommens atferd er i stor grad negativt ladet, og det blir som regel omtalt som atferd terapeutene ønsker å redusere eller gjøre annerledes. Det kan gi et inntrykk av at modellen i hovedsak tar utgangspunkt i faktorer ved ungdommen som ikke er bra nok. Det kan gi en indikasjon på at dersom ungdommen endrer seg i henhold til metoden kan terapeutene tilby en bedre livskvalitet. Begrepet «*terapiforstyrrende atferd*» er i tillegg et begrep som kan gi antydninger til at klientens atferd kan forstyrre gjennomførelsen av terapien. Terapiforløpet blir på den måten hovedfokus å få gjennomført, og det gir en indikasjon på at all atferd som kan forstyrre eller stå til hinder for gjennomføring må endres eller tilpasses slik at den er i tråd med rammene i behandlingen. Rammene blir på denne måten smale. Visse ting vil være innenfor og noen utenfor, og dermed er terapeutene med på å ekskludere eller sette krav om endring til dem som ikke passer innenfor disse rammene.

Alle informantene bruker de samme begrepene når de diskuterer hvordan de ville hjulpet Petter, og tilsynelatende har de samme forståelse av hva begrepene inneholder. Det gir et signal på at det er en felles forståelse av begrepene og at informantene vet hvordan praksisen skal utformes i henhold til disse. Samtidig inneholder begrepene flere elementer og måter å jobbe på. Når disse er førende for praksisen kan det resultere i ulik forståelse av situasjonen. Begreper som «*livskvalitetsforstyrrende*», «*terapiforstyrrende atferd*» og «*risikoatferd*» er alle begreper som kan inneholde et stort spenn av forståelser. Begrepene vil også variere ut fra hvilken kontekst de settes inn i og ut ifra hvilken ungdom man møter. Terapeutene gir eksempler på hva de ulike delene kan innebære eller bety, men de viser ikke til en spesifikk betydning av hva de ulike begrepene innebærer. De har dermed en tilsynelatende felles forståelse av hva begrepene innebærer og betyr.

I teorikapittelet er diskursteori presentert, og det ble vist til hvordan diskurser kan gjøres til grunnlag for å forstå språket og sosiale forhold. Innenfor terapeutenes diskurs er begrepene

med på å produsere deres virkelighet. Terapeutenes oppfattelse av sin verden blir dermed til gjennom deres DBT-diskurs. Begrepene terapeutene tar i bruk er også med på å danne sosiale fakta. Diskursen er med på å fastlegge hva som er virkelighet og hvordan ulike samhandlingssituasjoner skal se ut (Aakvaag, 2008, s. 311). Språket legger på den måten føringer for hvordan terapeutene skal gjennomføre sin praksis. At terapeutene tar i bruk metodeinterne begreper kan også ses på som en måte å bli lyttet til av de andre deltakerne innenfor diskursen. Ved å ta i bruk andre begreper vil ikke deres stemme bli hørt innenfor DBT-diskursen (Aakvaag, 2008, s.309). Språket blir en måte for terapeuten å nå frem med synspunkter og forståelser innenfor deres profesjonelle diskurs.

#### 5.2.1. Forpliktelse og motivasjon

Motivasjon var en faktor som gikk igjen og noe informantene omtalte som viktig dersom de skulle lykkes i behandlingen. «Forpliktelsesarbeid» ble det arbeidet de gjør rundt motivasjon kalt, i henhold til DBT. Vi ser i utdraget under at informanten veksler mellom å bruke ordet forpliktelse og motivasjon i den samme sammenhengen.

*T: Men motivasjonsvansker under forløpet er jo forventet i DBT. Og det det er lagt opp til da er jo å prøve å reforplikte ungdommen til DBT og i verste fall så kan man også i DBT gi ungdommen det som heter ferie, som i praksis er en tenkepause og så forsøke på nytt etter den etablerte tiden for denne ferien. Og det har vi jo gjort flere ganger og opplevd at ungdommen har forpliktet seg på nytt eller funnet ut av at de ikke var tilstrekkelig motivert for DBT da.*

Informanten uttaler at dersom ungdommen ikke er «tilstrekkelig» motivert, vil det ikke være mulig å gjennomføre DBT. I denne snakken oppstår det et mål på motivasjon og hvor motivert ungdommen må være for å kunne ha utbytte av DBT som metode. Terapeutene nevner også at dersom ungdommen ikke er motivert nok for DBT over en lengre periode kunne ungdommene ta det de omtalte som «ferie». Ungdommen hadde da mulighet til å komme tilbake igjen når de opplevde at de var motivert nok for å delta i terapien, men også villige til å forplikte seg. Ifølge terapeutene er det innenfor DBT lagt opp til motivasjonsvansker, og dermed kan det tyde på at terapeutene har et delvis ansvar for å frembringe motivasjon hos ungdommene.

Meland og Sandal (2021) gir en definisjon på motivasjon som viser at indre motivasjon er personlig engasjement og selvbestemmelse. Indre motivasjon kan gi energi til å opprettholde en ny vane, fordi handlingen da gir glede og er tilfredsstillende i seg selv (Meland & Sandal, 2021, s.3). Forpliktelse derimot vil være noe man er bundet til å gjøre (Torvund, 2022). Innenfor definisjonene kan motivasjon forstås som et individuelt begrep der man er drevet av sine egne ønsker og selvbestemmelse. Forpliktelse kan derimot ses på som et sosialt begrep, der man i større grad er bundet i form av å være forpliktet til andre personer rundt deg. På den måten blir ikke motivasjon og forpliktelse synonymer, men de kan på et vis forutsette hverandre. Dersom man har motivasjon for å delta, vil man ofte føle en personlig drivkraft som gjør at man ønsker å forplikte seg til noe. Men selv om man er forpliktet til å delta, betyr det ikke nødvendigvis at man har en indre motivasjon for å delta. Dermed kan det diskuteres om DBT legger opp til at ungdommen skal forplikte seg til terapeutenes mål og ønsker for terapien, eller om ungdommen er drevet av en indre motivasjon for å slutte med selvskading.

Terapeutene jobber med en ungdomsgruppe der problemstillingene i hovedsak dreier seg rundt selvskading og selvmordsproblematikk. I henhold til WHO's definisjon av alvorlig selvskading, selvmordsproblematikk og emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse, vil personligheten preges av svingende og uforutsigbart stemningsleie (Verdens helseorganisasjon, 2022). Terapiforløpet kan av den grunn preges av mye ambivalens fra ungdommen sin side, noe som igjen kan prege motivasjonen og forpliktelsen overfor terapiforløpet. Informantene viste til at de kunne gi ungdommen det de omtalte som «ferie» fra terapien. Som informanten sier over vil de fortsette terapiforløpet dersom de har klart å «reforplikte» ungdommen, men terapiforløpet blir avsluttet dersom ungdommen ikke er tilstrekkelig motivert for å fortsette. Det er dermed grunn til å stille spørsmål om ungdommen føler en indre motivasjon for å delta, eller om de opplever en forpliktelse ovenfor terapeutene dersom de velger å fortsette terapiforløpet.

### 5.2.2. Systematikk er effekt – metoden gir de riktige resultatene

Bruken av det metodeinterne språket gjorde at noen tankesett og handlingsvalg fremsto som nærliggende. Et tankesett kan vises som en systematisk og metodisk tilnærming, slik en informant også uttrykker i utdraget;

*T: De rammene er jo der og er litt strenge for at man skal kunne jobbe systematisk og på en måte få så god effekt som mulig da. Eller så igjen, så må man ut av forløpet og hva hjelper egentlig for meg? Også har egentlig ikke terapeuten forholdt seg så strengt til metode som gjør at ungdommen ikke fikk så mye ut av metoden som man ønsker, så det er det som ligger i dette på måte da, men vi skal prøve å gi liksom best mulig hjelp.*

Ifølge utsagnet til informanten kan vi anta at å handle etter metoden og de prinsippene som følger vil være det mest naturlig, og «beste», handlingsvalget. Metoden har skapt rammer som terapeutene forholder seg til og gjør til sin praksis. I et tilfelle der intervensjonen ikke går som den skal, kan det ut ifra utsagnet antas at årsaken er at terapeuten ikke har forholdt seg til metoden. Informanten hevder på den måten at det ikke kan være metoden som har mangler. Utsagnene kan dermed gi en antydning til at det settes en form for likhetstegn mellom systematikk og effekt. Dersom terapeutene jobber systematisk, vil de oppnå effekt uavhengig av forløpet eller hvilke ungdommer man møter. Utsagnet gir ingen indikasjoner på at det er metoden som kan ha mangler dersom terapiforløpet ikke gikk som det skulle.

Aamodt (2009) viser at en sak vil inneholde en rekke ulike forhold og ulik kompleksitet. Hun hevder dermed at den standardiserte tilnærmingen må avveies i forhold til det som skaper og gir mening i de konkrete møtet (Aamodt, 2009, s.5). Lorentzen (2021) påpeker at vurderinger av barns og familier sin situasjon alltid omfatter komplekse faglige vurderinger og avveginger (Lorentzen, 2021, s.71). Ut ifra disse perspektivene kan det sies at det er en rekke forhold som vil være med på å prege et terapiforløp. Dette er argumenter imot forståelsen informantene viser til, der de fremfor å vise til relasjonelle prinsipper og kontekst, uttaler at det er metoden som leverer de rette svarene.



I teorikapittelet henvises det til Luhmann sin tanke om å handle etter et risiko- eller fareperspektiv ved bruk av standardiserte metoder. Aamodt (2017) viser videre til at som menneske er man påvirket av en rekke ulike forhold og ulike livshendelser, og det vil være vanskelig å planlegge en fremtid innenfor en mal. Slik utsagnene til informantene fremstår, kan man det tenkes at de står ovenfor en avgjørelse om risikoen vil ramme ungdommen eller dem selv som terapeuter. Utfallet vil ligge i om terapeutene vil sette seg selv i risiko ved å ikke følge manualen, eller å sette ungdommen i risiko ved å gjennomføre manualen slik det er tenkt, til tross for at det er en mulighet for at intervensjonen ikke vil gå slik det er tenkt i manualen (Aamodt, 2017, s.72).

### 5.2.3. Det manglende terapeutsjektet

Gjennomgående for sitatene fra informantene er at de ikke tematiserer seg selv som terapeuter. Det er sjeldent at informantene henviser til seg selv som en del av behandlingen eller viser til hvordan de selv har tenkt i en situasjon. Informantene sier ofte «vi» eller henviser til DBT som metode når de snakker om hvordan de ville løst ulike situasjoner eller snakker om ulike deler av terapien. Informantene tematiserer sjeldent seg selv som person, og på den måten utelater de oppmerksomhet på terapeuten sin rolle i måten de omtaler behandlingen.

*T: Hva vil han slippe å stå i hvis han slapp å leve lenger ville vi være nysgjerrig på og ofte, så er jo den måten å være nysgjerrig på som vi er i DBT er ofte noe motivasjonsfremkallende eller motivasjonsetablerende hos ungdommen.*

I møtet med andre mennesker har vi vår egen måte å være nysgjerrige på. Det er dermed interessant at «måten de er nysgjerrig i DBT ofte er noe motivasjonsfremkallende eller motivasjonsetablerende». Informanten overser seg selv som person i denne talen og setter seg selv på utsiden av behandlingen. De benevner ikke at de selv er nysgjerrige, men at det er metoden som legger føringer for hvordan de skal være nysgjerrige. Terapeuten sier også at «ville vi være nysgjerrige på». Hun utelater på den måten seg selv som subjekt i fortellingen og dermed skaper en slags enhet ved å si «vi».

*T: Jeg vet ikke om dere har samme erfaring, men jeg opplever jo at når ungdommen kommer hit synes de det er veldig forfriskende hvordan man snakker om selvskading og selvmordsatferd, fordi det er jo noe som mange synes er skummelt. Og ungdommen har nok også opplevd at folk snakker veldig rundt det, eller er redd for det. Mens i DBT, så snakker man jo veldig detaljert om det i adferdsanalyser. Og de opplever seg vel egentlig nesten mer forstått rundt den adferden.*

*T: Vi har jo fått tilbakemeldinger på det.*

*T: Vi snakker jo om de viktige ting. Det som faktisk får feste i livet.*

Ribe og Mehlum (2015) viser at i noen tilfeller kan selvskading bli en måte å kontrollere eget liv og kontrollere relasjonen til andre mennesker. Derfor kan selvskadere oppleve å bli utestengt eller avvist av relasjoner, og også profesjonelle (Ribe & Mehlum, 2015, s.14). Det at terapeutene er uredde kan dermed være av betydning for at ungdommene opplever det som positivt å komme i en slik behandling. Samtidig ser vi at terapeutene igjen utelater seg selv som subjekt i utsagnet. Informanten viser til at det er DBT som metode som gjør at ungdommen føler seg forstått, ikke terapeutenes handlinger og kommunikasjon. Det er «DBT gjennom atferdsanalyser» som gjør at ungdommen føler seg anerkjent og forstått i sin atferd.

Ved å unngå å tematisere seg selv på denne måten, vil terapeuten kunne skyve ansvaret bort fra seg selv og over på terapeutgruppen eller det systemet som har innført metoden, slik Aamodt (2017) har påpekt tidligere. Ponnert & Svensson (2015) viser også at standardisering kan gjøre at organisasjonen føler seg mer «selvsikker» og de sender signaler utad at de vet hva de gjør. Risikounngåelse kan dermed bli en stor del av intervensjonen og kan føre til en oppmuntring til å holde seg til spesifikke manualer eller prosedyrer (Ponnert & Svensson, 2015, s.592).

En terapeutisk intervensjon vil styres av den intervensjonen rettes mot, men den vil også styres av den som utfører intervensjonen. Terapeuten har dermed en påvirkningskraft i sitt arbeid med de ungdommene og familiene de møter. Den ene informanten sier også følgende om sin egen posisjon i behandlingen;

*T: (...) det er ikke dermed sagt at det ikke kan være terapeuten. Altså at det er meg, det kan ofte være sånn tillitsvekkende i relasjonen da tenker jeg.*

Slik avdekkes det for ungdommen at det kan være terapeuten som er utfordringen i behandlingen, og at dette kan være tillitsvekkende. At terapeutene er klar over at de også har en rolle og dermed en påvirkningskraft i behandlingen kan være av betydning for behandlingsløpet. Samtidig som terapeutene omtaler sin rolle i behandlingen som viktig, er dette en av de få gangene informantene omtaler sin egen person når de snakker om behandlingen. Videre omtaler de terapeutrollen på denne måten;

*T: Med tanke på vi, vel som resten av verden er med på å forsterke atferd ikke sant. Så det er klart at det vi forsterker, det får vi mer av. (...) vi ser på oss selv som en del av systemet til ungdommen, og vi er med på å forsterke, og vi er med på å altså endre atferd som ikke er hensiktsmessig, som en del av det systemet. Og den bevisstgjøringa er jo veldig sånn i DBT. Dere som terapeuter er kjempekjempe viktige for å påvirke riktig atferd.*

Terapeutene er med på å påvirke den «riktige» atferden. På den måten vil de eliminere uhensiktsmessig og uriktig atferd. Igjen ser vi at informanten ikke benevner seg selv som subjekt, men at det er «vi» som er viktige og at «bevisstgjøringen er veldig sånn i DBT». Terapeutene legger vekt på at «dere som terapeuter» er viktige i behandlingen, men legger samtidig ingen forutsetninger for hvorfor de er viktige. Terapeutene omtales som viktige innenfor metodens forutsetninger om å påvirke den riktige atferden. På den måten er det behandlingen DBT som blir førende for praksisutførelsen, og ikke terapeutene som individ. Informantene legger vekt på at de er viktige som bærere av metoden, men legger ikke vekt på at de kan være viktige i kraft av relasjon eller personlig nærvær. Utsagnet «dere som terapeuter» kan også ses i lys av et autoritetsperspektiv. I dette utsagnet kan det se ut som informanten tar utgangspunkt i noe hun har hørt tidligere gjennom implementeringen av metoden eller i utdanningen som DBT-terapeut. Det er tilsynelatende noe som blir lagt vekt på under utdanningen i DBT og noe terapeuten har gjort til sin egen praksis.

Innenfor psykoterapiforskning vil det å ha en nysgjerrig og undrende holdning kunne bidra til å styrke den terapeutiske alliansen. Det kan samtidig gi pasienten en større forståelse for egen atferd og danne grunnlag for diskusjon og dialog (Rø, Hage & Torsteinsson, 2020, s.105). Dette kan ses i motsetning til informantenes utsagn. Informantene sier at det er metoden som skaper forutsetninger for det som er «riktig», det som er innenfor rammene og hva som ikke vil aksepteres. De har i utsagnene fokus på det relasjonelle ved at de legger vekt på at de er en del av ungdommens system, men dette systemet har tilsynelatende et fokus på å påvirke ungdommen til den rette atferden. I dette ligger det et maktspekt, der terapeutene har mulighet for å definere riktig atferd. På den måten trer det frem en maktform som får ungdommen til å handle slik det er ønsket (Aamodt, 2015, s.13). Det relasjonelle i terapien kan dermed ses mer instrumentelt, som en påvirkning og en overordnet makt mot den rette atferd, heller enn en terapeutisk allianse der de jobber sammen mot at ungdommen skal få en større forståelse av seg selv og sin atferd.

### 5.3. Hvordan styres og begrenses praksisutførelsen?

Et tema som var interessant å diskutere ut ifra beskrivelsene informantene gjorde, var hvor selvstendige de var i utøvelsen av metoden i sin praksis. En informant svarte følgende på spørsmål om de opplevde stor metodefrihet i sin praksis;

*T: (...) altså vi prøver jo på en måte å holde metoden ganske clean, men innenfor metoden DBT så opplever jeg ekstremt stor fleksibilitet. Men sant, det er jo prinsipper med dialektikken, (...), jeg tror jo forståelsen av hvordan problemet oppstår er på en måte ganske gitt i DBT, og det forandrer man ikke underveis liksom. Så rammene er der, så ikke så stor metodefrihet, men stor fleksibilitet innenfor metoden.*

Flere av informantene uttrykte at de opplevde stor fleksibilitet i DBT. Samtidig, som vi ser i utdraget fra informanten over, er rammene i behandlingen gitt med sine prinsipper som man ikke endrer. Det er dermed grunn til å stille spørsmål ved hva denne fleksibiliteten innebærer. Det er som terapeuten selv sier fleksibilitet «innenfor» metoden. Det skapes på den måten rammer som gir føringer for hvordan terapeutene kan gjennomføre metoden. Samtidig er det også en felles forståelse for hvordan problemet har oppstått, og dermed også hvordan det skal løses.

Det gis en indikasjon om at «prinsippene» og «rammene» legger en føring, og på den måten er det lite som tyder på at terapeutene kan gå utenfor prinsippene ved metoden. Slike rammer kan føre til at det blir mindre rom for andre teoretiske forståelser, som andre teorier, metoder eller forskning. Det kan også utfordre mer personlige egenskaper som skjønn og tidligere praksiserfaringer. Ifølge definisjonen består evidensbasert praksis av gjensidig avhengige kunnskapskilder, og slike strenge rammer som terapeutene beskriver kan bidra til å gjøre den forskningsbaserte kunnskapen mer gyldig eller ta større plass enn andre kunnskapskilder.

#### 5.3.1. Praksisutførelse innenfor rammene av DBT

Å få et innblikk i hvordan informantene vektla sin kunnskap og hvor de hentet den fra gjorde det mulig å reflektere over hvorvidt det var faktorer ved metoden eller andre forhold som var mest sentrale i beslutningstakingen. Det var samtidig grunn til å tro at metoden og forskningen bak denne som var noe styrende for terapeutenes praksis ettersom de jobbet med en evidensbasert metode som de generelt viste stor tiltro til. Ut ifra sitatet over er det også grunn til å anta at metoden er førende for praksis da de jobber ut ifra rammer og «innenfor» metoden. Det var flere eksempler på at de henviste til metoden og dens prinsipper når de snakket om hvordan de ønsket å forholde seg til kasuset om Petter.

*T: Ja, for det er jo noe med det at det er en evidensbasert metode og etisk sett, så hadde det vært vanskelig å si at vi tilbød det, hvis ikke vi fulgte manualen, ikke sant? Du kan ikke kalle det DBT, hvis ikke behandlingen består av de 4 kjernekomponentene som er individualterapi, ferdighetsgrupper, telefonkonsultasjon og konsultasjonsteam. Så hvis en av de elementene mangler, så kan du ikke kalle metoden for DBT.*

Rammene for praksisutførelsen vises igjen i dette sitatet. Det er kjernekomponenter som skal være med, og hvis ikke kan man ikke kalle metoden for DBT ifølge informanten sitt utsagn. Det legges også vekt på etikken vedrørende de evidensbaserte metodene i dette sitatet. Et slikt utsagn viser for det første tiltro til bruk av metoden, men kan også fortelle om den etiske forståelsen i arbeidet til terapeutene. Det vil ikke være etisk forsvarlig for denne terapeuten å tilby noe annet enn det som inngår i den evidensbaserte metoden, og på den

måten hever terapeuten metoden over egen vurdering. I praksissituasjoner der metoden og brukers behov eller ønsker står i et motsetningsforhold, vil det ut fra terapeutens utsagn være etisk rett å følge metoden til tross for at brukerens ønsker og behov ikke blir møtt. Den etiske forsvarligheten kan på den måte vike for korrekte prosedyrer. Det etiske ansvaret er dermed rettet mot metoden slik informantene uttrykker det og ikke mot klienten.

Christoffersen (2011) formidler et perspektiv om at i møtet med klienter er det yrkesutøverens faglige kompetanse som ligger til grunn for møtet og sosialarbeideren har dermed også et yrkesmessig ansvar til å hjelpe eller gjøre noe med klienten. Disse møtene er dermed handlingsorientert, og de etiske spørsmålene er dermed ikke kun teoretiske, men også praktiske (Christoffersen, 2011, s.66). Hvis man ser dette i lys av andre forståelser blir spørsmålene rundt riktig praksis og hva som vil være etisk riktig å gjøre i situasjonen ikke kun et spørsmål om å følge de faglige retningslinjene, men også å ta hensyn til praktiske og individuelle forhold rundt klienten.

*T: Det er jo veldig tydelige rammer i DBT. Det er jo det. Når man har satt opp målene, og som du sier selvskading og selvmordsadferd det er jo på en måte gitt. Det er det man skal man jobbe med.*

Igjen ser vi at informanten henviser til «veldig tydelige rammer». Ogden et al. (2009) viser til at det er viktig å tilpasse den enkelte situasjonen, men det er stor uenighet vedrørende hvor stor tilpasning det skal være i de ulike situasjonene. Videre mener forfatterne at en håndbok eller en manual er viktig for å sikre troen på at evidensbaserte tiltak vil fungere (Ogden et al., 2009, s.583). At informanten benevner at «det er gitt» det man skal jobbe med kan vise til at det er en metode der det er tydelige retningslinjer for intervensjonen. Dette er noe som kan bidra til å øke tiltroen til tiltaket for terapeutene. Rammene i behandlingen kan dermed sies å være et viktig grunnlag for terapeutenes yrkesutførelse.

### 5.3.2. «Å holde tak i hverandre»

For å kunne kalle metoden evidensbasert var en del av modellen å ha teamkonsultasjoner. Terapeutene jobbet jevnlig sammen i team der de kunne lufte tanker om noe som var vanskelig. Av den grunn kan det være tenkelig at omsorg og støtte fra de andre ansatte er viktig.

*T: Går det an å si at det hender at vi går oss vill underveis. Og da er det en viktig del av DBT at vi har team konsultasjon, altså vi har konsultasjon i hverandre for å holde tak i metoden, og det er kjempeviktig.*

*T: Vi får ikke lov å kalle det det DBT faktisk uten at du har jevnlig konsultasjonsteam med andre DBT-terapeuter for at dette er skikkelig krevende å stå i.*

Som vi ser i utdraget over har de konsultasjon for å hjelpe hverandre i krevende situasjoner, men også for å «kunne holde tak i metoden» for å ikke «gå seg vill». Terapeutene samsvarer på denne måten med de rammene som er gitt, men de sørger også for å holde tak i hverandre slik at ingen beveger seg utenfor de rammene som er satt. Terapeutene er på den ene siden lojale til metoden ved at de gjennomfører disse teamkonsultasjonene og de tar i bruk prinsippet fra modellen om kollegial støtte. På den andre siden kan det sees som en form for disiplineringstiltak. Teamkonsultasjoner kan virke å være innført fordi møtene skal sørge for at ingen «går seg vill» og at terapeutene «holder tak i metoden». Metoden og terapeutene skaper rammer sammen som kan gjøre det vanskelig for den enkelte terapeut å være kritisk til metoden, foreslå endringer eller gjøre praksis på en annen måte enn det som er tenkt innenfor rammene i DBT. Terapeutenes utsagn kan ses i sammenheng med begrepet fidelity. Ogden (2016) viser til en beskrivelse av fidelity som handler om hvor lojale utøvere er ovenfor metoden og kan handler om behandlingsintegritet der en evaluerer om praksis gjennomføres i samsvar med metodens teoretiske prinsipper og faglige retningslinjer (Ogden, 2016, s.95). Vi ser i utdragene at terapeutene samsvarer med begrepet fidelity, der de viser til metodeintegritet og viktigheten av å følge prinsipper og faglige retningslinjer ved metoden.

*T: Og om vi er på rett vei i forhold til om det faktisk er DBT vi anvender. For det er veldig forskjell på om man tar noen stikkveier eller business as usual hvis ikke man passer seg veldig godt. Så det er jo noe med å holde igjen på den...*

*T: Holde litt tak i hverandre og få støtte*

Utdragene som er vist til er fra de to ulike gruppene. Det vises til at begge legger vekt på at det er viktig å holde på metoden og sørge for at det er DBT man anvender. Samtidig som de legger stor vekt på å holde igjen på metoden, viser de også til at det er viktig med støtte. Selvskading og selvmordsproblematikk er et lidelsesuttrykk som berører svært mange mennesker rundt ungdommen (Ribe & Mehlum, 2015, s.11). Å jobbe med selvskading kan være krevende og utfordrende, og dermed kan kollegial støtte være betydningsfullt. Samtidig som det legges noe vekt på støtte, er det i hovedsak fremtredende at de bruker konsultasjoner for «å holde tak i hverandre». Det er lite tematisert blant informantene hva konsultasjonsteamet gjør for terapeuten som selvstendig individ og deres personlige reaksjoner. Det er metoden som skal være overordnet spørsmål.

Bastian (2017) viser til at standardisering er en kilde til stabilitet innenfor organisasjoner. Denne standardiseringen opprettholdes ved samhandling mellom alle aktørene innad i organisasjonen det er snakk om (Bastian, 2017, s.213). En slik intern diskurs kan føre til at det blir mindre rom for egne og selvstendige valg. Det kan også skape mindre rom for å ytre utfordringer eller rom for å foreslå endringer dersom man opplever at erfaring og praksis ikke samsvarer. Almklov et al. (2017) viser til at et fokus på prosedural korrekthet blir viktigere enn å finne den rette etiske og faglige løsningen i møtet med barn og familier. Tidligere har det vært fokus på en mer personlig tilnærming, men en slik tilnærming kan fremstå uprofesjonell i møtet med standardiseringen. På den måten kan systemene bli en barriere for å se den personen eller familien man er i møtet med (Almklov et al., 2017, s. 174-175). Dette kan ses i tråd med terapeutens utsagn om å holde igjen på metoden og sørge for at ingen beveger seg utenfor de rammene som er satt. Det kan på den måten bli et motsetningsforhold mellom det å følge metoden og å følge relasjonelle prinsipper i den enkelte situasjon terapeutene står i.



Slitasje og å holde motivasjonen oppe er noe som tematiseres i DBT sitt materiale som ble vist til i redegjørelsen. I forklaringen legges det vekt på at teamkonsultasjoner er en del av metoden slik at terapeutene kan støtte seg på hverandre og holde motivasjonen oppe. Det legges også vekt på å øke bruken av ferdigheter og heve kompetansen. I det empiriske materialet tematiseres det blant terapeutene at kunnskapsheving og å følge metodens prinsipper er viktig. Det er derimot lite tematisert blant terapeutene hvordan teamkonsultasjoner kan fungere som en forebygging av mulig slitasje eller sekundærtraumatisering, noe som kan tenkes å være viktig i arbeid med ungdommer som mulig kan lykkes i sine selvmordsforsøk.

#### 5.4. Hvordan posisjoneres ungdom og familie i DBT?

##### 5.4.1. Ungdom

I Bufdir sin forståelse av evidensbasert praksis inngår bruker og brukerkunnskap som en del av evidenssirkelen (Jacobsen, 2020, s.4). En slik fremstilling kan gi inntrykk av at evidensbasert praksis består av tre likeverdige komponenter, og at disse skal tillegges like stor vekt i beslutningstakingen (Grimen, 2009, s.213). Hvordan informantene posisjonere ungdommen i sin snakk og hvilken status ungdommens kunnskap får i DBT var dermed noe som var ønskelig å se nærmere på.

*T: Jeg tror også noe av det som driver ungdommen er at de lager egne mål, og de jobber hele tiden mot egne mål. At det ikke er en eller annen standard pakke eller noe annet. De får sine mål og er mye mer aktiv og mye mer delaktig i sin egen behandling og hva det er de ønsker for at de skal få et liv verdt å leve.*

Det kan tyde på at DBT legger til rette for at ungdommen skal sette opp mål de selv ønsker å jobbe med. Terapeutene sier at det ikke er en «standard pakke» med mål de jobber ut fra, noe som gir en antydning om at ungdommen står fritt til å forme sine mål ut fra det de selv ønsker å jobbe med. Utsagnet gir også antydning til at terapeutene tar utgangspunkt i ungdommens egne ønsker og ut ifra dette lages det mål som skal forme behandlingen videre. Videre omtaler en informant medvirkning på denne måten;

*T: (...) altså hvis du har gått lenge til BUP og har vært vant til at det er støttesamtaler (...), så tror jeg nok mange ungdommer kommer til DBT og føler at de påvirker i mindre grad hva som skjer i timen, (...). Altså selv om det er deres ting vi prater om hele timen, for det er jo med utgangspunkt i dagbokskortene og følelser som har vært vanskelig og hendelser i løpet av uka, så tror jeg at det er rammet mer inn. Så jeg tror nok en del ungdommer som har gått mange år i BUP i støtteterapi føler at dem blir styrt litt mer når dem kommer i DBT. Vi forventer en aktiv holdning til de tingene som faktisk har skjedd. Det går ikke an å si «nei jeg vet ikke», eller «nei, det går jo ikke an» eller sant? Det vil ikke vi akseptere. Vi vil på en måte forvente at han, ja, kan si noe mer om de hendelsene og er med på å se på hendelsene og ser på hvordan det kunne vært annerledes.*

Informantene viser til at det er «ungdommens ting» de snakker om i timen og at ungdommen er med på å forme sine egne mål. På den måten viser de at ungdommen blir lyttet til i behandlingen. Samtidig som terapeutene uttaler at målene ikke er satt fra «en standard pakke», nevner de også at mange av ungdommene føler at de «styrer i mindre grad det som skjer i timen». I første utsagn legges det vekt på ungdommens medvirkning og selvbestemmelse i utforming av terapien, som er i tråd med det som er ønskelig av evidensbasert praksis. I andre utsagn brukes det derimot begreper som «styrt» og «rammet inn». Dette viser til en ambivalens i utsagnene til informantene om hvordan de posisjonerer ungdommen i behandlingen.

Informantene uttaler også at de «forventer en aktiv holdning» og at det er atferd de ikke vil «akseptere». Det legges forventninger om at ungdommen skal kunne si noe om sin egen situasjon og hva de selv ønsker å jobbe med. Det kan dermed være grunn til å stille spørsmål ved hvordan målene til ungdommen blir utformet. Ordbruk som å «forvente» og «akseptere» kan gi antydninger om at det sanksjoneres mot atferd som ikke er godtatt av terapeutene. Dette gir en indikasjon på at ungdommens kunnskap posisjoneres under terapeutenes kunnskap, og på den måten kan den oppfattes som mindre gyldig enn den kunnskapen terapeutene disponerer i møtet med klienten.

En kritikk mot evidensbasert praksis er at den ikke er fleksibel, og dermed ikke rommer brukers forståelse av seg selv og sin situasjon. Dette påvirker barnets mulighet for deltakelse (Gulbrandsen, Fallang & Ulvik, 2014, s.207). Det kan dermed sies at de ikke støttes i å uttrykke sine synspunkter (Shier, 2001, s.110). Som terapeutene uttrykte er det atferd de ikke vil akseptere. Dersom ungdommen ikke blir møtt med aksept når de uttrykker sine synspunkter, kan det være vanskelig å argumentere for at de har vært med på å utforme målene fritt og uten styring fra terapeutene. I en slik situasjon kan den profesjonelle ifølge Aamodt (2015) fremstå som en ekspert og en kontrollør som forutsetter bestemte handlingsvalg. Dermed fremstår ungdommen som den som skal undervises eller kontrolleres, og det skapes bestemte subjektposisjoner som både den profesjonelle og klienten trer inn i (Aamodt, 2015, s.49).

Järvinen og Mik-Meyer (2003) viser til at individfokusert innenfor sosialt arbeid har blitt sterkere de siste årene. Med dette fører det med seg at klienten bør være innstilt på personlig forandring, som videre er i tråd med sosialarbeiderens mål og forandringsmodeller som institusjonen jobber med. Dette er med på å skape institusjonelle identiteter, og disse overlever dersom klienten godtar at sosialarbeideren definerer mål i behandlingen, som igjen er i tråd med sosialarbeiderens forståelse (Järvinen & Mik-Meyer, 2003, s.12). Ungdommen skal utforme målene selv, men dersom det er forventede holdninger, rammer og mer styring fra terapeutene kan dette vise til en forhandling rundt målene som blir ledet av terapeutene.

Innenfor diskursteorien kan det sies at DBT-diskursen bidrar til å skape subjektposisjoner som ungdommen og terapeutene kan innta. På den måten skapes det en avgrensbar identitet der de ulike deltakerne vet hvilken posisjon de har i terapiforløpet (Aakvaag, 2008, s.311). Ungdommen inntar en subjektposisjon som en som skal styres, mens terapeutene inntar en posisjon som den som skal styre. Makten og ansvaret for beslutningstakingen kan dermed sies å ligge hos terapeutene.

#### 5.4.2. Familie

Familie eller nærmeste omsorgspersoner vil være en naturlig del av ungdommens sosiale liv og i BUP generelt er det en holdning om å ha et avklart forhold til omsorgspersoner før man tilbyr en behandling. Ungdommene bor sammen med sine omsorgspersoner, og å få med familien i en behandling kan potensielt bidra til at ungdommene får en bredere oppfølging og mer ut av behandlingen. Det kan samtidig være krevende for foreldre å vite hvordan de skal håndtere ungdommens uttrykk. En av informantene viser til viktigheten av å inkludere omsorgspersoner og hvorfor;

*T: Så jeg tenker at familiesystemet her er liksom sårbart for å fordømme, så vi prøver jo å undervise så mye som mulig, hjelpe foreldre og se sammenhengen da mellom følelsesreguleringsvansker og livsvansker og at man gjør selvdestruktive ting. Sånn at de skjønner at de prøver egentlig å hjelpe seg selv.*

På bakgrunn av den bio-sosiale forståelsen DBT bygger på, vil det være av relevans å inkludere familien, da regulering av følelser forstås som både sosialt og biologisk betinget (Universitetet i Oslo, 2020). Terapeutene har tilsynelatende fokus på å sørge for at familien er inkludert på en aktiv måte i behandlingen. Det er derimot lite tematisert hvordan terapeutene inkluderer familiens historier og livsfortellinger. Terapeutene legger mindre vekt på familien som subjekt og problemforståelsen innenfor familiesystemet, noe som anses som viktig i andre terapiformer.

Det er også tilfeller der barn og ungdom ikke lenger bor med sine biologiske foreldre og er under barnevernets omsorg. Informantene uttrykte at de opplevde det som utfordrende å jobbe med barn som bor på institusjon.

*T: Har opplevd at det er ganske utfordrende med de ungdommene på institusjoner. At de dropper ut rett og slett, de klarer ikke å følge opp, for det er ikke faste ansatte som kan være med de, hjelpe de hjemme med å generalisere ferdighetene*

Rammene i DBT gjør det utfordrende for ungdom uten faste omsorgspersoner å delta. Dette er i utgangspunktet utfordrende for terapeutene å løse, og også for ungdommen selv.

Behandlingsforløpet krever generalisering av ferdigheter og å kunne øve på disse innenfor

rammer der noen kan følge opp ungdommens prosjekt. Rammene på en institusjon kan føre til at det er utfordrende for de ansatte å hjelpe ungdommen i like stor grad som det faste omsorgspersoner har mulighet til. Det har blitt vist at barn og unge som har behov for barnevernstiltak har økt risiko for å utvikle atferds- og emosjonelle problemer. De som mottar hjelp fra barnevernet, har også høyere forekomst av psykiske lidelser enn resten av befolkningen (Bufdir & Helsedirektoratet, 2015, s.7). DBT er dermed en behandling som kan være av stor relevans for flere av barna som bor på barnevernsinstitusjon. Dette kan bidra til at flere ungdommer blir ekskludert fra behandlingen dersom intervensjonen ikke er mulig å tilpasses ungdommer som har en annen omsorgssituasjon enn majoriteten.

En årsak til at det kan være utfordrende å jobbe med ungdom uten faste omsorgspersoner kan også være rollen foreldrene får i terapien. Dette ser man tydeligere i tilfeller der foreldrene ikke er en del av behandlingen. Foreldre gjøres på et vis til terapeuter sammen med DBT-terapeutene, og terapeutene lager på denne måten en allianse med foreldrene. Foreldrene får opplæring i ferdigheter og nye måter å se ungdommens atferd, og de skal være ungdommens terapeuter hjemme som kan hjelpe de, med å «generalisere ferdigheter». Familien tillegges tilsynelatende et stort ansvar i behandlingen da de gjøres til ungdommens terapeuter i hjemmet. Det kan tenkes at dette er noe av grunnen til at det kan være utfordrende å få gjennomført terapiforløpet når ungdommen ikke har faste omsorgspersoner som kan følge de opp.

#### 5.5. Hvordan defineres kontekst og hvilken betydning tillegges det i behandlingen?

Kontekst gjøres relevant som en del i blant annet Bufdir sin modell på evidensbasert praksis (Jacobsen, 2020, s.4). Betydning av kontekst er også stått sentralt innenfor debatten om evidensbasert praksis i amerikansk psykologi (Rønnestad, 2009, s.44). DBT bygger på den bio-sosiale forståelsen i regulering av følelser, som vil si at svikten i å regulere følelser er både sosialt og biologisk betinget (Universitetet i Oslo, 2020). DBT bygger på den måten på en forståelse om at ungdommens følelser blir preget av deres sosiale liv, og dermed gjøres også sosial kontekst relevant for behandlingen. Kontekst kan inneholde en rekke ulike aspekter som for eksempel kjønn, klasse, etnisitet, kulturell kontekst, materiell kontekst og

sosial kontekst. Det er dermed en rekke andre forhold som vil inngå i begrepet som ikke kun er sosialt betinget. I de tilfellene terapeutene omtaler forhold rundt ungdommen er det som oftest i sammenheng med begrepet «terapiforstyrrende atferd». En informant forklarer terapiforstyrrende atferd på denne måten;

*T: For den er rett og slett ting som kan komme i veien for livskvalitet, det er alt fra konflikter med lærer med foreldre, ting som skjer i vennemiljøet og det kan også være en del traumbakgrunn. Det kan være mobbehistorikk, ADHD kanskje, søvnnvanser...*

*T: Ja så det er alle andre ting egentlig som vi jobber med som ganske ofte er sterkt koblet opp hit igjen (peker på behandlingspyramide punkt 1 -suicidalitet og selvskading)*

«Terapiforstyrrende atferd» blir på denne måten nærliggende til det man kan omtale som kontekst i den evidensbaserte praksisen. At det blir omtalt som «terapiforstyrrende» kan gi en indikasjon på at denne atferden er ødeleggende for praksisen, og ikke nødvendigvis en forklaring på hvorfor ungdommen har denne atferden eller hvordan det påvirker ungdommen i deres sosiale liv. At det er forstyrrende gir også en indikasjon på at det er noe man ønsker å fjerne eller endre. Samtidig ser vi hvordan terapeutene henviser til sammenhengen mellom kontekst og hovedmålet i behandlingen. De viser da til hvordan utfordringene til ungdommen ikke kan ses isolert og at de jobber flere steder samtidig for å kunne hjelpe ungdommene med stoppe med selvskadingen. En av informantene viste også til hvordan de kunne ta kontakt med andre instanser for å hjelpe familien med de utfordringene de hadde.

*T: Og noen ganger så hender det også at vi da spør «skulle vi bedt om et møte på nav?» Sant eller er det sånn at barneverntjenesten kunne vært til hjelp her? Kunne de dekket for eksempel kostnader til fritidsaktiviteter, skulle vi sendt en forespørsel?*

I utdraget ser vi at informanten gjør økonomisk og materiell kontekst relevant ved å se ulike løsninger på en utfordring, og samtidig viser forståelse for hvordan ulike livssituasjoner kan utgjøre en rolle for hvordan behandlingsforløpet går. Andenæs (2004) viser til at dårlig økonomi kan føre til at man havner på utsiden og ikke har mulighet til å delta på lik linje med

andre i viktige fellesskap (Andenæs, 2004, s.26). Det er dermed en kontekstuell faktor som kan ha betydning for ungdommen sitt sosiale liv og livskvalitet, som igjen kan ha en påvirkning på terapien.

Det fremstår ulikheter i hvordan terapeutene forholder seg til den terapiforstyrrende atferden. I kasuset får vi vite at Petter har vanskeligheter med å komme seg til timene fordi mor ikke har førerkort og han er generelt lite motivert for å dra til samtaler i BUP. Gruppene viste her to ulike tilnærminger til denne utfordringen;

*Gruppe 1:*

*T: (...) for noen så er reiseveien et problem. Og da ville vi jo også se på det, planlegger det sammen, hvordan få det til det vil det være best å få timer klokka 14-15 eller klokka 09.00. Eller er det noen som kan kjøre deg ikke sant?*

*T: Og noen har jo sånn pasienttransport og hvis det er det som skal til så hjelper vi jo til og med.*

*T: Ja, da gjør vi det i en periode for å ja, for å faktisk få gitt den behandlingen som skal til. Og da tar vi jo litt for gitt at vi tenker at han er innenfor behandlingsmottakelig på et DBT-nivå og ikke trenger et akutt team som er oppsøkende hjemme, men at vi får det til om så med litt hjelp for transport.*

*Gruppe 2:*

*Dersom det for eksempel er sånn at far ikke kan ta fri fra jobb for å kjøre Petter til behandling og mor ikke har førerkort, og det vil ta han 2 timer med buss tur-retur, så vil man kanskje tenke at ja, unntatt hvis Petter er veldig motivert da for å ta bussen (latter) at dette er kanskje av praktiske grunner vanskelig å få til da.*

Petter er for ung til å kjøre selv, mor har ikke førerkort og far jobber mye. Dette fører til at han har vanskeligheter med å komme seg til timene, og det kan også tenkes at det er derfor han er lite motivert fordi det er utfordrende for han å komme seg til BUP. Gruppe 1 er mer villige til å jobbe rundt denne utfordringen og gir uttrykk for at dette er noe de kan løse, eller at de sammen med Petter kan hjelpe med å se andre løsninger. De viser her en forståelse for Petter sin materielle kontekst. Gruppe 2 derimot viser ikke denne forståelsen tar dermed ikke høyde for materiell kontekst i Petter sitt tilfelle. De uttrykker at det er en problemstilling de ikke kan hjelpe med dersom Petter ikke klarer å løse det på egenhånd. På den måten innlemmer de ikke en slik utfordring i sitt handlingsrom, og problemstillingen overføres til

klienten. Begge gruppene viser en generell tiltro til metoden, og dermed vil det være grunn til å anta at de ønsker å få gjennomført terapiforløpet slik at Petter og andre ungdommer kan få hjelp med sin livssituasjon.

### 5.6. Oppsummering av funn

Som utdragene og diskusjonen har vist, var utsagnene i hovedsak fylt av metodeinterne begreper. Disse begrepene var gjennomgående for de fleste av utdragene, og de viste til sentrale begreper ved metoden. Språket ga også en antydning om at metoden ga de riktige resultatene. Informantene viste til det som kunne tyde på strenge rammer ved metoden, og hvordan disse var med på å forme deres praksis. Det metodeinterne språket førte også til at terapeutene ikke tematiserte sin egen person i sin tale. Terapeutene ble fremstilt som viktige bærere av metoden, men ble ikke tematisert i form av sitt relasjonelle og personlige nærvær. I tillegg til at utdragene var fylt med metodeinterne begreper, var det også tydelig at terapeutene gjorde sin praksis innenfor rammene av DBT som kan ses i lys av fidelity. Disse rammene la føringer for hvordan terapeutene skulle møte ungdommene i terapien. Rammene i DBT førte også til en intern diskurs der terapeutene jobbet med å holde tak i hverandre og sørge for at terapien ble gjennomført i henhold til de punktene som var beskrevet i metoden.

Blant informantene var det noe uenighet i hvordan de forholdt seg til inntakskriterier. En av gruppene var i hovedsak opptatt av diagnosekriteriet emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse. Den andre gruppen la større vekt på symptomet selvskading og selvmordsatferd. Videre ble ungdommen sin posisjon i behandlingen fremstilt noe ambivalent. Selv om det ble lagt vekt på å forme egne mål, så kunne terapeutene også ha forventninger til ungdommen som førte til at de opplevde å ha mindre påvirkning enn i andre terapiformer. På den måten ble ungdommen styrt mer og forløpet var mer rammet inn. Terapeutene hadde i tillegg fokus på å inkludere foreldrene på en aktiv måte i behandlingen. Samtidig var det en opplevd utfordring fra terapeutene sin side når ungdommen ikke hadde faste omsorgspersoner. Rollen foreldrene ble gitt i behandlingen ble på denne måten tydeligere, da de på et vis kunne ses på som ungdommens terapeuter



hjemme som skulle hjelpe de med å jobbe med ferdigheter DBT-terapeutene anså som viktige i terapien.

I tillegg har det blitt tematisert ulike deler av ungdommens kontekst og hvilken betydning den tillegges i behandlingen. Kontekstuelle aspekter ble sett i sammenheng med begrepet «terapiforstyrrende atferd», som var et begrep terapeutene viste til i henhold til DBT. Informantene varierte generelt i graden av hensyn de tok til materiell konteksten i sin forståelse av kasuset, og hvor mye vekt de la på ulike problemstillinger. Avslutningsvis kan det sies at utdragene viste en generell stor tiltro til metoden fra terapeutene sin side.

## 6. Diskusjon

Denne oppgaven har tatt utgangspunkt i problemstillingen «*Hvordan beskriver og begrunner profesjonsutøvere i psykisk helsevern for barn og unge sin praksis av evidensbaserte metoder?*». Funnene indikerer for det første at terapeutene var opptatt av at diagnose og symptomer skulle være avklart og avgrenset til det som var problemområdene i DBT. Informantene jobbet i henhold til inntakskriteriene i modellen, og på denne måten oppsto det eksklusjonskriterier i form av deltagelse i behandlingen. Informantene var opptatt av å forstå dynamikken av komorbide lidelser så lenge inntakskriteriene var de rette i forhold til metoden. Samtidig som informantene var opptatt av utfordringene skulle være i henhold til modellen, var det et motsetningsforhold mellom gruppene i hva de anså som inntakskriterier. Det var uklart i deres snakk om hovedvekten var på diagnosen emosjonell ustabil personlighetsforstyrrelse eller symptomene selvskadings- og selvmordsatferd.

Slik kunnskapsgrunnlaget blir til i evidensbasert praksis har det blitt vist til at noe av risikoen kan være at kompleksiteten i arbeidet blir borte. Det forskes på spesifikke områder for å skape behandlinger som kan løse spesifikke problemstillinger. Dette kan forklare hvorfor terapeutene var opptatt av inntakskriterier og avklaring av dette på forhånd i sine forklaringer av metoden. Samtidig kan noe av kompleksiteten i arbeidet bli borte dersom man går ut ifra at en diagnose eller et symptom er eneste grunnlag for å sikre seg at klienten får den rette behandlingen. En diagnose sier lite om klienten som unik person og subjekt,

men den forteller oss hva et individ har til felles med andre individer (Ekeland, 2004, s.13). Å gjøre individuelle og fleksible løsninger sammen med den enkelte klient står dermed i sterk kontrast til tanken om at alle mennesker har like behov (Angel, 2004, s.28). Ifølge uttalelsene til terapeutene kan funnene tyde på at informantene viste lite fleksibilitet i forhold til diagnoser og symptomer, og var opptatt med å innfri de kriteriene som var i tråd med metoden i deres begrunnelser og beskrivelser av praksis.

Forskning viser at relasjon mellom terapeut og klient er en av de mest betydningsfulle faktorene for å skape endring (Martinsen, 2012, s.66). Informantene tok i sin snakk avstand fra seg selv som terapeut og deres posisjon som terapeut var mangelfull i deres uttalelser. I tillegg la terapeutene lite vekt på at relasjonen med ungdommen eller familien var av betydning for å oppnå endring. I fremstilling av evidensbasert praksis har sirkelmodellen vært en av måtene å vise til hvordan ulike komponenter skal spille sammen. En slik fremstilling kan gi inntrykk av at evidensbasert praksis består av tre likeverdige komponenter, og at disse skal tillegges like stor vekt i beslutninger (Grimen, 2009, s.213). I lys av denne fremstillingen har det vært oppe til debatt hvordan ulik kunnskap posisjoneres og at kunnskap ordens hierarkisk gjennom evidenshierarkiet.

Christoffersen (2011) påpeker at når man får hjelp av en profesjonell ønsker man at de skal se deg og være interessert i deg som person, og ikke bare gi en behandling fordi det er en regel (Christoffersen, 2011, s.73). Ifølge informantenes uttalelser kan det tyde på at modellen rangeres over terapeutenes og brukerens egen kunnskap. Funnene tilsier at terapeutene gjøres viktig som utøvere av modellen, men det blir lite tematisert hvordan de som individ kan være viktige i sin relasjon. Ungdommen derimot skal bli styrt mot den rette atferd og familien skal gjøres relevant som terapeuter gjennom opplæring, slik at de kan være med på å utøve modellen og dens prinsipper. Det kan dermed sies at modellen er et overordnet tema gjennom beskrivelsene av praksisutførelsen og kunnskapen i modellen blir begrunnet som det viktigste kunnskapsperspektivet i møtet med ungdommen og familien. Ekeland (2009) viser til at i menneskelig behandling er det behov for utøvere som ser det enkelte menneske og kan ta selvstendig ansvar for kunnskapsbruken i møtet. Det er dermed

behov for forståelse av forutsetninger og begrensninger ved en modell, og at man som utøver kan være i stand til å sette etikken før evidensen dersom tilfelle tilsier dette (Ekeland, 2009, s.164). Ut fra informantenes snakk kan det tenkes at kunnskapsgrunnlaget fra metoden er den overordnede begrunnelsen for praksis, og at de relasjonelle prinsippene er mindre fremtredende. Det kan tenkes at de relasjonelle prinsippene spiller en rolle i praksisutførelsen, men i terapeutenes tale er disse prinsippene mindre fremtredende.

I resultatene kom det frem at terapeutene jobbet svært metodenært og det var prinsippene i behandlingen som var styrende for hvordan de snakket om behandlingen. Det blir gitt uttrykk for at terapeutene hevet metoden over sin egen vurdering av situasjonen. Det etiske perspektivet som fremkommer av uttalelsene, tilsier også at hovedvekten ligger i å få gjennomført modellen slik den er beskrevet. Uttalelsen om det etiske perspektivet i arbeidet tilsier at det vil være etisk riktig å tilby metoden på bakgrunn av at den er evidensbasert. Christoffersen (2011) forklarer at profesjonsetikk handler om å engasjere seg i klientens situasjon og at de som møter klienten handler med henblikk på den enkeltes situasjon (Christoffersen, 2011, s.73). Det etiske perspektivet som blir tydelig i terapeutens tale utgjør dermed en risiko for at forhold som klientens situasjon og kontekst kan bli mindre fremtredende.

Skjønn og klinisk dømmekraft er en av hovedpunktene blant kritikken mot evidensbasert praksis. Skjønn vil ikke alltid være nok i seg selv for å gjennomføre en god intervensjon. I tilfeller der det oppstår usikkerhet rundt praksis eller i saker der det er behov for et bredere teoretisk grunnlag kan evidensbaserte metoder fungere som en støtte. Slik uttalelsene om praksis har fremstått i denne studien virker møtene med ungdommen å være mindre preget av skjønn og det er tilsynelatende modellen som legger føringene. Modellen kan gi de riktige svarene og terapeutene viser i sin tale høy grad av fidelity. Det kan derimot bli en utfordring dersom terapeutene blir stående i en situasjon der modellen ikke kan levere de svarene terapeutene har behov for. Natland og Malmberg- Heimonen (2016) viser at mottakere av evidensbaserte intervensjoner er autonome, reflekterte individer med varierende behov, ønsker og verdier og kan av den grunn reagere ulikt på sosialfaglige intervensjoner. Det er

derfor viktig at man i evidensbasert praksis har en kritisk og systematisk bevissthet i sitt arbeid med andre mennesker (Natland & Malmberg-Heimonen, 2016, s.50).

Studien har vist at informantene legger mindre vekt på relasjonelle prinsipper og viser begrenset bruk av skjønn i sin snakk om DBT. Som beskrevet i teorikapittelet, viser informantenes beskrivelser og begrunnelser av praksis likheter med Luhmanns beskrivelse av evidensbasert praksis. Dette kan tolkes som at terapeutene i stor grad handler i et risikoperspektiv. Funnene indikerer at terapeutene begrunner og beskriver sin praksis svært metodenært, hvor modellen legger føringer for praksisutførelsen. Ved å snakke om praksis metodenært, sikrer informantene seg selv og sin fremtid i situasjoner der intervensjonen ikke skulle gå som planlagt. Dermed kan terapeutene vise til at de har fulgt metoden og prinsippene den bygger på kan ansvaret for utfallet legges på at metoden ikke leverte de ønskede resultatene eller at ungdommen ikke tilpasset seg prinsippene ved metoden. I et slikt perspektiv kan begrunnelsene for praksis være å jobbe for å sikre en trygg fremtid for seg selv som terapeuter.

I denne studien har det blitt vist til ulike funn angående terapeuter i barne- og ungdomspsykiatrien sine beskrivelser og begrunnelser av sin praksis med evidensbaserte metoder. Disse funnene kan diskuteres i lys av flere av bekymringene som er knyttet til evidensbasert praksis. Samtidig viser metoden gode resultater i møtet med ungdom med selvskadings- og selvmordsproblematikk, og det er en av få metoder som benyttes i klinisk praksis for ungdom med disse utfordringene. Evidensbaserte metoder kan være et viktig teoretisk bidrag og de vil være nødvendige på felt der det mangler teoretiske bidrag og forskning. Det er dermed ikke hensiktsmessig å avskaffe evidensbaserte metoder, men det kan være nødvendig med utøvere som tar hensyn til andre deler av praksis som skjønn, relasjonelle prinsipper og kontekst. I denne studien har det blitt vist til at slike prinsipper går i bakgrunn for den evidensbaserte kunnskapen når terapeutene snakker om sin praksis. Disse prinsippene kan være tilstede i deres praksis, men terapeutene viser manglende begreper for hvordan de omtaler ulike fenomener som ikke er omtalt i den evidensbaserte metoden. Ved videre forskning på evidensfeltet kan det dermed være hensiktsmessig å

utforske utøveres begrunnelser og beskrivelser av praksis slik denne oppgaven har forsøkt å gjøre. Slike perspektiver kan være nyttige i videre utvikling av evidensbaserte metoder og evidensbasert praksis.

## Litteraturliste

- Almklov, Ulset, G., & Røyrvik, J. (2017). Standardisering og måling i barnevernet. I Larsen & E. A. Røyrvik (Red.), *Trangen til å telle: objektivering, måling og standardisering som samfunnspraksis* (s. 153–183). Scandinavian Academic Press.
- Andenæs, A. (2004). Hvorfor ser vi ikke fattigdommen? Fra en undersøkelse om barn som blir plassert utenfor hjemmet. *Nordisk sosialt arbeid*, 24(1), 19-33.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3037-2004-01-03>
- Angel, B. Ø. (2004). Barnevern og sosialt arbeid. Kunnskapsformer og menneskesyn i evidensbaserte programmer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 1(3), 24-34.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN1504-3010-2004-03-04>
- Armata, F. (2017). Samarbeid, brukermedvirkning og kvalitet i psykisk helsevern for barn og unge - En tekstanalyse av «Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. *Fokus på familien*, 45(2), 117-137. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2017-02-04>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2020) *Informasjon til samarbeidspartnere. Omsorgs og endringsmodellen (OEM)*. [Brosjyre]. Hentet fra [https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/institusjon/brosjyre\\_oem\\_samarbeidspart-ensidig.pdf](https://www2.bufdir.no/globalassets/global/nbbf/institusjon/brosjyre_oem_samarbeidspart-ensidig.pdf)
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet & Helsedirektoratet. (2015). *Samarbeid mellom barnevernstjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste: Rundskriv*. <https://bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00003212>
- Bastian., P. (2017). Negotiations with a risk assessment tool: Standardized decision-making in the United States and the deprofessionalization thesis. *Transnational Social Review*, 7(2), 206–218. <https://doi.org/10.1080/21931674.2017.1313509>
- Bjørndal, A. (2009). Målet er kunnskapsbaserte og brukersentrerte tjenester. I Grimen, H. & Terum, L.I., *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.125-168). Oslo, Abstrakt.
- Brager-Larsen, A. T., Magnussen, S., & Hestetun, I. (2007). Dialektisk atferdsterapi for ungdom i Norge: teori, metode og erfaringer fra et behandlingstilbud. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 44(12), 1475-1484. <http://hdl.handle.net/11250/2439275>
- Brandth, B. (1996). Gruppeintervju: perspektiv, relasjoner og kontekst. I Holter, H., & Kalleberg, R. (1996). *Kvalitative metoder i samfunnsforskning* (s. 145-165). (2. utg.). Universitetsforlaget.
- Christoffersen, S.A. (2011). Profesjonsetikk som dømmekraft. I Christoffersen, S.A. (2011) *Profesjonsetikk: om etiske perspektiver i arbeidet med mennesker* (2. utg., s.65-88). Universitetsforlaget

- Eide, S. B. (2012). Individuelt ansvar og sløvhet i profesjonsutøvelse. *Etikk i praksis*, 6(2), 64-79. <https://doi.org/10.5324/eip.v6i2.1785>
- Ekeland, T-J. (2004). *Autonomi og evidensbasert praksis* (Vol. nr. 6/2004). Senter for profesjonsstudier SPS Høgskolen i Oslo.
- Ekeland, T-J., (2009) Hva er evidensen for evidensbasert praksis?. I Grimen, H. & Terum, L.I., *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.145-168). Oslo, Abstrakt.
- Eng, H. (2020). Ungsinn vitenskapelige grunnlag. *Tidsskrift for virksomme tiltak*. Hentet fra: [https://ungsinn.no/post\\_artikkel/hvordan-fa-beskrevet-tiltak-i-ungsinn/](https://ungsinn.no/post_artikkel/hvordan-fa-beskrevet-tiltak-i-ungsinn/)
- Finne, J., & Malmberg-Heimonen, I. (2023). Evidence-based practice: a turning point in social work. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 26(1), 1-14. <https://doi.org/doi:10.18261/tfv.26.1.1>
- Finne, J., Malmberg-Heimonen, I., & Ekeland, T. J. (2020). Social workers use of knowledge in an evidence-based framework: a mixed methods study. *European Journal of Social Work*. <https://doi.org/10.1080/13691457.2020.1783214>
- Flay, B. R., Biglan, A., Boruch, R. F., Castro, F. G., Gottfredson, D., Kellam, S., Mościcki, E. K., Schinke, S., Valentine, J. C., & Ji, P. (2005). Standards of evidence: Criteria for efficacy, effectiveness and dissemination. *Prevention science*, 6(3), 151-175. <https://doi.org/10.1007/s11121-005-5553-y>
- Fossestøl. (2013). Evidens og praktisk kunnskap. *Fontene forskning*, 6(2), 55–66. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.19391.0.3.203c10f79e>
- Foss Hansen & Rieper (2009). Evidensbevægelsens rødder, formål og organisering. I Grimen, H. & Terum, L.I., *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.17-37). Oslo, Abstrakt.
- Grimen, H. & Terum, L.I., (2009). *Evidensbasert profesjonsutøvelse*. Oslo, Abstrakt.
- Grimen, H. (2009). Debatten om evidensbasering – noen utfordringer. I Grimen, H. & Terum, L.I., *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.191-222). Oslo, Abstrakt.
- Gulbrandsen, L. M. (2014). *Barns deltakelse i hverdagsliv og profesjonell praksis : en utforskende tilnærming*. Universitetsforlaget.
- Gulbrandsen, L. M., Fallang, B., & Skjær-Ulvik, O. (2014). Barns deltakelse og profesjonell praksis: fra oppskrifter til utforskende spørsmål. I Gulbrandsen, L. M. *Barns deltakelse i hverdagsliv og profesjonell praksis: en utforskende tilnærming* (s.203-211). Universitetsforlaget.

Helsedirektoratet (2012). *Nasjonale retningslinjer for forebygging av selvmord i psykisk helsevern*. [nettdokument]. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 22.05.2012). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/forebygging-av-selvmord-i-psykisk-helsevern/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf/> /attachment/inline/c55a5440-c10d-4b7e-a81e-b6d16a6cd8b3:f889797fc632d620ac4f98a1ce83db3208336927/Forebygging%20av%20selvmord%20i%20psykisk%20helsevern%20%E2%80%93%20Nasjonal%20faglig%20retningslinje.pdf

Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02. november 2015). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>

Helsedirektoratet (2021). *Selvskading og selvmord – veiledende materiell for kommunene om forebygging* [nettdokument]. Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 27. april 2021). Hentet fra <https://www.helsedirektoratet.no/faglige-rad/selvskading-og-selvmord-veiledende-materiell-for-kommunene-om-forebygging>

Hennum. (2016). Kunnskapens makt i beslutninger. I Christiansen & B. H. Kojan, *Beslutninger i barnevernet* (s.48–61). Universitetsforlaget.

Jacobsen, I. (2020). *Kunnskapsstrategi for Bufdir 2019-2021*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Hentet fra <https://www.bufdir.no/siteassets/om-bufdir-og-bufetat/strategier/bufdirs-kunnskapsstrategi.pdf>

Järvinen, & Mik-Meyer, N. (2003). Indledning: At skabe en klient. I Järvinen & N. Mik-Meyer, *At skabe en klient: institutionelle identiteter i socialt arbejde* (p. 9–29). Hans Reitzels Forlag.

Kjøbli, J. (2010). Nødvendigheten av evidens når vi skal hjelpe barn med atferdsvansker. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 87(2), 102-108. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2010-02-04>

Jenssen, D. (2021). *Vitskapsteori i sosialt arbeid : tilnærmingar og normative spørsmål*. Samlaget.

Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W., & Rasmussen, E. B. (2019). *Hvordan bruke teori? : nyttige verktøy i kvalitativ analyse*. Universitetsforlaget.

Konnerup, M. (2009). Evidensbasering af de social- og velfærdspolitiske professioner. I Grimen, H. & Terum, L.I., *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.87-109). Oslo, Abstrakt.

Lorentzen, P. (2021). *Hjernen og barnevernet: en kritisk drøfting*. Universitetsforlaget.

Magnusson, E., & Marecek, J. (2015). *Doing Interview-based Qualitative Research: A Learner's Guide*. Cambridge: Cambridge University Press.



- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Universitetsforlaget.
- Martiniussen, M., Reedtz, C., Eng, H., Neumer, S-P., Patras, J. & Mørch, W-T. (2019). Kriterier og prosedyrer for vurdering og klassifisering av tiltak. *Ungsinn. Tidsskrift for virksomme tiltak*. 2.utg (V 2.1.). Norges arktiske Universitet. [https://ungsinn.no/wp-content/uploads/2019/07/Ungsinn\\_kriterier\\_screen\\_2019-V2.1.pdf](https://ungsinn.no/wp-content/uploads/2019/07/Ungsinn_kriterier_screen_2019-V2.1.pdf)
- Martinsen, J. T. (2012). Et kritisk blikk på evidensbaseringen i det statlige barnevernet: – Hva virker og hvorfor? *Tidsskriftet Norges barnevern*, 89(1-2), 58-69. <https://doi.org/10.18261/ISSN1891-1838-2012-01-02-06>
- Mehlum, & Holseth, K. (2009). Selvskading - hva gjør vi? *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 129(8), 759–762. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.08.0378>
- Mehlum, L., Tørmoen, A. J., Ramberg, M., Haga, E., Diep, L. M., Sund, A.M. & Grøholt, B. (2014) Dialektisk atferdsterapi for ungdommer med gjentatt suicidal og selvskadende adferd– en randomisert kontrollert undersøkelse. *Suicidologi*. 19(3). 15-23. <https://doi.org/10.5617/suicidologi.2268>
- Meland, E., & Sandal, G. B. (2021). Motivasjon og selvbestemmelse. *Tidsskrift for den Norske Lægeforening*. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.20.1009>
- Mik-Meyer. (2017). *The power of citizens and professionals in welfare encounters: the influence of bureaucracy, market and psychology*. Oxford Academic. <https://doi.org/10.7228/manchester/9781526110282.001.0001>
- Morken, I.S., Lunde, I., Toven, S., Axelsdottir, B., Eidet, L.M., Ludvigsen, K., Borren, I. (2023) Kunnskapsoppsummering: effekt av tiltak for selvskading og selvmordsatferd hos barn og unge. *Tiltakshåndboka: oppsummert forskning om effekt av tiltak for barn og unges psykiske helse*. <https://doi.org/10.21337/1040>
- Nasjonalt senter for selvmordsforskning og -forebygging (2020). *Fakta om selvskading*. Universitetet i Oslo. [https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvsmord-selvskading/selvskading/nssf\\_hva-er-selvskading.pdf](https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/kunnskapsressurser/fakta-selvsmord-selvskading/selvskading/nssf_hva-er-selvskading.pdf)
- Natland, S., & Malmberg-Heimonen, I. (2016). Familieråd – frigjørende sosialt arbeid innenfor en manualbasert modell? *Tidsskrift for velferdsforskning*, 19(1), 44-61. <https://doi.org/10.18261/issn.2464-3076-2016-01-03>
- Nilsen, A. C. E. (2020). Professional Talk: Unpacking Professional Language. I Luken, P.C & Vaughan, S., *The Palgrave Handbook of Institutional Ethnography* (s.359-374). Cham: Springer International Publishing. [https://doi.org/10.1007/978-3-030-54222-1\\_19](https://doi.org/10.1007/978-3-030-54222-1_19)

- Ogden, T. (2016). Evidens i forskning, politikk, praksis og medier. I Frønes, I., *Risiko, intervensjon og evidens : utfordringer og strategier for barnevern, utdanning, helse og politikk* (s.89-106). Gyldendal akademisk.
- Ogden, T. (2012). *Evidensbasert praksis i arbeidet med barn og unge*. Oslo, Gyldendal akademisk.
- Ogden, T., Amlund Hagen, K., Askeland, E., & Christensen, B. (2009). Implementing and Evaluating Evidence-Based Treatments of Conduct Problems in Children and Youth in Norway. *Research on social work practice*, 19(5), 582-591. <https://doi.org/10.1177/1049731509335530>
- Ponnert, L. & Svensson, K. (2015). Standardisation—the end of professional discretion?: Standardisering—slutet för professionellt handlingsutrymme? *European Journal of Social Work*, 19(3-4), 586–599. <https://doi.org/10.1080/13691457.2015.1074551>
- Prop. 1 S (2021-2022). *Proposisjon til Stortinget (forslag til stortingsvedtak)*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop.-1-s-20212022/id2874825/?ch=1>
- Reedtz, C. & Wergeland, G. J. (2020). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket Dialektisk atferdsterapi for ungdom (DBT-A). *Ungsinn. Tidsskriftet for virksomme tiltak*. Hentet fra: <https://ungsinn.no/post-tiltak-arkiv/dialektisk-atferdsterapi-for-ungdom-dialectal-behavior-therapy-for-adolescents-dbt-a/>
- Ribe, K., & Mehlum, L. (2015). *Ut av selvskading : veier til forståelse*. Fagbokforlaget.
- Rø, Ø., Hage, T. W., & Torsteinsson, V. W. (2020). *Spiseforstyrrelser : forståelse og behandling : en håndbok*. Fagbokforlaget.
- Rønnestad, M.H. (2009) Evidensbasert psykologisk praksis. I Grimen, H. & Terum, L.I., *Evidensbasert profesjonsutøvelse* (s.39-61). Oslo, Abstrakt.
- Røysum, A. (2022). Er vi kun forkledde akademikere?. *Fontene forskning, debatt* <https://fontene.no/forskning/er-vi-kun-forkledde-akademikere-6.584.865410.1f34de41d8>
- Sackett, D. L., Rosenberg, W. M. C., Gray, J. A. M., Haynes, R. B., & Richardson, W. S. (1996). Evidence Based Medicine: What It Is And What It Isn't: It's About Integrating Individual Clinical Expertise And The Best External Evidence. *BMJ*, 312(7023), 71-72. <https://doi.org/10.1136/bmj.312.7023.71>
- Shier. (2001). Pathways to participation: openings, opportunities and obligations. *Children & Society*, 15(2), 107–117. <https://doi.org/10.1002/chi.617>
- Torvund, O. (2022, 20.juli). Forpliktelse. I *Store norske leksikon*. <https://snl.no/forpliktelse>

- Ulvestad, A. K. (2007). *Klienten - den glemte terapeut : brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Gyldendal akademisk.
- Ulvik, O.S. (2009). Barns rett til deltakelse - teoretiske og praktiske utfordringer i profesjonelle hjelperes samarbeid med barn. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 46(12), 1148–1154.
- Universitetet i Oslo (2020, 27.oktober). *Om DBT*. Hentet fra <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/nssf/utdanning-kurs-konferanser/utdanning/dbt/om-dbt/#toc4>
- Veerman, J.W., & van Yperen, T.A. (2007). Degrees of freedom and degrees of certainty: A developmental model for det establishment of evidence-based youth care. *Evaluation and Program Planning*, 30, 212-221. <https://doi.org/10.1016/j.evalprogplan.2007.01.011>
- Verdens helseorganisasjon. (2022). *ICD-10: Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser; Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer (Blåboka)*. Direktoratet for e-helse. <https://ehelse.no/standarder/ikke-standarder/icd-10-psykiske-lidelser-og-atferdsforstyrrelse-kliniske-beskrivelser-og-diagnostiske-retningslinjer-blaboka>
- Wiig, F.L. (2023, 16.februar). *Nasjonal retningslinje vil hjelpe ungdom med personlighetsproblemer*. Oslo universitetssykehus. Hentet fra <https://oslo-universitetssykehus.no/fag-og-forskning/nasjonale-og-regionale-tjenester/nasjonal-kompetansetjeneste-for-personlighetspsykiatri-napp/nasjonal-retningslinje-vil-hjelpe-ungdom-med-personlighetsproblemer>
- Øverbye, E., & Øverbye, E. (2023). *Erfaring, evidens og faglig skjønn : kunnskapsgrunnlaget for faglig skjønn i profesjonsfag*. Abstrakt forlag.
- Aamodt. (2015). Brukermedvirkningens uttrykk og virkning i barnevernets undersøkelser – et maktanalytisk perspektiv. *Praktiske grunde, 3-4*, 31–56. <https://hdl.handle.net/10642/3047>
- Aamodt. (2017). Å beslutte med henblikk på risiko? – Når politikken dytter ansvaret over på barnevernets ansatte. *Dansk sociologi*, 28(3), 61–82. <https://doi.org/10.22439/dansoc.v28i3.5643>
- Aamodt. (2009). Grenser for makt og ansvar - Institusjonelle rammebetingelser og praktisk handling i samarbeidet mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP). *Fokus på familien*, 38(1), 3–18. <https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.18261/ISSN0807-7487-2009-01-02>
- Aakvaag, G. C. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Abstrakt forlag.

## Vedlegg 1: Godkjenning NSD



[Meldeskjema](#) / [Evidensbasert praksis i psykisk helsevern for barn og ungdom](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
877728

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
17.11.2022

**Prosjekttittel**

Evidensbasert praksis i psykisk helsevern for barn og ungdom

**Behandlingsansvarlig institusjon**

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

**Prosjektansvarlig**

Oddbjørg Skjær Ulvik

**Student**

Christine Huste

**Prosjektperiode**

07.11.2022 - 12.06.2023

**Kategorier personopplysninger**

Alminnelige

**Lovlig grunnlag**

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 12.06.2023.

[Meldeskjema](#)

**Kommentar**

OM VURDERINGEN

Personverntjenester har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personvernregelverket.

Personverntjenester har nå vurdert den planlagte behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at behandlingen er lovlig, hvis den gjennomføres slik den er beskrevet i meldeskjemaet med dialog og vedlegg.

**VIKTIG INFORMASJON TIL DEG**

Du må lagre, sende og sikre dataene i tråd med retningslinjene til din institusjon. Dette betyr at du må bruke leverandører for spørreskjema, skylagring, videosamtale o.l. som institusjonen din har avtale med. Vi gir generelle råd rundt dette, men det er institusjonens egne retningslinjer for informasjonssikkerhet som gjelder.

**TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET**

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til den datoen som er oppgitt i meldeskjemaet.

**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 og 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 samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

**TAUSHETSPLIKT**

Deltakerne i prosjektet har taushetsplikt. Intervjuene må gjennomføres uten at det fremkommer opplysninger som kan identifisere barn.

**PERSONVERNPRINSIPPER**

Personverntjenester 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 behandles 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: innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), og dataportabilitet (art. 20).

Personverntjenester vurderer at informasjonen om behandlingen 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

Personverntjenester 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/eller rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss 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://www.nsd.no/personverntjenester/fulle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-endringer-i-meldeskjema>

Du må vente på svar fra oss før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos oss: Lene Chr. M. Brandt

Lykke til med prosjektet!

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### *”Erfaringer med evidensbaserte metoder i arbeidet med barn og unge”?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et masterprosjekt hvor formålet er å undersøke erfaringer med evidensbasert praksis med barn og ungdom. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### **Formål**

Formålet med studien er å undersøke hvilke erfaringer ansatte innenfor psykisk helsevern for barn og ungdom har med bruk av evidensbaserte metoder. Fokuset for prosjektet vil i hovedsak dreie seg om hvordan praktikere mener at metodene påvirker deres praksis, både i møte med barn og familier og i det kollegiale samarbeidet. Studien er et masterprosjekt ved OsloMet.

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

Oslo-Met er ansvarlig for prosjektet.

#### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

For å kunne besvare min problemstilling i masteroppgave i barnevern er jeg avhengig av å få kunnskap om temaet fra terapeuter som arbeider med barn og ungdom i psykisk helsevern. Det er de som jobber i en ansikt-til-ansikt-relasjon med barna og ungdommene som daglig ser hvordan de evidensbaserte metodene har innvirkning på behandlingen. Som en del av prosjektet er det ønskelig å høre erfaringer om hvordan både samarbeid med barn, ungdom og familier foregår, men også hvordan dere på arbeidsplassen jobber for å gi barna og ungdommen den hjelpen de har behov for.

Utgangspunktet for at du har blitt kontaktet er at du jobber i psykisk helsevern for barn og ungdom. Det er ønskelig at du har erfaring med evidensbasering og hvilken rolle den spiller på din arbeidsplass. Det er også ønskelig at du har minimum ett års erfaring fra nåværende arbeidsplass.

#### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Jeg vil benytte meg av kvalitativ forskningsmetode i innsamling av data til prosjektet. Dette innebærer at du deltar i et gruppeintervju sammen med andre ansatte fra din institusjon. Varigheten på gruppesamtalen vil være ca.1time og der jeg ønsker at dere som gruppe kan diskutere et case og noen spørsmål jeg stiller. Jeg ønsker i forkant å innhente informasjon om din alder, utdanning og hvor lang erfaring du har fra feltet.

Jeg har forståelse for at dere som praktikere er underlagt taushetsplikt. Samtalen vil dermed ikke bli gjennomført på en måte som medfører at det fremkommer taushetsbelagt informasjon som kan identifisere personer du jobber med. Dette vil bli gjentatt før jeg begynner intervjuet, da det kan bli aktuelt å dele anonymiserte praksiserfaringer i intervjuet.

Jeg vil under intervjuet benytte meg av notater og lydopptak, og ber om tillatelse til det. Jeg er i utgangspunktet ute etter å hente inn erfaringer rundt din praksis i psykisk helsevern, og det vil dermed ikke være aktuelt å hente inn personvernopplysninger fra deg. Navn eller andre personlig opplysninger vil bli anonymisert, og jeg vil kun bruke fiktive navn eller andre betegnelser i min masteroppgave. Den informasjonen jeg samler inn vil ikke bli brukt til andre formål enn min masteroppgave. Transkripsjoner og lydopptak vil makuleres og bli slettet etter levert masteroppgave.

Min masteroppgave skal leveres mai 2023, og det er derfor ønskelig å gjennomføre intervjuer før februar 2023. Tid og sted for intervjuet vil bli avtalt på et senere tidspunkt.

### **Det er frivillig å delta**

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen innvirkning for deg dersom du ikke ønsker å delta eller du velger å trekke deg ved en senere anledning.

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket. Det vil være meg og min veileder professor Oddbjørg Skjær Ulvik som har tilgang til datamaterialet som blir innhentet i intervjuene.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil bli erstattet med en kode som lagres på egen navneliste adskilt fra øvrige data. Ditt navn vil ikke bli brukt i masteroppgaven, og du skal dermed ikke gjenkjennes ved publikasjon av den ferdige masteroppgaven.

### **Hva skjer med personopplysningene dine når forskningsprosjektet avsluttes?**

Prosjektet vil etter planen avsluttes juni 2023. Etter prosjektslutt vil datamaterialet med dine personopplysninger makuleres og slettes slik at ingen har tilgang til dette ved prosjektets slutt. Underveis vil personopplysninger anonymiseres, og lydopptak vil oppbevares slik at ingen har tilgang til dette.

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra OsloMet har Personverntjenester vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

### **Dine rettigheter**

Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til:

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

- OsloMet ved Oddbjørg Skjær Ulvik ([oddbjorg@oslomet.no](mailto:oddbjorg@oslomet.no)) eller Christine Pedersen Huste ([christinehuste98@gmail.com](mailto:christinehuste98@gmail.com)).
- Vårt personvernombud: Ingrid Jacobsen, [personvernombud@oslomet.no](mailto:personvernombud@oslomet.no)

Hvis du har spørsmål knyttet til Personverntjenester sin vurdering av prosjektet, kan du ta kontakt med:

- Personverntjenester på epost ([personverntjenester@sikt.no](mailto:personverntjenester@sikt.no)) eller på telefon: 53 21 15 00.

Med vennlig hilsen

*Oddbjørg Skjær Ulvik*  
(Veileder)

*Christine Pedersen Huste*

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet *Erfaringer med evidensbaserte metoder i psykisk helsevern for barn og unge*, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i gruppeintervju sammen med andre ansatte fra min institusjon
- å oppgi informasjon på et skjema om min alder, utdanning og erfaring fra arbeidsplassen

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

---

(Signert av prosjektdeltaker, dato)



## Vedlegg 3: Opplysningskjema fra terapeutene

### **Opplysninger til masterprosjekt «Erfaringer med evidensbaserte metoder i arbeidet med barn og unge»**

Alder:

Hva er din utdanningsbakgrunn?:

Hvor lang erfaring har du i arbeid med barn og/eller ungdom?:

Hvor lenge har du jobbet på ditt arbeidssted?

## Vedlegg 4: Kasus til intervju

Petter er 16 og bor sammen med mor, far og lillebror på 14. Han har også en storesøster, men hun bor en halvtimes kjøretur unna Petter og familien. Petter bor et stykke unna skolen, og i nærområdet bor det få jevnaldrende. Mor til Petter er ufør grunnet en hørselskade og har dermed ikke vært i arbeid på flere år. Far til Petter jobber mer enn tidligere, både dag og kveld, og er dermed mer utilgjengelig enn tidligere.

Søsteren til Petter har meldt bekymring om da Petter over lengere tid har vært svært nedstemt. De har tidligere gjort aktiviteter sammen på kveldstid, men Petter er ikke lenger interessert i å bli med og har begynt å henge med en gjeng gutter som søsteren vet svært lite om. Søsteren mistenker at Petter ruser seg når han er med disse guttene da hun har sett endringer på Petter som kan tilsi dette.

Helsesykepleier på videregående er bekymret for Petter og tenker han trenger mer hjelp fordi han virket passiv, uinteressert og isolerer seg på skolen. I samtale med helsesøster har han antydnet at han har selvskadet seg noen ganger. Lærer melder også om mer fravær enn tidligere og nedgang i karakterer.

Petter har blitt henvist til BUP, men sliter med å møte opp til timene. Han har lite motivasjon til å dra og skjønner ikke hvordan BUP kan hjelpe han. Det er i tillegg vanskelig for han å komme seg til timene da mor ikke har førerkort og far stort sett er på jobb. I de få timene Petter har vært på BUP kommer det frem at han har selvskadet seg opp til flere ganger. Han har laget brennmerker på armene og forteller også at han har slått hånden sin hardt inn i vasken så den har brukket. Terapeuten får også vite at Petter har hatt to tidligere selvmordsforsøk og vært lagt inn på akuttpsykiatrisk begge disse gangene. De har ikke lyktes i å hjelpe Petter videre.

På hvilken måte kan DBT hjelpe Petter?