

Margareta Lewis

**Brukermedvirkning i familiebehandling-
Med Klient -og resultatstyrt praksis (KOR) som eksempel**

Masteroppgave i Familiebehandling MFB 301

Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag 2012

Forord.

Denne oppgaven er en del av et 4-årig deltids masterstudium i familiebehandling.

Skriveprosessen ligner jeg ved en lang reise som jeg nå begynner å se slutten på. Det har vært en tøff tur på mange ukjente men også litt kjente farvann. Det har vært mange opp- og nedturer og et krevende men interessant arbeid.

Jeg vil først og fremst takke informantene som lot seg intervju i fokusgrupper til tross for en hektisk og travel hverdag. Det var inspirerende og engasjerende diskusjoner som jeg fikk lytte til og interessant å lytte til folks erfaringer som trækker opp nye veier.

Jeg vil også takke min arbeidsgiver, Bærum BUP ved Vestre Viken HF med Reidunn Høivik som leder og som gav meg støtte og fremfor alt studiepermisjoner.

En takk til Aud Lian, bibliotekaren på BUP, som vennlig og tålmodig har skaffet frem bøker og latt meg låne bøker om igjen selv om jeg har sprenget alle grenser for utlånstid.

Fremfor alt vil jeg også takke min veileder Nicole Hennem som loset meg igjennom dette prosjekt med optimisme og fast hånd.

Mine kollokvievenner Marit Rikoll, Annie Nevermo og Marion Tuttøren er en herlig gjeng damer i sine beste år og de har vært til uvurderlig støtte gjennom disse årene. Så heldig jeg er som har lært dere å kjenne!

Det er to andre flotte damer som også fortjener en stor takk og det er Unni Scott og Aud Tryti, som har gjort en kjempeinnsats med korrekturlesning. En takk også til Tore Andersen for gode spørsmål og kommentarer.

Til sist og ikke minst: En stor takk og klem til David Lewis, mannen min og dataeksperten, som med tålmodighet har hjulpet med alt det tekniske. Golfsesongen venter nå og det ser vi frem mot. Forhåpentlig vil jeg nå komme ut av min boble med KOR og lytte bedre til hva du sier.

Takk alle sammen!!!

Slependen mai 2012

Sammendrag.

Temaet i denne oppgaven er om brukermedvirkning i familiebehandling med Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) som eksempel. Målet for prosjektet har vært å få frem mer kunnskap om hvordan bruk av KOR kan være nyttig for å fremme bedre samarbeid og brukermedvirkning i familiebehandling i en barne- og ungdomspsykiatrisk kontekst.

Oppgaven bygger på en kvalitativ undersøkelse i form av fokusgruppeintervjuer med terapeuter som jobber med familiebehandling av barn og unge og deres familier. Fokus har vært å undersøke familieterapeuters holdninger til samarbeid og deres forskjellige erfaringer med å bruke KOR i familiebehandling. Forskningsspørsmålene har også vært knyttet til terapeuters refleksjoner på forandring av egen praksis og klient -og terapeutforholdet i et makt- og samfunnsperspektiv.

Det redegjøres først for begrepet Brukermedvirkning, kontekst og relevans. Videre introduseres KOR med bakgrunn, teori og praktisk anvendelse. Deretter gis en oversikt over de mest aktuelle retningene og metodene som ligger til grunn for familiebehandling. Fokus er i et samarbeids- og et brukermedvirkningsperspektiv. Bourdieus teorier brukes som en overbyggende teori for å se brukermedvirkning og KOR i et samfunnsperspektiv. Dette med bakgrunn i at selv om brukermedvirkning er lovbestemt er det mye som tyder på at forandring skjer langsomt når det skal omsettes til handling i behandlingspraksis.

Funnene viser at terapeuter som bruker KOR finner det som et godt hjelpemiddel til å omsette brukermedvirkning i praksis. Terapeutenes erfaringer er også at det er et godt hjelpemiddel i familiebehandling mht. at alle familiemedlemmers perspektiver lettere blir ivaretatt. Videre viser deres erfaringer at når KOR brukes kan de møte andre holdninger i systemet, der klientenes perspektiver ikke blir så godt ivaretatt. Terapeutenes erfaringer viser også at det er en prosess å forandre sin praksis selv om man har et ønske å gjøre dette. Med hjelp av Bourdieus praksisteori analyseres hvordan sosiale og kulturelle maktforhold fortsatt opprettholdes, men at forandring er mulig. KOR kan ses som et eksempel på dette.

Summary.

The theme of this task relates to the use of client participation in family therapy using 'Client directed outcome informed Therapy' (CDOI) as an example. The objective of the project has been to develop increased knowledge as to how CDOI can enhance client participation in family therapy within a child and youth psychiatric context.

The task centres on a qualitative analysis in the form of focusgroup interviews with therapists who work with family therapy of children, youths and their families. The focus has been to capture the family therapist's attitude to co-operation and their various experiences with the use of CDOI in family therapy. Some of the research enquiries are tied to the therapist's reflections about changing their own practices embracing a client-therapist relationship within a power and sociological perspective.

The concept of client participation is firstly addressed together with its context and relevance. Later CDOI is introduced with its background and practical usage. This is followed by an overview of the directions and methods available for family therapy. The focus is maintained on a cooperation and client participation perspective. Bourdieu's theory is used as an applied theory to view client participation and CDOI in a society perspective. Even with the knowledge that client participation is mandatory by law, there are many indications that the change is slow as far as it comes to implementation into actions in treatment practice.

Findings show that therapists who use CDOI find it to be a good implement to achieve client participation in practice. The therapists also report that it a good tool in family therapy with respect to that all family members' perspectives are easier maintained. Further, their experiences show that when CDOI is used, they can discover other attitudes in the system where the client's perspectives are not well taken care of. The therapists' experiences exhibit that it is a process to alter ones own practices even when there is a wish to do so. With the aid of Bourdieu's practice theory one can analyze how social and cultural power relationships still survive, but that change is possible. CDOI can be viewed as an example of this.

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING.....	1
1.1 Tema.....	1
1.2 Temaets relevans og tidligere forskning.....	2
1.3 Mål for prosjektet.....	4
1.4 Oversikt over oppgavens innhold.....	5
2. BRUKERMEDVIRKNING: KONTEKST OG RELEVANS.....	6
2.1 Brukermedvirkning som rettighet	6
2.2 Brukermedvirkning i praksis?.....	7
2.3 Hvorfor er brukerperspektivet viktig?.....	9
2.4 Klient og resultatstyrt praksis (KOR).....	11
2.4.1 Generelt om KOR.....	11
2.4.2 Å arbeide med barn og familier med KOR.....	13
2.4.3 Et kasus med eksempel med KOR.....	14
3. FAMILIEBEHANDLING OG SAMARBEID.....	15
3.1.1 Innledning.....	15
3.1.2 De første systemteoriene og terapeutens rolle.....	15
3.1.3 Postmodernisme og familierapi	16
3.1.4 Systemisk familierapi.....	17
3.1.5 Dialog og samarbeid	17
3.1.6 Reflekterende prosesser	18
3.1.7 Løsningsfokusert terapi.....	18
3.1.8 Narrativ praksis:	19
4. BOURDIEUS TEORI OM PRAKSIS.....	19
5. METODE.....	22
5.1 Valg av filosofisk og vitenskapelig perspektiv.....	22
5.2 Det kvalitative forskningsintervju	23
5.3 Om fokusgruppeintervjuer.....	24

1. INNLEDNING

*There is a crack, a crack in everything
That's how the light gets in*

(Leonard Cohen i Anthem, 1992.)

1.1 Tema

Da jeg begynte på masterutdanning i familiebehandling hadde jeg en lang praksis som klinisk sosionom og familierapeut i både i voksenpsykiatri og barne- og ungdomspsykiatri bak meg. Jeg var den gang ansatt i det daværende Familie- og nettverksteamet ved en Barne- og ungdomspsykiatrisk klinikk. Via et nettverk for familieavdelinger fikk vi for en del år siden høre om Klient- og resultat styrt praksis (KOR). Vi deltok i en rekke møter, kurser og konferanser om dette tema med bl.a. Barry Duncan, Scott Miller mfl. som forelesere. KOR innebærer at terapeuten regelmessig ber om tilbakemelding fra klientene. Vi erfarte at disse idéene om at klienten og ikke terapeuten skulle være den som styrte behandlingen egentlig brøt ganske så radikalt med den vanlige tradisjonelle tenkingen innen spesialisttjenesten. Imidlertid var våre ledere på klinikken positive til at vi prøvde denne tilnærmingen, ettersom man ønsket å innføre brukermedvirkning inn i klinikkens praksis.

Etterhvert ble et par av oss invitert til å delta som klinikkens representanter inn i et eget nettverksforum i regi av Region senter for barn og unges psykiske helse(R-BUP) sammen med andre i feltet med interesse i KOR. Vi begynte å bruke disse skjemaene og prøvde oss frem i vår praksis med å få brukernes/ familienes stemme mer i fokus. Selv om de fleste familiene virket positive, følte vi oss noen ganger usikre og det var ikke alltid like lett å få til å praktisere denne nye måte med brukermedvirkning i en spesialisttjeneste som barne- og ungdomspsykiatrien. Andre kolleger i feltet var nokså spørrende og litt skeptiske til denne tilnærmingen.

Da jeg skulle til å velge tema for masteroppgaven hadde jeg et ønske om å undersøke nærmere brukermedvirkning og KOR. Imidlertid var jeg også litt betenkt på å skrive om et tema som var en del av min hverdagspraksis. Jeg har hele tiden hatt en interesse og en nysgjerrighet for hvordan andre utøver denne praksis og hvilke erfaringer de har gjort seg.

I denne oppgave vil jeg bruke forkortelsen KOR når jeg omtaler Klient- og resultatstyrt praksis. Jeg bruker også betegnelsen klienter og ikke pasienter.

1.2 Temaets relevans og tidligere forskning

Tema for min oppgave er å finne ut mer om hvordan familierapeuter i en barn- og ungdomspsykiatrisk kontekst praktiserer og forholder seg til brukermedvirkning med hjelp av klient og resultatstyrt praksis. Videre ønsker jeg å finne ut mer om hvordan de ser på terapeutisk samarbeid i familiebehandling og hvordan de opplever at KOR er nyttig i denne sammenheng. Jeg ønsker også å se på forandring av praksis til brukermedvirkning og familiebehandling i et videre samfunnsperspektiv.

Brukermedvirkning har i de siste årene blitt et vanlig ord, som man møter i mange sammenhenger. I de profesjonelle hjelperes utdanninger lærer vi forskjellige teorier om faget vårt, men å praktisere brukermedvirkning er det nok få av oss som har fått noen opplæring i. Jeg mener at det er nødvendig med både teoretisk kunnskap og ikke minst praktisk kunnskap om brukermedvirkning. Fagfolks holdninger og motivasjon til å prøve en ny praksis, er også viktig. Hvis vi tenker at brukermedvirkning bare er et nytt påfunn som myndighetene har pålagt oss, skjer liten forandring. Hvis vi ønsker å legge om kursen og ser at brukermedvirkning hjelper våre klienter til bedre tilfredshet og forandring, er det en god start.

Donald Schön (1987, 26-30) utviklet begreper om det han kaller *refleksjon- i- handling* og *refleksjon- over- handling*. Han mener at enhver situasjon praktiseren står i er unik og man kan ikke bare følge boken. Alle må lære gjennom egne prosesser. «Refleksjon -i handling» skjer når vår handling omformes av vår tenkning, samtidig som vi utfører handlingen. «Refleksjon- over- handlingen» går ut på å tenke tilbake på det en har gjort for å se om den kunnskapen en hadde i handlingen var med på å påvirke resultatet. Schön utfordrer den profesjonelle som ikke reflekterer over sin praksis og som ikke reflekterer over egne tanker og handlinger dvs. der den profesjonelle har blitt dyktig i teknikker, men ser usikkerhet som en trussel og svakhetstegn. Et institusjonelt og et profesjonelt byråkrati kan ofte bemyndige og støtte den slags tenking. (ibid). Når KOR brukes i form av at klientene gir tilbakemelding om hva som er nyttig for dem, får terapeuten mulighet å reflektere over sine handlinger.

I 1990- årene var *kvalitetssikring* i fokus. Målsetningen var å sikre klienten god kvalitet på helsetjenester og det ble innført klare administrative rutiner og pålegg om enhetlige prosedyrer for å sikre kvaliteten bl.a. i form av kartlegging av klientenes problemer og diagnoser. Med dette kom det opp en stor diskusjon i feltet om hvilke behandlingsmetoder som var mest effektive, og det ble kalt «den store evidensdebatten». Det ble satt krav til at metodene skulle være vitenskapelig dokumenterte for at de kunne betraktes virksomme.

Anne- Grethe Tuseth (2007, 40-45) beskriver i boka «Klienten- Den glemte terapeut» hvordan man i det norske familierapi- og undervisningsmiljøet nærmest ble tatt litt på senga av de sterke overbevisende krefter om at evaluering av behandlingsresultater måtte bygge på objektive faglige kriterier og vurderes av en profesjonell person. Familierapi ble nærmest definert som en ubrukbar tilnærming, som ikke nådde opp til standarden med krav på diagnoser og behandlingsmanualer. For å få status som evidensbasert terapi, EBT må den aktuelle metoden studeres gjennom randomiserte og kontrollerte grupper (RCT). Imidlertid ble det fra flere faghold reist kritikk av denne snevre naturvitenskapelige synsvinkel, som utelukker viktig kunnskap om terapi. Tuseth viser til den amerikanske psykologforeningen som etterhvert ble bekymret over den status som EBT hadde fått hos bevilgende myndigheter, da det var lett å konkludere med at all annen behandling og forskning derved ikke var virksom. Etterhvert har man nå revidert definisjonen til at evidensbasert praksis er integrering av den beste evidens av forskning, med klinisk ekspertise og klientverdier (ibid).

Den norske psykologforeningen har i 2007 også sluttet seg til en lignende definisjon (Birgit Valla 2010, 308-309). Det betyr at når man skal vurdere evidens inkluderes nå ulike typer av forskning fra flere aktuelle forskningsfelt, både de profesjonelles og brukarenes erfaringer. Valla mener videre at de profesjonelle hjelpene trenger en mer målrettet opplæring om brukermedvirkning i praksis og at denne oppæring bør få en naturlig plass innen utdanningsinstitusjonene og arbeidsstedene (ibid, 312-313). Utfordringer i fremtiden vil også være hvordan utviklingen vil bli og hvordan fagfeltet og også helsepolitikere vil forholde seg til evidensbasert terapi og en praksisbasert evidens.

I boken «*the Heart and Soul of Change* (Hubble, Duncan & Miller (red.)(1999) har man samlet en rekke artikler der forskere dokumenterer virksomme faktorer i terapi. Bl.a. vises Tallmans og Boharts artikkel som handler om klientens eget bidrag i hva som skaper endring i terapi. De vektlegger bl.a. klientens forståelse og perspektiver og anbefaler at fokus i terapiforskning rettes mer mot klientens egne ressurser til bedring enn til terapeutens teknikker og metoder. (ibid, 91 -132)

I det norske fagfeltet har KOR vært i bruk siden slutten av 1990-tallet. KOR brukes nå i stor grad innen psykisk helsevern for barn og unge, men det foregår utprøving innen flere andre behandlingstilbud som familievernkontorer, rusbehandling og innen psykisk helsevern for voksne. Både nasjonalt og internasjonalt er det forskning og erfaringsutvikling om hvordan bruke KOR (Tuseth, 2007, 1218- 1219).

I 2006 ble det gjort et omfattende kartleggingsprosjekt i regi av R- BUP og i samarbeid med Sintef med intervjuer av både brukere og terapeuter. Hensikten med prosjektet var å kartlegge erfaringer med bruk av KOR i helseregionene Øst og Sør som en tilnærming til økt brukermedvirkning i tjenesteapparatet. Resultatene viste positive erfaringer på flere områder, og at KOR gikk godt sammen med terapeutens egne faglige tilnærminger, inkludert psykodynamiske, kognitive, atferdsorienterte, systemiske og narrative og humanistiske tilnærminger (Tuseth et.al, 2006).

I en doktoravhandling i 2009 ved universitetet i Oslo har ph.d Rolf Sundet gjort en kvalitativ studie av 10 familier og 4 terapeuter ved en familieavdeling. Den handler om familienes og terapeutenes perspektiver og hva som er hjelpsomt og nyttig med bruk av KOR i en familieterapeutisk sammenheng. Resultatene viser bl.a. nytten av KOR som et samtaleredskap og hvordan terapeutene og familiene samarbeider med hjelp av feedback (Sundet ,2009, 2010, 2011). I en doktoravhandling ved universitetet i Bergen har ph.d Morten Anker i 2010 gjennomført verdens største undersøkelse på par i terapi. Parene ble tilfeldig inndelt i to grupper, der terapeutene arbeidet både med og uten tilbakemeldinger. Resultatene viser bl.a. at brudd i parforhold nesten ble halvert i gruppen som gav tilbakemeldinger. Videre viste resultatene at systematisk tilbakemelding i terapi ga bedre resultat og hvor klientene opplevde en god allianse, hadde flest klienter endring. (Anker et.al. 2009, Anker, 2010).

Det er i gang flere andre forskningsprosjekter i Norge på KOR og det er viktig å belyse arbeid og erfaringer fra flere virksomheter. I en tid da evidensbaserte og manualbaserte behandlingsmetoder blir mer og mer dominerende i feltet, trengs det mer forskning og kunnskap om både nytten av familieterapi og praksistilnærminger der klientens perspektiver er i fokus. En forhåpning er mangfold og bredde av tilnærminger fremfor en mer snever innretning i feltet.

1.3 Mål for prosjektet

Målet for prosjektet er å få frem mer kunnskap om hvordan bruk av Klient og resultatstyrt praksis kan være nyttig for å fremme bedre samarbeid og brukermedvirkning i familiebehandling i en barne- og ungdomspsykiatrisk kontekst.

Jeg ønsker derfor å undersøke familieterapeuters holdninger til samarbeid og forskjellige erfaringer med å bruke Klient og resultat styrt praksis (KOR) i familiebehandling.

Forskningsspørsmålene er også knyttet til terapeuters refleksjoner på forandring av egen praksis og klient -og terapeutforholdet i et maktperspektiv.

Hovedproblemstilling:

Hvordan kan KOR bidra til forandring av familierapeuters praksis i familiebehandling og virke som hjelpemiddel til økt brukermedvirkning?

Ut fra problemstillingen ønsker jeg å få følgende spørsmål belyst:

- Hvilke refleksjoner gjør terapeuter seg om sine erfaringer med brukermedvirkning og samarbeid når KOR brukes i familiebehandling?
- Hvordan beskriver terapeutene sin vei/ prosess i å bli en öKlient og resultatstyrt terapeutö?
- Hvilke refleksjoner gjør terapeuter seg om forholdet mellom egen fagkunnskap og familiens erfaringskunnskap?
- Hvilke refleksjoner gjør terapeuter seg om forholdet mellom terapeut og klient når det gjelder makt?

1.4 Oversikt over oppgavens innhold

I det *første kapitlet* presenterer jeg bakgrunn for tema og hensikten med studien og forskningsspørsmål. Jeg viser også til en del eksempler på forskning rundt temaet.

I det *andre kapitlet* gjør jeg først rede for noen begreper og teoretiske perspektiver om brukermedvirkning og dens kontekst, samt Klient og resultatstyrt praksis (KOR).

I det *tredje kapitlet* presenteres de teoretiske modeller og metoder som ligger til grunn for familiebehandling i et brukermedvirkningsperspektiv.

I det *fjerde kapitlet* presenterer jeg Bourdieus praksisteori. Jeg har valgt Bourdieus praksis teori som relevant for temaet for å belyse brukermedvirkning, KOR og familiebehandling i et samfunnsperspektiv. Selv om brukermedvirkning er et anerkjent begrep, vitner mange historier fra klienter at det er langt ifra teori og praksis. Derved ønsker jeg å ha fokus på de prosesser som oppstår når familierapeuter endrer sin praksis i retning mot brukermedvirkning.

I det *femte kapitlet* beskrives metoden, hvordan jeg har gått frem og hvilke valg jeg har gjort.

I det *sjette kapitlet* presenteres resultatet av fokusgruppeintervjuene med sitater som belyser de ulike temaene.

I det *syvende kapitlet* handler om drøfting av resultatene, der funnene drøftes opp mot aktuell empiri og litteratur. Jeg har valgt å inndele dette kapitlet i to deler. I den ene delen drøftes

resultatene opp mot de teoretiske perspektivene rundt brukermidvirkning og familiebehandling. I den andre delen drøfter jeg resultatene, brukermidvirkning og endring av praksisformer i et maktperspektiv i lys av Bourdieus teorier.

I det åttende og siste kapitlet vil jeg gjøre en oppsummering og en sammenfattende konklusjon.

2. BRUKERMIDVIRKNING: KONTEKST OG RELEVANS

2.1 Brukermidvirkning som rettighet

Brukermidvirkning er et begrep som har vokst frem de siste årene i sosial- og helsevesenet. Det medfører et nytt perspektiv på den gamle etablerte pasientrollen, der pasienten/klienten har gått fra å være en passiv bruker til å være en aktiv bruker av tjenester. Tidligere var pasienten mer definert som en som hadde problemer han ikke selv var i stand til eller hadde kompetanse til å løse, og pasienten hadde liten innflytelse på behandlingen. Skifte av perspektiv har ført til at pasientene og pårørende har lovfestede rettigheter. Dermed er brukermidvirkning noe tjenesteapparatet ikke kan velge bort.

Sosial- og helsedirektoratet slår fast i en rapport i (2006: IS-315, 5-13) om Plan for brukermidvirkning at bruker har rett til å medvirke og at brukermidvirkning har en egenverdi, en terapeutisk verdi og er et virkemiddel for å forbedre og kvalitetssikre tjenestene. Målet er god brukermidvirkning på individnivå, systemnivå og politisk nivå. Evaluering av Opptappingsplanen for psykisk helse viser at arbeidet med å få til brukermidvirkning på flere områdene ikke er godt nok ivarettatt. I rapporten nevnes også helseforetaksloven, som slår fast at de regionale helseforetakene skal ha brukermidvirkning i sin arbeidsform. I vedtektene til de regionale helseforetakene er det tatt inn en bestemmelse om brukermidvirkning.

Departementet har gjennom styringspålegg slått fast at dette også skal være gjennomført for helseforetakene. I den samme rapport henvises også til Opptappingsplanen i psykisk helse: *öbrukermidvirkning lovpålagt og skal være ettersporbart i forhold til hvordan brukerens rettigheter og tjenesteutøverens plikter er ivarettatt. Brukermidvirkning handler om at tjenesteapparatet benytter brukerens erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp. Kvalitetsforbedringene ligger i dialogen og samspillet mellom bruker og tjenesteutøver. Brukermidvirkning betyr ikke at behandlere fratras sitt faglige ansvar* (Sosial og helsedirektoratet 2006,8).

Marianne Storm mfl. (2009, 19-25) har skrevet en bok om brukermedvirkning i psykisk helsearbeid med utgangspunkt i et tiltak om »Brukermedvirkning i praksis». Selv om tiltaket var rettet mot helsepersonell og voksne personer med psykisk sykdom innlagt i institusjon, kan en del av disse erfaringene være nyttige og ha en overføringsverdi når det gjelder brukermedvirkning i barn -og ungdomspsykiatrien. Storm mener at brukermedvirkning er et fenomen, som kan ses innen et mangfold av perspektiver, ikke bare det juridiske og lovmessige. Hun nevner det *demokratiske perspektivet*, der autonomi, medbestemmelse og deltagelse er sentrale og anerkjente verdier i den norske velferdsstat og rettstat. Et annet perspektiv handler om *rettferdighet*, der en rettferdig fordeling av makt, posisjoner, sosiale og økonomiske goder er viktige aspekter. Storm betrakter også brukermedvirkning i sammenheng med *empowerment*, et begrep som har sine ideologiske røtter i 1960-tallets radikale opprør mot etablerte maktstrukturer. Kort sagt kan empowerment, i denne sammenheng ses som brukernes kamp for å få like rettigheter som resten av befolkningen når det gjelder medvirkning og innflytelse på livet og helsen. Til sist kan brukermedvirkning ses i et *konsumentperspektiv*, der brukerne og pasientene får en kunderolle for å styrke befolkningens valgmuligheter i møte med offentlige helsetjenester. Tanken er at brukene av helsetjenestene faktisk kan velge det tjenestetilbudet som de synes er best. Innvendinger mot denne tilnærmingen er at de med økonomiske og sosiale ressurser vil ha større forutsetninger til å stille krav til helsearbeiderne og helsetjenesten enn de som har mindre ressurser og forutsetninger (ibid).

2.2 Brukermedvirkning i praksis?

Fra undersøkelser om brukermedvirkning rapporteres det imidlertid at flere brukere fortsatt opplever for liten brukermedvirkning i psykiatrisk helsearbeid. Ved Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten, er det gjort nasjonale bruker- og pårørendeundersøkelser både innen somatikk og psykisk helsevern både på døgnet og poliklinikknivå. I en undersøkelse fikk foresatte vurdere tilbudet ved barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker og resultatene ble presentert på tre hovedområder, *møtet med behandlerne, utbytte og informasjon og medbestemmelse*. Informasjon og medbestemmelse kom klart dårligst ut, mens møtet med behandlerne var mer positivt (Pasopprapport, 2008).

I en annen undersøkelse om brukermedvirkning og psykisk helse rapporteres det at selv om erfaringene blant brukerne varierer sterkt, ønsker brukere generelt sterkere innflytelse på egen behandling. Pårørendes rolle i psykiatrien oppleves som uavklart og det etterlyses mer informasjon og sterkere involvering av pårørende. (Sverdrup mfl. NIBR-rapport 2005: 6)

Brukermedvirkning har blitt et kjent og akseptert begrep for de fleste som arbeider innen helse og sosialsektoren. Imidlertid er det mange som frykter at brukermedvirkning lett bare kan bli et honnørord, hvis det ikke innarbeides i praksis. Asbjørn Ulvestad og Arne Kristian Henriksen (2007, 21) stiller seg spørsmål ved i hvilken grad de forskjellige profesjonene i praksis har endret sine måter å handle på når brukermedvirkning har blitt aktuelt. De fremhever i boken «Klienten- den glemte terapeut» at praksisformer i psykisk helsearbeid ikke er tidløse, men springer ut av historiske kontekster innvevd i faglige, organisasjonsmessige, administrative, språklige og kulturelle sammenhenger. Det trengs derfor en endret praksis og ikke minst en utvikling av nye praksisformer for å inkludere brukerne i behandlingen. Dette innebærer en utfordring på alle disse områdene. Selv om brukermedvirkning ikke betyr at behandleren fratras sitt faglige ansvar, innebærer det et radikalt brudd med praksistradisjoner innen sosial -og helsevesenet. Hvis det ikke manifesteres i form av nye arbeidsformer og konkret handling ender det lett opp i tomme ord og fraser (ibid).

Laila Aamodt (2011) peker også på at brukermedvirkning må gis en mening som er synlig i praksis ellers er det fare for at det bare har blitt et nytt begrep som ikke gjør noen egentlig forskjell. Det må derfor vises i måten man arbeider på. Hun peker også på brukermedvirkning i et maktperspektiv. De fleste tenker på brukerperspektivet som en naturlig følge av vår demokratiske innstilling og tro på menneskeverdet. Det som ofte overses, er hvor makten umerkelig sniker seg inn i alle relasjoner og hvor lett det er å begå overtramp som behandler. Makten kan vises på mange måter f.eks. i form av faguttrykk, måten å snakke på, kroppsholdning, klær etc. Aamodt påpeker at også brukerbegrepet er gjennomsyret av en individfokusering, med klare forbindelser til markedsliberalismen. Det autonome mennesket blir gjort til ideal uten å ses i sin kontekst dvs. gjeldende samfunnsforhold, kultur, levesett, økonomi, boligforhold. Risikoen mener Aamodt, er at hjelpesøkeren/brukeren alene må bære ansvaret/ skylden for sin situasjon hvis man ser bort fra relasjonell tenkning med vekt på samskaping, samarbeid og solidaritet (ibid, 117-120)

Er det en fare for at vi tar brukerperspektivet til oss for lett? spør Ingerid Aamodt (2007, 293). I vår begeistring glemmer vi lett at begrepet også inngår i en historisk sammenheng og at det krever en stor bevissthet om sammenhengene brukermedvirkning opererer innenfor. Hun mener at det må til en ny praksis som utfordrer den allerede eksisterende praksisen (Aamodt 2007, 310).

2.3 Hvorfor er brukerperspektivet viktig?

Gjennom sin forskning på ulike faktorer som styrker og fremmer helse har professor og forsker Aaron Antonovsky (1987, 33-46) vist til at opplevelsen av muligheter for å påvirke og forandre livet sitt og sine omgivelser er helsefremmende. Han var mer opptatt av å forske på faktorer som førte til sunnhet (salutogenese) enn en patologisk orientering om hva som forårsaker sykdom. Han utviklet en modell for å forstå motstandskraft eller *sense of coherence*, dvs. den enkeltes opplevelse av sammenheng, der tilværelsen blir begripelig, håndterbar og meningsfull. Det er et samspill mellom personlige og kollektive mestringsressurser som kan fremme personens evne til å mestre belastninger. I sin forskning fant Antonovsky at mennesker har større muligheter til å mestre livet og belastende forhold hvis de opplever en høy grad av *sense of coherence* (ibid). I denne sammenhengen kan brukermedvirkning derved ha en helsefremmende effekt.

Innenfor psykisk helsevern har klientene lenge vært en undervurdert gruppe når det gjelder utforming av tjenestetilbudet innen psykisk helsevern. Barry Duncan (2007, 16-19) peker på at dette gjelder også for gruppen barn og unge, som er umyndige og prisgitt foresatte eller andre voksne som tar avgjørelser på deres vegne, selv om intensjonene aldri er så gode. Han mener videre at nøkkelpersonens stemme lett blir borte på veien i fagfolks jakt etter magiske metoder og prosesser som skaper endring. Fagfolk risikerer med dette å bli blinde for de viktigste faktorene i behandling - nemlig resultatene av hjelpen man gir. Duncans poeng her er at det er klientens vurdering av endring, som bør være i fokus fremfor terapeutens evaluering av klienten.

I en dansk undersøkelse intervjuet sosialrådgiver Eva Hallum og hennes medarbeidere foreldre og barn (43 familier), samt henviser (sosialforvaltning eller praktiserte lege) om deres forventninger til barnepsykiatrisk undersøkelse. I undersøkelsen fremkom det at halvparten av barna ikke visste hvorfor de kom og at foreldre og henviser ikke klart nok hadde forklart hensikten. Videre viste intervjusamtalene tydelig at barna ønsket at deres meninger skulle høres. Konklusjonen av undersøkelsen var at det var viktig å inkludere både barna og foreldrene i prosessen om henvisning og utredning, samt og tydeligere å få frem eventuelle uoverensstemmelser i forhold til henviser (Hallum 2008, 228-230).

Marit Borg (2009, 452 -459) har forsket på brukers erfaringer med bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser. Hun understreker at tilbakemeldinger fra brukere av psykiske helsetjenester bidrar til å klargjøre hva som er virksom hjelp. I hennes studie med mennesker med alvorlige psykiske problemer, understrekes deres behov for å bli sett som en aktør i sitt

eget liv. Å føle mestring av helt trivielle daglige aktiviteter er viktig for bedring. Det krever at behandlere er fleksible og tilpasser hjelpen til den enkelte. Hun mener det er viktig å få mer kunnskap fra brukermiljøene om hva som oppleves og bidrar til forbedring, selv om det kan dreie seg om små hverdagslige trivialiteter og selvfølgeligheter. Mange av informantene etterlyser en praksis der brukeren kan være aktør i eget liv heller enn fagfolks modeller og metoder. Borg mener at slike ønsker kan samtidig bli utfordrende for fagfolk i et helsevesen, der strømlinjeforming, kvalitetssikring og planlegging vektlegges. (ibid)

Den danske barnepsykiateren og familierapeuten Søren Hertz (2003) mener at det i dagens samfunn råder en usikkerhet hvordan forholde seg til barn og unges mangfold av både muligheter og problemer i et samfunn med en rask utvikling. Dette fører med seg at både foreldre og andre i hjelpesystemer forventer at de profesjonelle, ekspertene skal komme med eksakte svar og redusere usikkerheten. Mange eksperter prøver å gjøre sitt beste, men resultatet blir ofte en problembeskrivelse der svaret blir definert som et individuelt problem og en diagnose. Det blir ofte fokus på patologi. Disse beskrivelser kan i tillegg åpne opp for økonomiske ressurser i form av offentlig støtte. I det familierapeutiske feltet har man i de senere årene hatt et ønske å definere seg bort fra ekspertrollen. Hertz spør om ikke dette egentlig har medført at feltet selv har blitt marginalisert og andre dominerende krefter har tatt over. Hans håp er at systemiske familierapeuter med sin spesielle kunnskap ikke forblir i det marginaliserte lukkede familierapirommet, men gir seg inn i det sosialpolitiske felt og virker for at andre alternative ressursfokuserte historier trekkes frem (ibid, 22-32).

Hertz (2008, 136-138) tar til orde for det som han kaller en » alvorlig men uheldelig optimisme» når det gjelder å orientere seg systemisk i et diagnostisk felt i barne- og ungdomspsykiatrien. Det *bio-psyko-sosiale* perspektivet tar vare på sammenhengen mellom disse tre faglige disipliner. Han fremholder det *transdisiplinære perspektivet* som går et skritt videre og setter fokus på de kreative prosesser utover de faglig atskilte disiplinene. Han mener at barn og ungdom befinner seg i en utviklingsprosess, der man burde fokusere mer på å finne ressurser hos barn og unge. Han bruker uttrykket *uheldelig optimisme*. Selv om det er krav til diagnoser, ønsker han å kombinere et alternativt syn til et fagfelt som ofte beskriver tilstand eller forstyrrelser som uheldelige eller kroniske. En diagnose er en begrenset beskrivelse av en persons lidelse, men det gjelder å også se på muligheter utover negative sykdomsbeskrivelser. I stedet for å oppfatte alt som virker problemfylt, mangelfullt eller sykt, ser han barnas /ungdommens problemer som en *invitasjon* til omgivelsene og utforske hvordan man best kan bidra til utvikling av det uanede (ibid, 179-187).

2.4 Klient og resultatstyrt praksis (KOR)

2.4.1 Generelt om KOR

Klient og resultatstyrt praksis (KOR), som er en norsk oversettelse «Client Directed Outcome Informed Therapy (CDOI) har sitt utspring i USA, der Scott Miller, Barry Duncan og Mark Hubble slo seg sammen og startet «The Institute for the Study of Therapeutic change». Barry Duncan, Psy.D og Scott Miller, PhD er terapeuter, veiledere og forskere med stor klinisk erfaring, dannet senere «Institute of Heart and Soul of Change». Andre medarbeidere er også Jacqueline Sparks, Ph.D, forsker og familierapeut og de har skrevet flere bøker og artikler sammen. Scott Miller har senere startet «International senter for Clinical Excellence».

Det som førte de sammen var en felles interesse i terapiforskning om hva som leder til endring. De begynte å se etter fellesfaktorer i terapi dvs. de endringsskapende faktorer som er felles for all terapi uansett teoretisk forståelse eller metode. I boken «The Heroic client» fremholder de at det er klienten som har æren for det som skjer av endringer i terapi og kvaliteten på relasjonen mellom klienten og terapeuten er mye viktigere enn den metoden eller teknikken terapeuten bruker. De fremhever at det er klienten som er den virkelige helten i terapien (Duncan & Miller, 2000). I boken «The Heart and Soul of Change» har de samlet artikler om terapiforskning om hva som er virksomt i terapi. I den finner man bl.a. en oversikt over hva førte års resultat av behandlingsforskning sier om hva som virker i terapi og hvilke følger dette får for klinisk praksis. I en av artiklene i boken, skrevet av Ted Assays og Michael Lambert(1999, 31) vises det bl.a. til Lamberts forskning og hans figur i form av et kakediagram. Man finner fire fellesfaktorer som bidrar til et positivt resultat: Relasjonen til terapeuten betyr 30 %, placebo, håp og forventninger 15 %, klientrelaterte/utenfor terapeutiske faktorer 40 % og metode/teknikk 15 %.

Det er to sentrale punkter som anbefales for å få til en klient og resultatstyrt praksis:

«Sørg for brukermedvirkning i planleggingen, utførelsen og evaluering av behandlingstilbudene. Få klinikerne til å søke, analysere og fortløpende bruke reliable og valide tilbakemeldinger fra brukene på samarbeidet og på bedring.

Fokuser på om behandling virker, istedenfor på hvilken form for behandling som ytes. Beveg deg ifra «evidensbasert praksis(bestemte behandlingsformer for bestemte sykdomsbilder) til «praksisbasert evidens» (om denne behandlingen fungerer for denne klienten).» (Duncan 2007, 17).

Duncan og Miller har etter flere år med prøving og feiling arbeidet for å finne enkle måleinstrumenter, som både skulle være reliable og valide og som samtidige også skulle være meningsfulle og lette å gjennomføre i klinisk praksis. KOR betyr ikke noen ny terapeutisk retning eller mirakelmetode. Den grunnleggende idéen er å bruke tilbakemeldinger, feedback fra klienten for å gjøre behandlingen mer effektiv og mer tilpasset klienten. Det er altså terapeuten som tilpasser seg etter klientens tilbakemeldinger og ikke klienten som skal tilpasses en eller annen metode. Klientens *egen endringsteori* er et sentralt begrep i KOR og det er viktig å undersøke klientens idéer om dette. Det henvises til forskning som har vist at de metodene og teknikkene terapeuter benyttet, bare er til hjelp hvis klienten ser de som relevante og har en tro på at de virker. Den terapeutiske relasjonen fremstilles i et bilde som en krakk med 3 bein, der det første benet representerer mål, mening eller hensikt med å gå i terapi, som terapeuten og klienten er blitt enige om. Det andre representerer klientens syn på sin relasjon til hjelperen og hjelperens rolle. Den tredje symboliserer de midlene og metodene som klienten og terapeuten blitt enige om i hjelpeprosessen. Klientens egen endringsteori representerer til sist setet på krakken, som både samler beina og holdes opp av beina (Duncan & Sparks 2008, 37 -43).

Å få tak i *klientens endringsteori* kan gjøres på forskjellige måter ved å stille flere forskjellige spørsmål i en respektfull samtale. Som regel er det ikke ferdige strukturer i klientens hode som ligger der og kommer raskt ut når terapeuten stiller spørsmål. Det kan være et ukjent område for klienten, som oppsøker hjelp og forventer en ferdig løsning fra «eksperten». Duncan omtaler dette som et utforskningsarbeid og sammenligner prosessen med å legge ut på en reise inn i et nytt og ukjent terreng. Ut ifra klientens egne erfaringer og terapeutens åpne og nysgjerrige spørsmål, er målet å finne idéer om som kan bringe frem endring. I en familie kan det være flere ulike endringsteorier som man må drøfte og finne forskjellige løsninger på. (ibid)

Det første skjemaet «Outcome rating scale» (ORS), som klienten får i begynnelsen av timen, handler om spørsmål om endring. (vedlegg nr.1) Det inneholder 4 spørsmål visualisert på en 10cm skala om hvordan man har det med seg selv, i familien, sosialt og generelt. Det andre skjemaet, «Session rating scale»(SRS), som deles ut mot sluttet av timen, inneholder spørsmål om alliansen og hvor nyttig timen har vært. (vedlegg nr.2) Disse skjemaene, ble opprinnelig utarbeidet for voksne, men har siden blitt tilpasset for barn og unge i egne skjema, Children outcome scale (CORS) (vedlegg nr.3) og Children session scale (SRS)(vedlegg nr.4). På et

oversiktsskjema(vedlegg nr.5) kan man siden legge inn skårene fra gang til gang og dermed følge utviklingen over konsultasjonene (Tuseth 2007, 58-59).

2.4.2 Å arbeide med barn og familier med KOR.

Når familien kommer til timen og det er barnet som er henvist til behandling, fyller barnet ut et skjema for seg selv og foreldrene fyller ut hvordan de tror barnet har det for tiden.

Foreldrene trenger ikke å fylle ut for seg selv, med mindre de selv ønsker det og man har blitt enige om det. Med å bruke CORS kan barnet få større muligheter å bli hørt og deres mening kommer frem. Gjennom at barnet selv tilbys å skåre hvordan de har det for tiden, blir det tydelig at man ønsker høre deres mening om hvordan de opplever sin situasjon. Hvis søsken er med i samtalen får de egne skjema.

Med skjemat CSRS, der man spør barnet om hvordan det oppfatter relasjonen til terapeuten og om den hjelp de får, legger man til rette for lettere å få frem barnets stemme i behandlingsprosessen. Foreldrene får et eget skjema der de skårer for seg selv om de har blitt hørt og om hjelpen har vært nyttig. På denne måte blir alles stemmer i familien hørt. De aller fleste barn kommer ikke frivillig eller på eget initiativ til familiebehandling eller konsultasjon på Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. De kommer fordi foreldrene tar dem dit og pga. at andre mener at de trenger å ha hjelp. Dette medfører at det er stor risiko for at barna kan føle at de har liten eller ikke har noen innvirkning på terapiprosessen.

Det kan være usikkert hvor ærlige svar man kan forvente av barn og hvorvidt man kan stole på at det de svarer, er det de vil formidle. Duncan & Sparks henviser til en omfattende validitetsstudie av CORS i arbeid med barn (6-12 år) og ORS i arbeid med ungdom (13 -17 år), der over 3000 klienter deltok i studien. Resultatene viser at skalaene er reliable og valide mål for barn og ungdoms utbytte av psykisk helsearbeid og at de oppleves som nyttige verktøy (Duncan et.al., 2006, Duncan & Sparks, 2008,102-105).

Innen en familie er det vanlig at det finnes forskjellige meninger om en sak. Skjemaene kan brukes til å utforske likheter og ulikheter mellom familiemedlemmer slik at alles meninger kommer frem i lyset. Det gir videre terapeuten mulighet til å forholde seg til hver enkelt person syn innen en familie, på behandlingsalliansen og forandringer. Målet er å få frem nyttig feedback dvs. tilbakemeldinger om alliansen og om det skjer forandringer eller ikke (Duncan & Sparks, 121).

I denne sammenheng er det også viktig å utforske hva som barna oppfatter som sin familie, når skjemaet skal fylles ut. Man bør ta i betraktning at «familie» ikke heller er entydig begrep,

f.eks. bor ikke alle barn i en så kalt «kjernefamilie». Mange barn i dag har skilte foreldre og bor på to steder og derved i to forskjellige familier. Det kan også dreie seg om barn som f.eks. bare bor hos den ene forelderen eller i fosterfamilie.

2.4.3 Et kasus med eksempel med KOR

I artikkelen «Å stige ned fra tronen» beskriver Duncan & Miller sin forandring fra ekspertposisjonen til en mer klient og resultatstyrt tilnærming. Artikkelen var først publisert i tidsskriftet «the Psychotherapy Networker» og er senere publisert på norsk i boka «I felleskap for endring», som er en håndbok i KOR (Duncan & Sparks 2008). Uttrykket «å stige ned fra tronen» har blitt et viktig begrep i KOR og jeg vil her i korthet referere deres historie som et eksempel på KOR i praksis. De beskriver et kasus med et ektepar, som ble henvist til the Dayton Institute for Family Therapy. Henviser var en psykiater som ikke la skjul på sin mistillit til instituttets arbeidsmåte, men Duncan og Miller hadde bedt om å få henvist «umulige saker» og de ønsket nå å vise psykiateren at han tok grundig feil. Imidlertid ble det ikke som de hadde tenkt seg. De mislyktes totalt. Det ble til at det var de som fikk seg en lekse. De som lærte dem leksen var ekteparet som var henvist.

Konen hadde blitt diagnostisert med «bipolarlidelse» og «borderline personlighetsforstyrrelse» i tillegg til alkoholisme. Konen hadde vært igjennom en langvarig behandling på sykehus og etter utskrivning fortsatte hun i behandling ved en poliklinikk. Duncan & Miller kom i gang med terapi og prøvde nå med den ene teknikken og metoden etter den andre i håp å gi den rette behandlingen til paret. Imidlertid var det ikke noe som hjalp. Til sist måtte de erkjenne til paret at de hadde kommet til kort og de var usikre om de hadde mer å tilby. Dette ble imidlertid et vendepunkt og paret begynte etter hvert å ta mer kontroll over livene sine og bl.a. finne meningsfulle aktiviteter. Tidligere hadde de brukt all deres energi til terapi. Terapeutene «sluttet å behandle» og inviterte paret inn mer aktivt i noen få etterfølgende samtaler. De begynte å ta på alvor hva paret selv hadde å komme med. I sin iver i å hjelpe, hadde de bl.a. fullstendig oversett og overhørt at konen i begynnelsen hadde uttalt et ønske om å slippe pasientrollen. I sin teoretiske arroganse trodde Duncan og Miller at de visste hva som var best for dem. Duncan & Miller mener derved ikke at poenget er at man skal legge vekk sin faglige kompetanse og metoder, men mer høre godt etter og tilpasse sin faglige kunnskap og metoder til klientens egne ønsker (Duncan & Sparks 2008, 72-77).

3. FAMILIEBEHANDLING OG SAMARBEID

3.1.1 Innledning.

Innen familierapifeltet har det lenge vært et sentralt tema om hvordan terapeuter best kan bidra til forandring i familier og hvordan det er mulig å få til et godt samarbeid. Det har vokst frem mange forskjellige retninger og metoder i feltet i årenes løp. Disse har blitt påvirket og inspirert av hverandre og samtidig utviklet nye idéer. I begynnelsen kan det synes som om det var mest fokus på terapeutiske teknikker og metoder. Etter hvert har relasjonen og holdningen til klienten blitt mer vektlagt og hvordan man i samarbeid med klienten kan finne nye løsninger. Så et viktig perspektiv i denne sammenheng er hvordan forene teori med praksis? Mange familierapeuter her i Norge er utdannet innen systemisk praksis og har blitt inspirert av en eller flere av de familierapeutiske retningene. Dette kunnskapsgrunnlaget har innvirkning på hvordan familiebehandling praktiseres. Det blir viktig å se på brukermedvirkningens plass innen noen av de sentrale retningene. Interessant er det å notere hvordan synet på terapeutens rolle og posisjon med tiden har blitt forandret fra en ekspertposisjon til en samarbeidsposisjon. Gerdt Henrik Vedeler (2012, 28-29) peker på at det er ikke alltid at familien har blitt sett på som en ressurs i familierapeutiske sammenheng. I mange tilfeller har det snarere vært tvert imot og familier har blitt sett som dysfunksjonelle knyttet til den enkeltes problemer. Dialog, og familien som alliert samarbeidspartner er et tenkesett som bare langsomt har fått fotfeste i terapeutisk praksis.

3.1.2 De første systemteoriene og terapeutens rolle.

Da familierapi vokste frem på 1940-50-tallet fremsto den som en motvekt til den tidens dominerende individualpsykologiske og psykodynamiske tenking. Familierapien hentet idéer fra bl.a. generell systemteori og senere kommunikasjonsteori og ble opptatt av hvordan mennesker organiserte seg i sosiale systemer. Familierapien var også påvirket av forskjellige filosofiske retninger, psykologi og sosialantropologi. Kybernetikken dvs. vitenskapen om kommunikasjon og kontroll hos menneske og maskin hadde stor innflytelse på feltet (Schjødt & Egeland, 1989, 17-18, 53-59).

De forskjellige familierapiretningene påvirket hverandre. Det nye var at man brøt med den tidens måte å se lineære årsaksforklaringer hos individet med diagnoser som utgangspunkt. I stedet var man opptatt av å se og møte familien som et system, en terapeutisk enhet. Viktige begreper som *kontekst*, *feedback* og *sirkularitet* har vært sentrale i den systemiske familierapien og er fortsatt aktuelle i forståelsen når man skal hjelpe familier. *Kontekst* er et

sentralt begrep som betyr sammenheng. Et budskap, en hendelse, en atferd og et symptom kan bare forstås dersom man tar hensyn til sammenhengen, konteksten den forekommer i.

Feedback er et sentralt begrep i systemteorier og fortsatt like aktuelt med hensyn til klienters tilbakemeldinger. Feedback handler om hvilken funksjon man har på sine omgivelser og hvordan tilbakemeldinger påvirker ens handlinger. *Sirkularitet* er et viktig begrep i systemteori og beskriver gjensidigheten i et forhold eller sammenheng til forskjell fra lineær tenking som beskriver en retning dvs. årsak og virkning (Schjødt & Egeland 1989, 35, 50, 70). Elsa Jones (1995) mener at selv om mange familierapiretninger og metoder har variert, er en av systemteoriens grunnidé felles, nemlig en sirkulær tenkning om gjensidighet i alle fenomener.

I de tidlige modellene av familierapi hadde terapeuten en klar rolle som ekspert og var den som skulle initiere en forandring i familiesystemet. I *strukturell familierapi* med Salvador Minuchin i spissen, var terapeuten eksperten som utfra normative vurderinger, skulle endre dysfunksjonelle familiemønster. I den *strategiske skolen*, ved Jay Hayley m.fl., var det dysfunksjonelle atferds- og kommunikasjonsmønstre i familien som skulle forandres. Fokus var ikke på familiens egne meninger om endring, men mer på hvilke idéer og hypoteser om forandring terapeuten vurderte som de beste (Schjødt & Egeland 1989, 134-135).

3.1.3 Postmodernisme og familierapi

I de senere årene har det utviklet seg et mangfold av forskjellige terapiretninger som kalles postmoderne. Dialog og samarbeid er nøkkelord og familien er ikke et objekt som skal studeres, behandles og observeres av en nøytral observatør. *Konstruktivismen* er en filosofiretning der man mener at det ikke fins en objektiv virkelighet. Det eneste vi har er våre konstruksjoner og virkeligheten konstrueres av observatøren. Disse tanker ble snart tatt inn i familierapifeltet og avløste de tidligere modernistiske idéene om troen på teknikker og kontroll der terapeuten hadde rollen å være den som kunne styre systemet utenfra (Haaland 2005, 35-36).

En annen ordens kybernetikk - er et annet begrep som handler om et forandret syn på kontroll av systemer. Disse tanker gjorde seg gjeldende i familierapien gjeldende mot sluttet av 1980-tallet og innebar at man ikke lenger så terapeuten som en objektiv observatør, men som en del av systemet som både påvirket og ble påvirket av omgivelsene (Hårtveit & Jensen 2004, 58-59).

Etter hvert ble det fra flere hold rettet kritikk mot konstruktivismens ideer om bl.a. familien som et autonomt og informasjonsmessig lukket system. Flere terapiretninger under 1990-tallet har mer eller mindre hentet inspirasjon fra *sosialkonstruksjonismen*, som innebærer at virkeligheten er ikke noe gitt uavhengig hvem som opplever den, men konstruert i samhandling med språk og mellom mennesker (Haaland 2005, 41; McNamee & Gergen, 1992).

3.1.4 Systemisk familieterapi

Det man forbinder mest med *systemisk familieterapi* er Milanogruppen ved psykiaterne Selvini- Palazzoli, Prata, Checchin og Boscolo. De var først inspirert av strategisk terapi, men senere ble de påvirket av idéer fra sosialkonstruksjonismen. Deres modell og idéer har vært en inspirasjonskilde for familieterapifeltet i mange år. Da den opprinnelige gruppen ble oppløst i 1979, fortsatte to av medlemmene Checchin og Boscolo å utvikle nye former av bl.a. sirkulær spørring og fokuserte på systemets iboende muligheter i å forandre seg. Terapeuten gikk fra en rolle som «endringsagent» til en utforsker av et problem. Terapeuten fikk mer en rolle av en katalysator til forandring. Terapeuten var mer nøytral til forandring og det var på familiens premisser forandringen skjedde på (Schjødt & Egeland 1989, 160-162; Selvini et.al., 1980).

3.1.5 Dialog og samarbeid

Harlene Anderson og avdøde Harry Goolishian har vært frontfigurer for en gruppe familieterapeuter i Galveston i Texas som direkte har vektlagt samarbeid og tatt avstand fra tanker om at terapeuten skulle ha en ekspertrolle. Dette er en terapiretning som har stilt seg kritisk til ekspertrollen og var i et brukermedvirkningsperspektiv pionærer på sitt område. Familien har blitt sett på som en jevnbyrdig samtalepartner og der terapeuten og familien er i et likeverdig forhold med respekt for hverandre. (Anderson & Goolishian 1992, 96-97). De følte seg også ukomfortable med all form for manipulasjon eller maktutøvelse fra terapeuter. De arbeidet for en demokratisering av familieterapien og ønsket å behandle klientene med mer respekt, omsorg og reell dialog (Hårtveit & Jensen 2004, 184).

Idéen om det systemskapte problemet ble utfordret og i stedet har de kalt terapisystemet *øet problem-organisert, problem-opp-løsende system*. De utviklet begrepet « *a not knowing position* » som innebærer at terapeuten ikke kommer med ferdige meninger og løsninger til samtalen. Isteden samskaper man nye forståelser sammen med klienten. Imidlertid betyr ikke dette at terapeuten ikke har kunnskaper, men at terapeuten møter klientsystemet på dets egne premisser. Gjennom denne dialog og samskaping av en annen forståelse kan problemet løse

seg opp og bli borte. Samtalene begrenser seg ikke kun til familierapisamtaler, men inkluderer også samarbeidspartnere, som er engasjerte i problemet Harlene Andersen kaller i dag tilnærmingen for *öCollaborative practice ödvs. en samarbeidende praksis*. Dialogiske samtaler er samtaler der man sammen undersøker ting i felleskap (Anderson 2003, 147 - 173).

3.1.6 Reflekterende prosesser

En annen retning som er nær beslektet, er *reflekterende prosesser*, som ble lansert av Tom Andersen (1937 -2007) og hans team i Tromsø. Andersen og hans team begynte med å bruke et *reflekterende team*, der man åpnet opp terapirommet slik at familien kunne høre teamets refleksjoner og vise versa (Andersen 1991/1994, 42). Denne idéen var banebrytende i sin tid og var til inspirasjon for mange familierapeuter. I de siste årene samarbeidet Andersen også tett med den finske psykologen Seikkula med å utvikle nettverksarbeid og reflekterende prosesser, med fokus på brukernes meninger og dialog (Eliassen & Seikkula, red. 2006, mfl.).

I følge Andersen fins det to typer forandring. Den ene henger sammen med at det kommer noen utenfra og virker kontrollerende og styrende. Den andre handler om å utvide eller fornye det som var der fra før. Det eneste man kan forandre er en selv og forandring er noe som kommer innenfra som en utvidelse av det som var der fra før. Tom Andersens grunnholdning i samtaler var at den som hadde lyst å prate skulle få prate og de som ikke ønsket dette skulle respekteres. Videre skulle man få snakke om det man hadde lyst å snakke om og derved få slippe det man ikke ønsket snakke om. Terapeuten burde heller spørre klienten enn å gi bestemte svar og meninger. Terapeutens spørsmål burde også være respektfulle (Andersen 1999, 161).

3.1.7 Løsningsfokusert terapi

Steve de Shazer (de Shazer et.al., 1987) og Insoo Kim Berg var frontfigurer for en retning av korttidsterapi ved Brief Family Therapy Center (BFTC). Solution-focused therapy, eller løsningsfokusert terapi blir i Norge benevnt som LØFT. De hentet idéer fra kortidssterapisentret Mental Research Institute (MRI) ved Palo Alto i California. Det som utmerker LØFT er at man i første hånd fokuserer på løsninger og hvordan de fungerer i stedet for å finne årsaken til problemer. Man har også som mål å ha så få terapitimer som mulig. LØFT bryter også med tidligere idéer i familierapi om at hele familien må møte. Videre vektlegger terapeuten å hjelpe klienten til å uttrykke ønsker om mål for behandlingen, eller uttrykt på en annen måte, *hvis man vet hvor man skal, er det lettere å komme dit*. Uansett hvor kompleks situasjonen virker, er små forandringer viktige og kan føre til en større forandring. I

LØFT bruker man også skalerings spørsmål i terapien der klienten på en skale fra 0 -10 blir bedt om å vurdere hvordan de oppfatter seg i forhold til f.eks. å være deprimert, sint, redd etc. En annen type av spørsmål er spørsmål om unntak fra problemet. Mirakelspørsmål handler om hva som ser annerledes ut hvis plutselig problemet skulle bli borte(ibid)

3.1.8 Narrativ praksis:

Michal White (1948 -2007) var en sosialarbeider og familierapeut fra sørlige Australia og var en av flere grunnleggere av Dulwich sentre i Australia. Han var en av de mest fremtredende pionærene og frontfigurene for narrativ praksis. Et sentralt tema i narrativ praksis er at man ikke ser personen eller familien som problemet, men at «det er problemet, som er problemet». Derved skiller man personen fra problemet og gjennom *eksternaliserende samtaler* hjelper man klienter å finne en ny identitet som er skilt fra problemet. Michael White beskriver narrativ praksis som en respektfull, ikke klandrende tilnærming, som ser på folk som *eksperter i sine liv*. Videre er man opptatt av at klienten skal være agent i eget liv, dvs. kunne aktiv delta i sin endringsprosess. Man vektlegger spesielt to ting: den ene er nysgjerrigheten og det andre er alltid å stille spørsmål der man genuint ikke vet svarene (White 2000, 3-6; 2007, 26-36).

I narrativ praksis ser man etter livshistorien som mennesker forteller om seg selv framfor ekspertene som vet best. Man skiller mellom ekspertkunnskapen og den lokale kunnskapen. Narrativ praksis ønsker å sette menneskers egne spesifikke, lokale og erfaringer i sentrum for alt samarbeid. Dette bryter med vanlig praksis i tradisjonell psykiatri, der det er den generaliserte og «globale» kunnskapen med utredning og diagnostisering som gjelder. I narrativ praksis leter man etter unntak av problemet og hjelper klienten og familien og se andre begivenheter, alternative historier som ikke hører sammen med problemhistorien. (White, 2007, 94-99; Morgan 2000, 51-52).

4. BOURDIEUS TEORI OM PRAKSIS.

Pierre Bourdieu (1931 -2002) var en fransk filosof, sosiolog og forsker. Han var en av de mest originale, fremtredende fornyere av samfunnsforskningen i det 20. århundret. Bourdieu var også en profilert samfunnsdebattant, der han kritiserte makteliten i Frankrike og stilte seg ofte på de «underprivilegertes» side i samfunnet. Mange forskere og studenter innenfor flere rekke av fag har blitt inspirerte av hans forståelse av individers handlingsmuligheter i hverdagslivets praksis, som han forklarer ved hjelp av begrepene *habitus*, *kapital*, *symbolsk*

vold og felt. Han skrev flere samfunnskritiske verk og disse er stadig utgangspunkt i viktige diskusjoner om globalisering, sosial ulikhet og kjønnsforhold. Hans egen enkle bakgrunn, som sønn av en postmester i provinsen og frem til det franske akademiets toppskikt, kom til å ha stor innvirkning på hans forskning og analyser av samfunnsforhold og makt (Wilken 2008, 7-8).

Et gjennomgående tema i Bourdieus verk handler om makt, dominans eller over- og underordning. Han analyserte hvordan klasseforskjeller opprettholdes og reproduseres i et moderne samfunn til tross for våre forestillinger om likhet. Selv undret han seg over hvordan de mest utålelige eksistensvilkår så ofte kunne fremstå som både akseptable og naturlige og at verdens orden ble så pass respektert uten at det skjedde større overskridelser eller omveltninger. Det er i sin praksisteori han utvikler svarene på dette (Prieur & Sestoft 2006, 23).

Han forklarer disse fenomener med hjelp av *habitus*, et av hans mest kjente begreper. Med habitusbegrepet mener han at man i kraft av en dyp sosialisering disponeres for å handle på bestemte måter. Disse er ikke så fast strukturerte at de kan lignede en rituell handling og heller ikke så fritt valgte og bevisste, at de kan ses som helt kalkulerte og målbestemte. Habitus er i en tredje posisjon mellom objektivisme og subjektivisme. Habitus er altså tillærte disposisjoner for å handle på bestemte måter. Det handler ikke om at man tenker dette bevisst, men mer om at det er noen handlinger som har blitt inkorporert, inngrodd og kroppsliggjort. Kroppen husker erfaringer. Han skiller ikke således mellom kropp og sjel, men ser individet som en enhet. Dette begrep kan lett misforståes for å være deterministisk eller at det er noe som er uforanderlig. Bourdieu mener imidlertid at det dreier seg snarere om en slags *treghet* når det gjelder forandring i mennesket og strukturer. Habitusformer forandres til stadighet og er i utvikling hele tiden. Nye erfaringer møter gamle, men det forandres aldri radikalt. Praksisformene kan ses i deres mest banale og dagligdagse uttrykk -f.eks. ritualer, valg av partner, økonomisk atferd i hverdagen. Et eksempel på dette er hvordan mannsdominansen overlever i det moderne samfunnet til tross for en ideologi om likestilling (Prieur & Sestoft 2006, 38-43; Bourdieu & Vacquant 1995, 111- 120). I denne sammenheng kan man også dra en parallell til innføring av brukermedvirkning, som er lovbestemt, men der det ser ut som om det tar lang tid å forandre praksis.

Bourdieu var spesielt opptatt av samfunnsmessig makt. Bourdieu mener maktrelasjoner ofte virker i det skjulte og ikke alltid synes helt tydelig. Det trengs derfor kjennskap til de underliggende strukturer og bakgrunnshistorier for et menneskes liv, der mennesket har en

umiddelbar og ureflektert erfaring av verden. Han kaller dette begrep for *doxa*. Med en doxis erfaring av verden handler man ut ifra en kunnskap, erfaring som man ikke er bevisst, men som man bare tar for gitt (Prieur & Sestoft 2006, 27; Bourdieu & Vacquant 1995, 113-114). Et sentralt nøkkelbegrep hos Bourdieu er begrepet kapital, som han mener fremtrer i tre fundamentale former i *den økonomiske, den kulturelle og den sosial kapitalen*. Den økonomiske kapitalen er knyttet materiell rikdom. Eksempel på sosial kapital er f.eks. sosiale nettverk, familierelasjoner, interesseorganisasjoner etc. som man er en del av. I den sosiale kapitalen kan samles en rekke ressurser, som makt og kapital kan mobiliseres utfra (Bourdieu & Vacquant 1995, 104).

Den kulturelle kapitalen handler om en kulturspesifikk kompetanse som kan omsettes til en ressurs i en bestemt sosial sammenheng. Dette er noe som man får og erfarer gjennom sin oppvekst eller utdanning. Kulturelt kapital er både kroppslig og materiell. Den er både relatert til ting som kan konsumeres f.eks. litteratur, kunst, film, musikk, smak, men kan også relateres til en disposisjon til å sette pris på bestemte former som kan anses som foretrukne (Wilken 2008, 56). I tillegg kommer den *Symboliske kapitalen*, som betyr at f.eks. en gruppe mennesker, institusjoner, eksamener, titler eller kunstverks nyter stor tiltro, aktelse eller anseelse. Disse anerkjennes spesielt verdifulle, fine, sannferdige eller overlegne (Bourdieu & Vacquant 1995, 104) |

Begrepene felt og kapital hører sammen og Bourdieu bruker begrepet *felt* når han skal analysere de sosiale arenaene som praksis utspiller seg innenfor. Å tenke i felttermer er å tenke relasjonelt, mener Bourdieu. Begrepet er relasjonelt forankret og relasjonene i feltet er preget av underliggende spenninger og motsetninger. Et felt er ikke faktiske oppdelinger av et samfunn men refererer mer til relasjoner mellom agenter, som strider om felles interesser som de synes er verdt å kjempe om. De som handler innen et felt kalles agenter, en slags aktører, som deltar i en rekke kamper om innflytelse og kapital. Eksempler på felt kan være alt fra bredere politiske eller religiøse feltet eller til et noe mindre og snevrere felt, som f.eks. motefeltet eller miljøfeltet etc. Alle felt har noen fellestrekk og kriteriene for å definere et felt er at det er noe som står på spill som agentene finner det verdt å kjempe om og for. Bourdieu sammenlignet kampen i feltet med et *spill*, der spillene har forskjellige innsatser for å komme med i spillet. Spillerne, som vil eller fanges med inn i spillet, godtar reglene i spillet uten at det blir reist tvil. Man har en tro dvs. «doxa», som man ikke stiller spørsmål ved. Reglene må aksepteres av spillerne hvis de skal være med og de deltar hvis det er noe viktig å gå i kamp om. Noen kapitalformer kan også være konvertible dvs. agentene kan løse inn eller bytte

kapital med noe annet. For eksempel kan pengekapital «veksles» om til utdannelse eller kultur eller omvendt (Wilken 2008, 38-48; Bourdieu & Vacquant 1995, 81-96).

Bourdieu mener at den viktigste samfunnsmessige maktutøvelsen har karakter av det han kaller *symbolsk vold*. Den sosiale dominansen handler om makten i hvordan man oppfatter, inndeler og vurderer verden. Den går så langt at den har makt over smak og over hva som skal anses for det beste og fineste i f.eks. matvei, design, eller forskjellige musikkformer. Dette tror vi skjer naturlig og vi tenker ikke over det. Den symbolske volden setter seg i kroppen og til tross for vår bevissthet og vilje blir kroppen sterkere enn viljen. Kroppen husker sosiale erfaringer som vi har fått gjennom generasjoners løp og ved egen erfaring. Disse styrer i høy grad våre handlinger og reaksjonene utløses automatisk, uten at vi tenker på det. (Wilken 2008, 51; Bourdieu 1996, 38-45)

Når Bourdieu analyserer sosial reproduksjon, spiller språket en viktig rolle både når det gjelder utdanningssystemet og i samfunnet i helhet. Språket er altså ikke noe uskyldig og nøytralt, og må ikke ses isolert fra de sosiale forholdene der språket brukes. Språket er også et middel i en maktrelasjon, og språklige ytringer produseres under historiske, politiske og sosiale forhold. (Wilken 2008, 74-76; Bourdieu & Vacquant 1995, 126- 128).

5. METODE

5.1 Valg av filosofisk og vitenskapelig perspektiv.

Mitt utgangspunkt for mitt arbeid som sosionom og familieterapeut med barn og unge og deres familier er å hjelpe dem til å tro på sine ressurser, mestre hverdagen bedre og bedre samspillet i familien. Jeg har selv prøvd, med mer eller mindre vellykket resultat, å praktisere en Klient og resultatstyrt praksis tilnærming i mitt møte med familier. Det er en utfordring å forske på noe som ligger så nært mitt eget arbeidsfelt. Jeg har derfor valgt å ha se studien i to perspektiver: Den ene er et hermeneutisk perspektiv og den andre er i et kritisk teoriperspektiv i lys av Bourdieus praksisteori.

Jeg har min forforståelse med meg både i behandlerrollen og i forskningsrollen. Hans-Georg Gadamer (1999) fremholder at forforståelse er et sentralt begrep innenfor hermeneutikk. Tove Thagaard (2009, 39) viser til at i en hermeneutisk tilnærming legges det vekt på at det ikke finnes en egentlig sannhet men at fenomener kan tolkes på flere nivåer. Mening kan bare forstås i lyset av den sammenheng det vi studerer er en del av og vi forstår delene i lys av helheten. Hun mener derfor at hermeneutikken kan være en viktig inspirasjonskilde for

samfunnsvitenskapelige tilnærminger hvor fortolkning har en sentral plass. Hun fremholder videre at fra et samfunnsvitenskapelig ståsted kan et hermeneutisk perspektiv knyttes til forstå eller lese kultur som tekst (ibid). Steinar Kvale henviser til den hermeneutiske sirkelen, innen hvilken mulighet man har til å gjøre stadige omtolkninger, når man lytter til mangfoldet av intervjupersonenes uttalelser. (Kvale 1997, 81)

Tom Anderson (1999, 152-158) referer også til den hermeneutiske sirkelen som kan ses som en kontinuerlig prosess der vi hele tiden forstår og erfarer nye ting. Vi har alltid med oss vår forforståelse og fordommer. Vi kan aldri være nøytrale eller objektive når vi skal forstå møter med andre mennesker være seg det er i forskning- eller behandlingssammenhenger. Han mener også at uansett hva ens grunnleggende tro er, vil en alltid i et møte med et annet menneske kunne oppleve noe en aldri har opplevd tidligere. Utfordringen er å finne ut hva ens grunnleggende tro er (ibid). I et slikt perspektiv er det viktig at jeg når jeg skal studere noe som ligger så nært mitt arbeidsfelt å erkjenne min forforståelse. Mitt masterprosjekt har hele tiden vært en lang prosess helt fra starten. Jeg har møtt nye utfordringer, nye veier, erfaringer og nye forståelser både ved å studere teori, fokusgruppeintervjuer og analyse.

For å forstå brukervedvirkning i et annet perspektiv velger jeg derfor også Pierre Bourdieus praksisteori som relevant for min studie. Brukervedvirkning innebærer en forandring i et tidligere maktforhold mellom behandler og klient. Familiebehandling eksisterer ikke i et tomrom, men i en samfunn- og kulturell kontekst. Oppgavens mål er bl.a. å få frem mer kunnskap om praksis omkring brukervedvirkning og KOR og hvordan terapeuter opplever det å innføre en annerledes praksis, som bryter med den etablerte hjelperollen. Bourdieus teorier blir derfor relevante for å analysere de mekanismer som styrer maktforhold og i forhold til hvilken kunnskap skal ses som verdifull. Hans teorier handler om de maktforhold som er skjulte og som vi tar for gitt. Teoriene omhandler også hvorfor innarbeidede praksishandlinger lar seg så vanskelig endre, selv om det kan være mange som ønsker en forandring.

5.2 Det kvalitative forskningsintervju

Jeg valgte det kvalitative forskningsintervjuet i form av fokusgrupper som metode for innsamling av data for min studie. Målet for min studie var å få ny kunnskap om erfaringer med KOR og brukervedvirkning. Det kvalitative forskningsintervjuet forsøker å forstå verden fra intervjupersonen(es) side. Videre vil man få frem betydningen av folks erfaringer, og avdekke deres opplevelse av verden, fremfor vitenskapelige forklaringer (Kvale 1997,17).

Kvale mener videre at et intervju, kan ses som en utveksling av synspunkter mellom to personer som samtaler om et tema av felles interesse. Det som også betegner den kvalitative forskningsintervjuet er den gjensidige avhengigheten mellom menneskelig interaksjon og kunnskapsproduksjon (ibid, 28).

5.3 Om fokusgruppeintervjuer

Fokusgrupper er en relativ ny form for innsamling av data innen kvalitativ forskning. Carla Willig (2008, 30) definerer fokusgrupper, som en slags gruppe intervju som bruker samspillet mellom deltagerne som en kilde til data. Bente Halkier (2010, 9) mener at fokusgrupper kan lett forveksles med gruppeintervjuer pga. at de har en del fellestrekk, men det er ikke slik at alle gruppeintervjuer er fokusgrupper. Fokusgrupper er en forskningsmetode, der data produseres gjennom samhandling i en gruppe rundt et tema som forskeren har bestemt. På en slik måte, mener Halkier kan altså fokusgruppe ses som en kombinasjon av gruppesamhandling og forskerstyrt emnefokus.

Fokusgrupper har også muligheter for å produsere empiriske data som sier noe om betydningsdannelse i grupper f.eks. sosiale gruppers fortolkninger, samhandling og normer. En del av dette kan også betegnes som taus kunnskap, dvs. sosiale erfaringer fra dagliglivet, som blir som et selvfølgelig repertoar og uttales sjelden. Gjennom at det settes ord på ting og forhandles om f.eks. definisjoner, «tvinges» en slik kunnskap frem i en fokusgruppe. Fokusgruppens styrke som en metode for datainnsamling ligger i å undersøke personers erfaringer, meninger, ønsker og bekymringer og spesielt det å undersøke holdninger. I en slik gruppediskusjon blir uttalelser utfordret, utvidet, utviklet, diskutert og satt spørsmål ved. Meninger blir konstruert sammen i gruppen og holdninger blir formet der og da i stedet for at man kommer med ferdige synspunkter. (Halkier 2010,10).

Fokusgruppeintervjuer ledes av forskeren som har rolle som en slags ordstyrer, som kalles en moderator. Introduksjoner er viktig og gjøres av moderatoren. Den skaper rammene for det sosiale samspillet i gruppen. Rollen er å introdusere medlemmene for hverandre og tema for diskusjonen. Det er viktig å prøve å få til en hyggelig avslappet atmosfære, slik at folk føler seg frie til å uttrykke sine synspunkter. Moderatoren ser til å rettlede diskusjonen, slik at man får belyst de aktuelle forskningsspørsmålene og passer på tidskjemaet. Rollen er ikke en ordstyrer i vanlig mening, som holder talerliste, men moderatoren skal lede og styre gruppen uten å kontrollere. Moderatoren deltar ikke direkte i diskusjonen og holder seg litt i bakgrunnen etter tema og spørsmål har blitt introdusert. Imidlertid må moderatoren se til at

alle snakker og samhandler med hverandre og at ikke noen blir for dominerende i diskusjonen (Halkier 2010,58 -59).

Til sist bør nevnes at det fins styrker og svakheter ved alle metoder for innsamling av data. Halkier peker på tendens til et ukritisk bruk av fokusgrupper i en hver sammenheng, der kanskje en annen metode hadde vært å foretrekke. Det kommer an på forskningsspørsmålene og hva man ønsker å belyse. Fokusgrupper egner seg først og fremst til å produsere data om sosiale gruppers fortolkninger, samhandling og normer. Man kan altså undersøke hvordan utsagn fra en enkelt deltaker kan påvirke de andre deltakerne. Hvis man vil finne data om f.eks. individers livsverdener er ikke en fokusgruppe så godt egnet, da den enkelte får mindre mulighet til å utdype sine erfaringer enn i et individuelt intervju. Imidlertid kan fokusgruppeintervjuer godt la seg kombinere med andre metoder som f.eks. individuelle intervjuer (ibid, 13- 16).

5.4 Utvalg

Kriteriene for informantene var at de skulle være familieterapeuter, som hadde erfaring med bruk av KOR i familiebehandling innen barne -og ungdomspsykiatrien. Jeg henvendte meg derved til KOR-nettverkets arbeidsutvalg ved R-BUP og to av representantene tilbød seg å spørre sine team om deltagelse i fokusgruppe. Jeg sendte også skriftlig informasjon om tema og om fokusgrupper.(vedlegg nr. 6). Disse ble delt ut til deltagerne. Jeg fikk raskt svar fra to familieavdelinger, som var positive til at jeg kom dit og intervjuet dem. Etter at jeg hadde fått positivt svar, sendte jeg også ut et informasjonsskriv (vedlegg nr. 7) og samtykkeerklæringer (vedlegg nr.8).

Av praktiske grunner i en travel hverdag, ble vi enige om at jeg kom til dem og utførte intervjuene i deres lokaler. Jeg aksepterte raskt deres forslag på dato, da jeg antok at det kunne være vanskelig å finne et tidspunkt som passet alle. Det kom til at det ble på samme dag. Egentlig hadde jeg ønsket litt mer tid imellom intervjuene, men valgte si ja av praktiske grunner. På en annen side var det en fordel da jeg var konsentrert og hadde spørsmålene fra intervjuguiden helt ferskt i minnet.

Den tredje gruppen, var en mindre gruppe, sammensatt av familieterapeuter, som jeg rekrutterte via forskjellige team innen BUP- systemet. Deltagerne kjente hverandre litt, men de hadde aldri jobbet direkte med hverandre. Jeg valgte å ha tre forskjellige grupper for å få et variert utvalg fra forskjellige kontekster. Alle gruppene var tverrfaglig sammensatte av forskjellige profesjoner, som barnevernspedagoger, lege, pedagoger, psykologer, sosionomer

og sykepleiere. De fleste var utdannet innen spesialisthelsetjenesten eller i familierapi, i tillegg til sin grunnutdanning. Deltagerne hadde også forskjellig erfaring med å bruke KOR i sitt arbeid. De fleste hadde brukt KOR i flere år, men andre hadde mindre erfaring.

Det anbefalte antallet deltagere i fokusgrupper er varierende i forskningslitteraturen. En vanlig anbefaling er fra 6 -8 deltagere. Imidlertid er de fleste enige at det kommer an på hva slags tema som velges, hva som passer til deltagerne og de formene for samhandling man er ute etter. Antallet bør imidlertid ikke overskride 10-12 stykker, da dette kan bli u håndterlig med mye material og færre kan få komme til å få sagt sin mening. Det rapporteres om vellykkede grupper på så vel 3-4 deltagere som 10 -12. Sensitive, personlige tema bør diskuteres i mindre grupper. Ulemper med altfor små grupper er at de kan være sårbare for avlysninger. En annen ting er også at det i en mindre gruppe kan være risiko for det kan bli for lite dynamisk samhandling hvis det er få deltagere som er for like eller uengasjerte (Halkier 2010, 39).

Når jeg skulle rekruttere deltagere til mitt utvalg, oppgav jeg at jeg ønsket grupper på ca. 4 - 6 personer. I den første gruppen var det seks deltagere. Grunnet sykdom ble det i de to andre gruppene respektive 5, og 3 personer som kunne stille. I den siste gruppen hadde det også vært en del avlysninger, før vi endelig fant frem til en endelig dato. Jeg valgte da å gjennomføre intervjuet allikevel, og spesielt med tanke på at de som hadde møtt opp var innstilte på å gjennomføre intervjuet. I utvalget var det både kvinner og menn, men mesteparten var kvinner. Dette var ganske naturlig ettersom det er mitt inntrykk er at det er overveiende kvinner som arbeider i barne- og ungdomspsykiatrien. Kjønnsperspektivet var i og for seg interessant, men imidlertid ikke et tema for min undersøkelse.

5.5 Utforming av intervjuguiden

Jeg utformet en semistrukturert intervjuguide med utgangspunkt i problemstillingene.(vedlegg nr. 9). Ettersom jeg aldri hadde ledet fokusgrupper før, var jeg spent på hvordan mine spørsmål skulle fungere og hvor mye jeg trengte å strukturere spørsmålene. Dilemmaet var at jeg ønsket å få belyst en del spørsmål, samtidig som jeg ønsket å utnytte fokusgruppens unike mulighet til å få frem meninger i en mer løs diskusjon. Man kan velge tre forskjellige måter å gå frem på. Den ene er en løs modell med veldig få vide, åpne spørsmål, den andre en strammere modell med flere og mer spesifikke spørsmål. Jeg valgte den tredje varianten, traktmodell, som er en kombinasjon av de to, der man begynner åpent og avslutter mer strukturert.

Spørsmålene delte jeg inn etter fire hovedtema, med underspørsmål under hver gruppe.

- Brukermedvirkning og KOR
- Samarbeid mellom terapeut og familie
- Samspill og forandring i familien
- Endringsprosess av terapeutens praksis

5.6 Gjennomføring av intervjuer og fokusgrupper

Jeg prøvde å skape en hyggelig, god atmosfære i gruppene slik at deltagerne skulle føle seg avslappet og fri til å snakke. Denne situasjon var ikke ulik den jeg møter i mitt arbeid når jeg skal ha en samtale med en familie, slik at jeg følte det var en fordel at jeg var vant til intervjusituasjonen. Forskjellen her var at jeg kanskje var mer spent enn vanlig på hvordan det skulle fungere med meg som leder av en fokusgruppe.

Jeg begynte innledningsvis med å forklare hensikten med fokusgruppen, min rolle som moderator og at jeg ikke skulle delta i diskusjonen. Jeg ba dem å diskutere seg imellom og at jeg skulle ha en mer perifer rolle ved siden av. Det ble en hyggelig tone med humor og engasjement i alle gruppene og min uro for at de ikke skulle snakke var ubegrunnet. Min rolle som moderator var litt utfordrende noen ganger, da jeg av og til selv hadde lyst å engasjere meg i diskusjonen

I den første gruppen var jeg spent på diskusjonen når den kom i gang, men la merke til at deltagerne lett henvendte seg til meg med svar. Jeg forsøkte da å gjøre meg mer «usynlig», men burde nok satt meg enda lengre bort fra gruppen. I de to andre gruppene ble jeg litt mer observant på dette, slik at jeg bevisst satte meg lengre unna. Jeg prøvde å unngå å se alt for mye på deltagerne under diskusjonen, men var allikevel aktivt lyttende.

5.7 Fra opptak til tekst

Jeg fikk alles godkjennelse å ta opp intervjuene på en lydopptaker. Jeg valgte å transkribere alle intervjuene selv så ordrett jeg kunne. Jeg ønsket å høre diskusjonene på ny og selv danne meg et bilde. Det var et tidskrevende arbeid men jeg er glad at jeg tok meg den tiden, da jeg følte jeg kom nærmere materialet. Kvale (1997,105) bemerker at man bør være bevisst på at det ikke finnes noen sann, objektiv oversettelse fra tale til tekst. Selv om man skal prøve å gjengi teksten så nøyaktig som mulig, er det viktig å ikke overse at det er en muntlig form som oversettes til et skriftspråk og at det kan ses som sosiale konstruksjoner.

5.8 Analysen

Kvale (2001,138) sier at analysestadiet ikke er et isolert stadium, men bør være noe som går igjen i hele undersøkelser i hele intervjuundersøkelsen. Han mener videre at undersøkelsens teoretiske basis bestemmer hvordan intervjuene skal analyseres.

Å analysere fokusgruppeintervjuene var for meg en ny, spennende men krevende prosess. Transkriberingene baserte seg på 1- 1 ½ times intervjuer fra 3 grupper. Jeg syntes egentlig alle diskusjonene og synspunktene som kom frem var så viktige og interessante at jeg nesten hadde litt vondt for å velge bort en del meninger og uttalelser. Imidlertid var jeg også samtidig klar over at det var nødvendig å organisere materialet slik at det skapte sammenheng og mening som var knyttet til mine forskningsspørsmål.

Kvale (1997, 125) nevner 5 forskjellige metoder å analysere på, *meningsfortetting, meningskategorisering, narrativ strukturering, meningstolkning og meningsgenerering gjennom ad-hoc metoder*. Ad hoc metoden er en eklektisk metode, der man bruker ulike tilnæringsmåter og teknikker for meningsgenerering. Den innebærer mer et fritt samspill mellom ulike teknikker. Kvale(1997,135) henviser til Miles og Huberman, som diskuterer tretten slike taktikker for meningsgenerering i kvalitative tekster. Jeg fant mange av disse tilnærmingene nyttige og brukte flere av dem, f.eks. som å legge merke til mønstre, temaer, klyngedannelse (clustering), samt å sammenligne.

Halkier (2010, 84-89) foreslår noen lignende redskaper til å danne seg et overblikk over datamaterialet som kommer frem ved fokusgrupper. Hun foreslår *koding*, som jeg oppfatter noe som kan sammenlignes med meningsfortetting eller kondensering dvs. man kondenserer lange datastykker i fokusgruppeutskriften ved å gi en tematisk databit som meningsmessig henger sammen. På denne måten kan forskere finne ut hva det har blitt snakket om rent innholdsmessig. *Kategorisering* kan være i form av større tema og *begrepsdannelse*, der det brukes koder og kategorier/tema i forhold til valgte teoretiske begreper.

Jeg valgte å bruke Kvales ad hoc metode i kombinasjon av Halkiers metoder.

Jeg leste igjennom materialet flere ganger for å få et generelt inntrykk. Jeg brukte flere fargepenner og markerte med farger uttalelser eller tema i hele materialet som jeg oppfattet interessante generelt. For å få en helhetlig oversikt gikk jeg deretter igjennom hver uttalelse og skrev ned meningsfortettinger eller kondenseringer av teksten fra de naturlige enhetene til sentrale tema i uttalelsene, dvs. en tematisk overskrift til hver databit som henger sammen.

Halkier omtaler denne prosess som koding. Jeg gjorde det samme med alle gruppene hver for seg og skrev ned kodene under de hovedtema jeg hadde spurt om i intervjuene. Jeg så siden etter uttalelser i klynger (clusters) dvs. meninger som lignet på hverandre og markerte de med en annen fargepenn. Noen av utsagnene kunne plasseres under flere tema. Jeg fant flere tema som gikk igjen og som jeg organiserte undertema under følgende hovedtema:

- Definisjoner av KOR og brukermedvirkning
- KOR som hjelpemiddel til brukermedvirkning
- Bedre samarbeid
- Samtaleredskap
- Terapeuters endringsprosesser
- Makt/interessekonflikter

Jeg prøvde å sammenstille materialet slik at jeg fikk en oversikt etter mønstre innen hver gruppe, men prøvde også å se etter hvilke meninger som gikk igjen i de forskjellige gruppene. Når jeg så sammenfallende utsagn fra de forskjellige gruppene, la jeg det under tema. Jeg syntes det var krevende å analysere og gjengi en del diskusjoner der en uttalelsen bygger på en annen, og har derfor også støttet opp med direkte utsagn, som representerer noen korte meningsutvekslinger for å gi et bilde. Jeg ønsket å prøve være tro mot materialet og prøvde å gjengi det så nøytralt jeg kunne, samtidig er jeg klar over at det er mine subjektive tolkninger. Jeg prøvde også å holde en perspektivisk subjektivitet gjennom å stille ulike spørsmål til den samme teksten. Halkier (2010,90) foreslår å forholde seg refleksivt til sin undersøkelse dvs. at man forholder seg eksplisitt og kritisk til egne vurderinger og verdigrunnlag.

Når jeg skulle gjøre analysen i lys av Bourdieus teorier, leste jeg igjen gjennom hele intervjumaterialet og markerte med en ny farge alle utsagn og diskusjoner som etter min tolkning kunne knyttes til maktbegrepet. Under dette tema la jeg også temaet om terapeuters ekspertkunnskap. Deretter brukte jeg begrepene fra teoriavsnittet om Bourdieu og analyserte og tolket dem mot informantenes utsagn og diskusjoner. På denne måten så jeg nå materialet og mine forskningsspørsmål i et nytt perspektiv.

5.9 Ethiske vurderinger

Det informerte samtykke, konfidensialitet og konsekvenser er tre viktige etiske regler for forskning på mennesker.(Kvale 1997, 66). Prosjektet ble godkjent av Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). (vedlegg nr.10 og 11). Ettersom det ikke var

brukere men terapeuter, trengtes ikke godkjenning fra Regional Etisk komité (REK.). Jeg hadde heller ikke noen liste over navn, kjønn eller alder på deltagerne. Deltagerne fikk et informasjonsskriv et par uker før intervjuene og et skriv om informert samtykke. De fikk også informasjon om konfidensialitet og anonymisering av materialet. Videre ble det også gitt informasjon om sletting av lydopptak, samt sletting av utskrifter av intervjuene ved prosjektets slutt. I begynnelsen av intervjuet ble det også minnet om at deltagelsen var frivillig med mulighet for å trekke seg når som helst. Det ble innhentet informert og skriftlig samtykke.

5.10 Reliabilitet og validitet

Undersøkelsen skal gi en ærlig og åpen tilbakemelding mht. til resultatene. Kvale (1997, 164-165) anbefaler at verifiseringarbeidet ikke bare er et avgrenset stadium av undersøkelsen, men en del som følger hele forskningsprosessen. Reliabilitet har med forskningsfunnenes konsistens å gjøre dvs. forskningens pålitelighet. Validiteten blir definert som en uttalelsens sannhet og riktighet og i hvilken grad en metode virkelig undersøker det den er ment å undersøke. Hensynet til kontroll og kvalitet må ikke gå ut over dialogen i samtalen(ibid).

Min undersøkelse er en kvalitativ undersøkelse og hadde ikke til hensikt av å måle noe. Mine observasjoner baserer seg på informantenes diskusjoner. Jeg måtte derfor tenke om min metode faktisk undersøker det den er ment å undersøke. I fokusgruppediskusjonene hadde jeg med meg min intervjuguide som hjalp meg å holde en ramme på diskusjonen, samtidig som det skulle balanseres mot å få deltagerne å utrykke seg så åpent og fritt som mulig.

6. RESUTATER AV ANALYSE

6.1 Om begrepene brukermedvirkning og KOR - hvordan blir det oppfattet?

Selv om det i de tre gruppene ble forskjellige diskusjoner rundt disse begrepene, uttrykte mange informanter en felles forståelse om at både brukermedvirkning og KOR dreier seg om en samarbeidsprosess mellom terapeut og familien. De fleste av informantene vektla dialogen og at det dreide seg om holdninger som at terapeuten « ikke vet best». Bruk av KOR medførte at man måtte høre mer direkte på hva klientene sier fremfor å gjette og tolke.

Jeg benevner gruppene som nr.1, nr. 2 og nr. 3.

I gruppe 1. ble KOR sett i samme kontekst som brukermedvirkning. En informant lurte på om det for noen familier er kanskje slik at KOR bryter med familiens forventninger om arbeidsmåter på sykehus, der pasientrollen er mer passiv og man venter på behandlingen som igangsettes av doktoren. Hun mente derfor at det var viktig at man viste i praksis hvor viktig familien var i samarbeidet med terapeuten. For en annen i gruppen, var begreper som «kvalitetssikring og brukermedvirkning» mer knyttet til store ord og det å være politisk korrekt, mens det å bruke KOR betydde at man faktisk praktiserer det.

« det er viktig å lytte til hva det er de sier - til i stedet for at vi kommer med en pakke og sier at sånn skal det være. Vi forsøker å være lydhøre på å samhandle på deres innspill. Det er viktig for oss for å vite hvilken kurs vi skal ta og samarbeide.»

I fokusgruppene kom uttrykket «pakker» opp flere ganger og etter hva jeg forstår mener man hermed det evidens- og manualbaserte programmer i form av en «ferdig pakke» som er anbefalt av helsemyndigheter etter hva slags diagnose klienten har.

I gruppe 2 diskuterte informantene hvorvidt det var noen nyanseforskjeller på begrepene *KOR* og *brukermedvirkning*. Noen definerte at KOR ble definert som «sterkere» enn *brukermedvirkning*. Når det var *klientstyrt* har klienten høyere grad styring over prosessen enn *brukermedvirkning*, som ble definert som et videre begrep. Samme gruppe var tidlig ute med å bruke KOR etter det ble introdusert av Barry Duncan og Scott Miller på en familierapikongress i år 2000.

«Vi kan jo snu det på hodet å si at vi begynte med KOR lenge for vi oppdaget begrepet brukermedvirkning, sånn at det når det begrepet kom, kunne vi si at vi har et konkret innhold i begrepet brukermedvirkning. KOR-praksisen har gitt oss muligheter å gi en helt spesifikk definisjon av brukermedvirkning, å vektlegge styring og bygge opp terapi på bakgrunn av brukerrespons»

I gruppe 3. ble begrepene knyttet til kvalitetssikring. Det ble også pekt på at brukermedvirkning var lovpålagt. Imidlertid var det en usikkerhet i begynnelsen om hvordan man skulle gjøre dette i praksis. Noen ansatte i avdelingen fikk tilbud om kurs og bli med i et arbeidsutvalg om KOR i regi av Regionssenter for barn- og unges psykiske helse (R-BUP). Deretter ble det bestemt at alle i avdelingen skulle prøve å bruke dette. Imidlertid var det en del delte meninger og mange var også skeptiske og spørrende til hva brukermedvirkning innebar.

6.2 KOR som hjelpemiddel til et bedre samarbeid - hvordan er KOR nyttig?

De fleste av informantene mente at KOR var et godt hjelpemiddel til å holde fokus og være på rett spor sammen med klienten/ familien. En beskrev at det hjalp også å holde oversikten i komplekse sammenhenger f.eks. i samarbeid med andre instanser. Flere mente at det var en fordel at man kom raskt til saken om hva klientene ønsket og hadde forventninger om i stedet for å gjette og tolke så mye. Skjemaene hjalp også familiene til å sette ord på ting som var problematisk og som det ikke hadde vært snakket om før.

«í når de skårer så kan man jo sitte og utforske det sammen med familien, så det tenker jeg at det kan være nyttig som vi sa ista å komme raskt i gang til for vi får raskt opplysninger som har vært vanskelig å uttrykke í í ».

Et par terapeuter fortalte om en historie i en sak der en forelder som satte kryss jevnt hele tiden og plutselig satte skårene veldig lavt. Terapeutene mente de hadde hørt på henne hele tiden. Det som kom frem var at det dreide seg om helt andre ting utenfor terapirommet, som moren hadde vanskeligheter med å snakke om men at moren via skjemaene hadde fått en mulighet om å gi et tegn at noe ikke var bra.

I diskusjonene i gruppene kom det flere ganger frem at informantene opplevde KOR som et hjelpemiddel til å høre og lytte bedre til klientene gjennom at de fikk regelmessig feedback. Å få feedback gav også ny energi i saker der man hadde jobbet lenge og stod fast eller som en informant sa: *«hadde rotet seg bort»*. Det at klientene ga feedback på behandlingen ble oppfattet som nyttig og verdifullt i alle gruppene. Flere var bevisst om at terapeuter ofte kan *tro* at det går så bra og har forstått situasjonen, men når klientene ga sin tilbakemelding, skjønte terapeutene at de oppfattet ting helt annerledes.

í í og av og til blir jeg overrasket at de tenker annerledes enn megí .

En erfaring som alle i gruppene hadde, var at klientene ofte gav veldig høye skårer på tilbakemeldingsskjemaet. Det ble diskusjoner om hvordan man skulle tolke disse positive tilbakemeldinger og det kom opp forskjellige meninger om hvordan man skulle forstå dette. Var det slik at dette var reelt, eller var det slik at klientene var for høflige og ikke torde å sette det lavt? Det fremkom ulike teorier om dette f.eks. hadde det noe med relasjonen å gjøre på en slik måte at man gav høye skår i begynnelsen, men etterhvert ble klienten tryggere og kunne gi ærligere svar. Noen tenkte at det hadde å gjøre med at vi fortsatt er oppdratt i en gammel tradisjon der det er uvant som klient å bli hørt. En annen tenkte at det var nytt for mange

familier å bli spurt om tilbakemeldinger slik at de ble overrasket over å bli invitert inn i en slik praksis. Andre spekulerte i om det hadde å gjøre med at folk var takknemlige for at de endelig hadde fått et tilbud om behandling slik at man var forsiktige i begynnelsen. En informant refererte imidlertid til en større undersøkelse der klienter hadde blitt spurt om dette og at majoriteten hadde oppgitt at de forsøkte å svare ærlig.

Flere av informantene hadde også erfart det var viktig å ta god tid når familien skulle utfylle tilbakemeldingsskjemaet. Det ble lettere om man tenkte at det var en del av samtalen og ikke bare noe som raskt skulle avklares på slutten. Andre hadde også oppdaget at når de brukte for lite tid på tilbakemeldingen ble det bare gjort en rask avkrysning på skjemaet og man gikk da glipp av en sjanse å få en ordentlig tilbakemelding.

Selv om det å få feedback stort sett opplevdes som nyttig, innrømte noen av informantene at det kunne også føles litt utfordrende for terapeuten å få kritikk, selv om man hadde bedt om det. Flere prøvde å være bevisst på og ikke ta dette personlig og derved komme i en forsvarsposisjon, men heller å tenke i andre retninger av justering og tilpasning. Nettopp det at de hadde KOR-skjemaene som et slags verktøy hjalp dem å se at lave skårer var viktig informasjon, selv om det til tider også kunne være vanskelig å svelge.

Fra gruppe 2: « í .dette er ganske radikal forandring hvordan terapeuter har alltid tenkt, altså hvis det ikke skjer noe i terapien, så er det informasjon om klienten og så har man utviklet en masse begreper på hva er det for noe med klienten, enten det er motstand eller sånn personkarakteristikkí .vi har fått mer tillit å si at det handler om metoder og arbeidsmåteri ..

I alle gruppene kom det frem at terapeutene hadde møtt mange klienter som hadde følt seg mer eller mindre krenket av systemet eller tidligere hjelpere. Det dreide seg om familier som hadde vært i behandlingssystemet i årevis og ingen hadde lyttet til dem. En informant håpet at KOR kunne bidra til at verdigheten ble bygget opp igjen gjennom at man tydelig viste at man hørte på klientenes meninger og at de var viktige.

Fra gruppe 1: «..... sånn at det blir som å spisse det og det blir som noen familier sa til meg når jeg jobbet i 3.e linjen: Når du vært igjennom barnehaver, skoler, BUP og så blir ungdommen innlagt inn i en avdeling til slutt, og det var ingen som hørte på hva vi sa ,så de bestemte ting og det var enten for lite eller for mye og de var helt detroniserte som foreldreí í .

I en av gruppediskusjonene begynte man å reflektere hvorvidt deres vanlige opplegg i familiebehandling hadde ivaretatt brukerperspektivet godt nok i deres faste rutiner på hva som skulle gjøres under et opphold. Fra gruppe 3:

A: *«í ...en annen ting er at du står der i hverdagení í vi følger ofte planen, vi har altså med genogram og livslinjen osv. altså en måte å møte, et program å møte, men likevel spør vi alltid familien hva de trenger hjelp med og det er en utgangspunktet for ossí í .*

B: *«det var jo det jeg prøvde å si noe om, at vi ofte kjører opplegget vårt selv om vi spør om hva de ønsker..»*

6.3 KOR. s bidrag til ny informasjon-forskjellige meninger i en familie

Informantene hadde flere erfaringer av at KOR var nyttig i familiebehandling som et samtaleredskap og særlig når det gjaldt å få frem ulike meninger om hvordan man hadde det i familien. Nye tema som ikke var snakket om tidligere kunne komme opp i samtalen. Familiene var henvist til familiebehandling og KOR hjalp terapeutene å utforske familiemedlemmenes forskjellige meninger om både forventninger og hvem som var fornøyd med behandlingen. Noen klienter ønsket heller ikke å bruke KOR og det var enighet om at man ikke skulle presse dette igjennom, men heller legge det bort og være fleksibel. I en familie, der det var en kjempekonflikt mellom et foreldrepar og en ungdom, ønsket foreldrene å fylle ut skjemaet, men ungdommen vegret. Imidlertid var hun nysgjerrig til å høre hvordan foreldrene skåret, men ble overrasket hvordan de satte skårene og derved fikk de i gang en dialog om dette.

Flere syntes det var spesielt nyttig for å få belyst søsknenes situasjon. Noen søsken hadde det slik at de ikke ville belaste foreldrene, som allerede var bekymret for den ungdommen som var henvist. Andre terapeuter hadde erfaringer med tvillinger eller søskenpar og når disse fylte ut skjemaene hver for seg, kom det opp viktige tema i samtalen om bl.a. likheter og forskjeller. Her er et eksempel fra gruppe 2.

A: *í .og en annen sak så husker jeg at det var veldig nyttig, for da snakket vi om både sjalusi og hvordan de så på hverandre, men det var nesten sånn at det var vanskelig å skjelne mellom barna og nær sagt kognitivt der her med barna, det ble som en klumpí í .*

B: *og da beskriver du også samtaler om skåringspraksisen et skritt videre? Saker som ellers ikke hadde blitt tematisert?*

A: ja, og det var vel det som var den største nytten av detteí . og da går det å gå inn i noe som at enten en ikke har fått tak på eller at det er litt betent da, og vanskelig å snakke omí ..

C:í í í .men så var det det her med merverdien altså, at det hjalp oss å sette ord på noe som det ikke var ord på. Det hjalp oss til å lage struktur og orden hvordan vi skulle jobbe. Det hjalp å oppdage ting som hverken vi eller familien hadde tenkt påí í .

Flere informanter hadde erfart at foreldrene ofte skåret lavere på ORS-skjemaene enn barnet/ungdommen. De reflekterte over om foreldre generelt var mer bekymret enn barna/ungdommen selv. At det fremkom forskjellige meninger i en familie ble ikke sett som en negativ ting men heller noe som var positivt å ta tak i. Når familiemedlemmene viste skjemaene for hverandre og drøftet eventuelle likheter og forskjeller fikk de ny informasjon om hvordan den andre så på situasjonen og det kunne hjelpe å lettere forstå den andres perspektiv. Det ble en aha-opplevelse for både terapeuten og familien og disse forskjeller resulterte i at man hadde noe felles som det gikk an å jobbe videre på. Flere mente at KOR-skjemaene var et viktig hjelpemiddel i å differensiere mellom de forskjellige familiemedlemmene som kunne ha vidt forskjellige meninger om hva slags forandring man ønsket. En informant fra sammenlignet denne prosess ved sirkulære spørsmål.

Fra gruppe 1:

A: ja jeg er ganske enig i det, det er absolutt slik at man kan få ny informasjon, ikke bare jeg, men at det gir klienten også ny informasjon om seg selv og om de andre, det synes jeg det går begge veier på et vis, jeg vet ikke hva som er viktigst, men det åpner opp for nye refleksjoner

B: det kan vel åpne opp for forskjellige måter, man vet at det skjer der så vet man at kan skje flere?

C: Jeg tror kanskje det også å være fremtidsrettet og fremtidsorientert og ta opp problemer og hva er foretrukne historier osv. og så tenker jeg også at det nesten holder i en slik behandlingsplangreie man kan jo venne med det fordi det er egentlig veldig mye som kommer frem i KOR fordi man skriver det nedí .. så synes jeg også man kan få frem ny informasjon om verdier, og håp og ønsker og veien videre og man deler det

6.4 Terapeuters beskrivelse av sin endringsprosess med KOR.

Informantene beskrev at det var vanskelig å komme i gang i starten med å bruke KOR-skjemaene inn i familiebehandlingen. Flere hadde selv en slags motstand mot å begynne å

bruke skjemaer. Andre gruet seg over å starte med dette ettersom det var så nytt å få direkte tilbakemeldinger fra klientene. Fra gruppe 2:

A: «Vi nølte før vi kom i gangí .

B: og så lagde vi en gruppe lokalt med interesserte medarbeider i BUP- feltet her, og alle hadde satt seg inn i det her og noen hadde møtt Scott Miller og mange entusiaster, men veien var lang for å få det til å bli praktisert. Alle snakket om at de hadde lyst men, ideen var å vise hverandre videoopptak med bruken av det. Det var jo veldig få som klarte å komme med det og så med unnskyldninger, hvorfor det ikke passet akkurat da likevel og så hadde vi pizza, twist og kaffe og så snakket vi det var jo så vidt spennende, men å komme i gang var vanskelig.

C: Jeg husker den metaforen som vi holdt på med den etter at jeg begynte. Det var jo den der med at man kan godt sitte på møte etter møte å fortelle hvordan det er å hoppe etter 10- meteren, men å finne ut ordentlig hvordan det er å hoppe ut over 10- meteren, så er det bare en måte og det er å hoppeí »

Det som hjalp mange å komme i gang var at de hadde holdninger, idealer om en mer samarbeidende praksis og at de ønsket å gå nye veier. Et par informanter brukte andre metaforer for å beskrive hvordan det var i starten med å bruke KOR: En liknet det med og «begynne med sykkelhjelm» dvs. at når man først hadde kommet i gang med å bruke det, følte det usikkert uten. En annen hadde kviet seg i begynnelsen for å bruke skjema og tenkt det ikke passet inn i avdelingens opplegg. Etterhvert følte hun seg «nesten litt naken» uten dem.

I gruppe 1. kom man frem til at det hadde gjort en stor forskjell det med at terapeuten gikk bort fra å ha ferdige tema om hva man skulle snakke om i timen. Man ble mer bevisst på å vente på hva familien selv kunne bringe inn i samtalen i stedet for at terapeuten begynte å foreslå noe. Etter å ha brukt KOR en stund var det også lettere å håndtere dette med skjema og spørsmål på en naturlig måte. I begynnelsen var det flere som hadde vært mer teknisk opptatt av å gjøre det på en riktig måte, men etter hvert som de fikk mer erfaring, kunne de være mer fleksible.

Det kom mange forskjellige utsagn i gruppene på hva hver og en hadde opplevd av forandring av seg selv som terapeut og disse utsagnene er plukket ut fra alle tre gruppene:

-« Spør klientene!!»

-«Før hadde man ting i hodet, idéer om hva man skulle bringe inn i timen - nå lar man familien komme med sitt»

-« Tidligere hadde vi veldige hypoteser om familien om hva dette kunne være, uten at familien var tilstede»

-«Det har virkelig vært en reise fra å være en flink terapeut, altså at man er mer avslappet og fordi dette er et samarbeidsprosjekt, der terapeutens rolle blir en samtalepartner. Vi bærer dialogen mellom ungdom og meg og foreldre på en måte som viser vei, det er ikke jeg, men jeg har selvfølgelig ansvar for at det skal gå på en ordentlig måte, at det skal være nyttig, selvfølgelig ved at man ikke skal være mer forvirret enn når man kom inn, sånn at jeg er veldig enig med deg «

-«Jeg kan ikke si at det har vært noe større forandring. Det har i fall hjulpet meg til en bedre struktur, selv om jeg kan glemme skjemaene ibland.»

-« Det har hjulpet meg til å være mer personlig i samtalen og jeg tror at det har noe å gjøre med å få feedback»

Etter å ha begynt med KOR-skjema var det flere som hadde blitt mer bevisst på at om klientene ikke var fornøyde, måtte man gjøre noe annet. Noen hadde også erfart at det var klienter som selv ikke ønsket å bruke skjema og dette ble da respektert. Noen av informantene hadde ikke følt at KOR hadde medført noen større forandring, men de oppgav også at de heller ikke hadde noen lang erfaring med KOR.

6.5 Klientens endringsteorier

I KOR legger man stor vekt på klientenes egne endringsteorier. Det betyr å utforske klientens tanker, følelser og holdninger til problemet. Det gjelder å finne alle ideer om hva klientens har som mål og tanker om endringer. Det er også viktig å vise respekt for endringsteoriene, selv om de er annerledes enn hva terapeuten tenker er best.

Imidlertid kan det innen en familie finnes flere ideer om hva som skal til for en endring. Stort sett så informantene på dette som noe positivt. At folk hadde forskjellige meninger mente man var positiv på en slik måte at det tok vare på forskjellige perspektiver i folks liv. At det kom frem forskjellige endringsteorier, kunne heller være med på å utvide dialogen enn at det innsnevret den. Forskjeller ble sett på som en ressurs og ikke nødvendigvis som noe negativt. Det var også bra at det ble fokus på flere løsninger. Noen hadde erfart at klientene var veldig nysgjerrige på å høre om terapeutenes endringsteorier. Det kunne hende at forskjellige

endringsteorier ble konfliktfylte tema f.eks. mellom skilte foreldre, men informantene mente at det allikevel var bra at forskjellige meninger kom opp på bordet.

Imidlertid kom det i gruppe 3. opp en diskusjon om at det var en del situasjoner der altfor forskjellige endringsteorier i en familie kunne være kompliserte og også konfliktfylte. Informantene var bevisst på at det ikke alltid var like lett for klienter å få frem sin mening om endring, f.eks. hvis det var vold eller overgrep i familier eller andre tabuområder, som barnet var redd for å snakke om. I noen situasjoner fremkom også bekymring om omsorgen var bra nok og om at de som terapeuter befant seg i en situasjon med en plikt å melde i fra til barnevernet.

I gruppe 2. kom det frem at det kunne det også være vanskelig med helt forskjellige endringsteorier og situasjonen var helt fastlåst f.eks. med skilte foreldre og at de begge så på hverandre som problemet.

6.6 Refleksjoner om terapeuters eksperterolle/kunnskap og familiens lokale kunnskap

Informantene uttrykte at det var viktig å følge og utforske hva klienten trodde på og hadde forventninger om, og at deretter kunne terapeuten komme med idéer, som etterhvert kunne justeres etter respons fra klientene. Flere terapeuter så på sin egen kunnskap som en generalisert kunnskap, men at denne så måtte «oversettes» til den enkelte familie slik at det passet. Etterpå var det også viktig å få tilbakemelding om «oversettelsen» passet. Informantene fremholdt også at terapeuter har mange typer av kunnskap, ikke bare profesjonelle kunnskap men også erfaringskunnskap, livskunnskap. Familien har sin lokale kunnskap.

Fra gruppe 2:

A: *-«altså sånn litt med nærhet og avstand, slik at folk kommer nærmere sine egne liv og er eksperter på det, mens vi har avstanden. Vi kan være eksperter på overblikket og den generelle kunnskapen og så når vi møtes så må det kunne samarbeides om de to perspektivene í .»*

B: *-«så blir det nesten som en elv der du ikke vet hvor de forskjellige bekkene kommer fra. Løsningen blir en modell også. Det blir en miks mellom det ene og det andre.»*

C: -« det er en ting som jeg trur på en måte er ganske viktig, og det er improvisasjon og sammenligne terapi med jazzmusikk. Så er det det er å finne og kunne spille med hverandre, både med familien og med sin med terapeut og systemet og det og da kunne improvisere. Det tenker jeg det blir viktig og der er klart at der ligger jo også det med individualitet, og intimitet, deltagelse, altså alle disse tingene spiller jo sammen og selvfølgelig dette med humor det er kjempeviktig.»

D: -«og så vet vi at problemer ikke liker latter og glede».

Det kom opp i et par grupper diskusjoner om KOR og terapeutens ansvar. I en gruppe kom det opp at det fra psykologhold hadde blitt rettet kritikk av KOR og brukermedvirkning bl.a. at KOR kunne oppfattes som en ansvarsfraskrivelse fra sitt profesjonelle ansvar. En informant tok opp at det spesielt fra psykologhold, hadde kommet frem kritikk som at brukermedvirkning kunne bety at man gav opp klinisk autonomi og på en slik måte skjøv ansvaret vekk. Informantene uttrykte på flere måter at de ikke delte denne syn. Samarbeid og balansegang var begreper som kom frem. Det ble referert til Tom Andersens (1999) utsagn om at «terapi betyr alltid et samarbeid».

Mange utsagn gikk ut på at terapeuters fagkunnskap var viktig i kombinasjon med den kunnskap og erfaringer som familiene hadde selv. En informant hadde oppfattet at Duncan & Miller mente at det nettopp var terapeutens ansvar og oppgave å hjelpe klienten å få frem løsningen.

Flere uttrykte at KOR var egentlig en krevende måte å arbeide på ettersom det innebar nettopp at man måtte kunne bruke eller være kjent med et bredt spekter av kunnskap og metoder for å møte klientenes forskjellige behov. Flere snakket om å ha med seg en «verktøykasse» i terapien og at det var viktig å informere klientene om innholdet.

6.7 Terapeutenes refleksjoner om maktforhold.

I flere diskusjoner tok informantene opp maktforhold i psykiatrien og mellom terapeut og klient. Noen mente at det var viktig at man var bevisst på at man innen systemet som hjelper/terapeut var i en maktposisjon, selv om man hadde holdninger som gjennom KOR prøvde å redusere sin makt til fordel for klienten. I gruppe 3 uttrykte man det på følgende måte

A: Jeg er veldig opptatt av den makten man som man har i behandlingssystemet i

B:í . Det er riktig som du sier, at vi kan tro at vi er så åpne og demokratiske og så er det kanskje noe med at det er ikke sånn og vi er oppvokst i en medisinsk tradisjon med et veldig hierarki. Det forsvinner ikke i løpet av en generasjon. Det tar lang tid og endre de struktureneí

I gruppe 2. kom noen lignende utsagn:

A:í í .men det er en ting vi kanskje ikke er nok fokuserte på og det er altså maktposisjonen, altså maktforholdet og maktbalansen i klient og terapiposisjonení í í ..altså når en familie kommer til oss så har de forventninger og de er vant til et system og det tenker jeg, enten vi vil det eller ikke så representerer vi et system og vi representerer den faglige tenkingen í .

B: í í hvorfor får vi så forferdelig gode tilbakemeldinger og resultater hver gang, neste hver gang, tør de ikke? Er det for vi er så snille, greie, tilmøtekomme og positive, sånn at det nesten blir vanskelig for dem å gi oss noe særlig under 8í í altså at det kan bli en sånn maktgreie som gjør at de ikke vil såre oss ellerí ?

En informant mente at man ikke måtte ha en altfor fastlåst holdning i å se klientene som avmektige og at de underordner seg. Gjennom å vise at terapeuten var avhengig av feedback kunne KOR imidlertid være med på å øke makten til klienten.

Som tidligere nevnt var det flere som hadde opplevd at familier hadde følte seg krenket av systemet dvs. ikke blitt hørt. Noen informanter følte at de måtte tale familienes sak mot «systemet» eller andre fagfolk når det gjaldt å bli hørt. Makt i forhold til hvilken kunnskap som skal være gjeldende i feltet kom også opp som tema i fokusgruppene. Flere av informantene uttrykte sin bekymring over utviklingen innen barn -og ungdomspsykiatrien med mer og mer fokus på diagnoser og dertil evidensbaserte «pakker». Noen lurte på hvordan dette ville innvirke på brukermedvirkning og KOR og den relasjonelle kunnskapen. I en gruppe var noen bekymret over praksisen på en del steder, der klienter måtte fylle ut flere skjema med en rekke spørsmål før de møtte opp til behandling og før de visste hvem det var som fikk denne informasjon.

6.7.1 Terapeuters egne erfaringer som brukere av ulike instanser.

Flere av informantene reflekterte også over sine egne erfaringer som brukere av rådgivnings og helsetjenester:

- «Jeg har opplevd en ubehagelig hendelse i «brukerposisjonen» selv ó jeg følte en sånn innngripen på en selv, men jeg turte ikke si noe, jeg følte det som et overgrep nærmestí »
- «Når man har egne barn i skolen så sier man ja, jaa.. fordi man er redd for sanksjoner mot barnet..»
- «Jeg hadde villet ha blitt sjekket ut av legen, har dette vært allright? í jeg prøvde fortelle legen min, men han hørte ikke på megí í í »
- «Jeg hadde en unge med feberkramper og så kommer det en lege og sier, ja dette kan jo være en svulst og leser opp en 4-5 diagnoser og jeg sitter der fullstendig i koma og man blir jo så redd. Han forsto så lite av det relasjonelle - og hvordan bruker han fagkunnskapen?»

Dette var et tema som noen informantene på eget initiativ selv spontant tok opp i gruppene. Selv hadde jeg ikke tenkt på dette perspektivet. Jeg har valgt å ta med dette tema for å illustrere at terapeut og brukerrollen er ikke noen statiske begreper og at brukene ikke er en egen gruppe. Dette er lett å tenke om brukene som «dem» og terapeutene som «vi», men disse utsagnene viser at rollene er fleksible og brukervedvirkning gjelder oss alle.

6.8 utfordringer med KOR

En av utfordringene som kom opp i diskusjonen var maktposisjoner som terapeutene kom i forhold til andre etater, når de følte at de måtte « tale i deres (familienes) sak». Informantene hadde møtt holdninger som at brukervedvirkning var noe som andre burde ta seg av. De opplevde at de som KOR-brukere derved laget forstyrrelser i systemet ved å bruke KOR.

« í .jeg tror at det norske helsesystemet opplever denne formen for praksis som tvetydigí »

En annen utfordring var at det var det kunne være en risiko at man lett kunne komme inn i en slags sikkerhetsposisjon med KOR og det derfor var viktig at man fortsatte å spørre videre og være utforskende og nysgjerrig. En annen risiko var at man la vekk skjemaene fordi man tenkte at man hadde et brukerperspektiv allikevel.

«det er lett at det blir halleluja, men noe ganger har det ikke funket allikevel..».

En annen utfordring som kom opp var i vanskelige skilsmissekonflikter, der barnet hadde vansker med å uttrykke hvordan det hadde det i familien hos den eller den andre. Videre var det utfordringer med å få noen familier trygge på å gi ærlige svar i sin feedback. En informant vektla at de som terapeuter burde informere klientene mer om hva lags metoder som « í fantes i verktøykassen».

Flere informanter mente at det var viktig å være i et miljø der det er flere som brukte KOR. Hvis man samarbeidet med kolleger som ikke likte KOR, ble dette en utfordring da man dro i forskjellige retninger. Noen mente også at det var viktig at man faktisk benyttet seg av informasjonen, som KOR-skjemaene gav og ikke bare la dem i en skuff. Flere hadde også opplevd at ikke alle familier var positive til å bruke skjema. De fleste valgte da å legge dem vekk.

7. DRØFTING

7.1 Brukermedvirkning og KOR i et familiebehandlings perspektiv

7.1.1 KOR som nyttig hjelpemiddel til brukermedvirkning?

Da begrepene kvalitetssikring og brukermedvirkning ble populære rundt 1990- tallet var det et resultat av nye idéer som etter hvert hadde vokst seg frem under en lang periode med krav om mer demokratiske prinsipper i helse og sosialvesenet. Det kan betegnes som begynnelsen på en kulturforandring, et brudd fra den tidlige kulturen der det stort sett hadde vært fagfolks, eksperters meninger som var gjeldende. Brukermedvirkning kunne også ses som noe som var politisk korrekt og som få direkte protesterte mot. Imidlertid var det mange som var usikre på hvordan brukermedvirkning skulle utøves i praksis og hvilke konsekvenser det ville få for fagfolks daglige praksis.

Informantene i materialet er fagfolk som mer eller mindre selv har valgt å bruke KOR og derved valgt å forandre sin praksis i en retning mot samarbeid og brukerperspektiv. Deres arbeidsområde er familiebehandling innen barne- og ungdomspsykiatrien. Som tidligere nevnt fins i feltet mange delte meninger om ulike behandlingssideologier. Jeg vil i de følgende avsnittene analysere hvordan KOR kan bidra til en forandret praksis, men også drøfte konteksten i et videre perspektiv med hjelp av Bourdieus praksisteori.

7.1.2 KOR.s bidrag til bedre samarbeid?

Et av informantenes utsagn var « *det er viktig å lytte til hva det er de sier - til i stedet for at vi kommer med en pakke og sier at sånn skal det være. Vi forsøker å være lydhøre på å samhandle på deres innspill. Det er viktig for oss for å vite hvilken kurs vi skal ta og samarbeide.*». Jeg synes dette utsagnet sammenfatter mye hva KOR og brukermedvirkning går ut på. Utsagnet kan å den ene siden høres ut som en selvfølgelighet, men på en annen side viser det at terapeuten *tilstreber* å innta en lyttende posisjon. Hun prøver å bryte med annen

praksis som ligger i feltet i dag. Det at terapeuter tør være lydhøre for hva klienter bringer inn i terapirommet og ikke ha svarene på forhånd, er viktige prinsipper for å få til samarbeid og brukervedvirkning.

I teoriavsnittet har jeg referert til Tom Andersen. Han foreslår at ordet *samarbeid* burde gjelde for flere uttrykk som behandling, undervisning, veiledning og forskning. Hvis man tenker samarbeid i stedet for f.eks. behandling, setter man seg ikke i en posisjon der man er over den andre eller vet mer enn den andre. Man vet forskjellige ting (Andersen 1999,156).

Det er interessant å notere at allerede i 1987 omdefinerte Gianfranco Checcin fra Milanotradisjonen det opprinnelige begrepet om *nøytralitet*, som hadde blitt utsatt for mye kritikk til det mer samarbeidsorienterte begrepet *nysgjerrighet*. En nysgjerrig terapeut skulle innta en holdning der man ikke holdt fast ved en sann beskrivelse av familien, men i stedet fortsatte å utforske hvordan familiens og terapeutens beskrivelser passet til hverandre. Dette var en forandring til en mer ikke-dømmende, ikke-dirigerende og respektfull holdning (Checcin, 1987,407-408). Selv terapeuter med målsetting om samarbeid, kan være fristet til å tro at de vet bedre enn klientene og se på familier som hjelpeløse (Robert & Seltzer 2010,125). Terapeuter kan lett innta en holdning om at problemet ligger hos et av medlemmene i familien. Når terapeuten blir overansvarlig og fokuserer for mye på forandring, ligner Seltzer og Robert det ved en « en kolonialisering av terapirommet». Kolonialisering er et begrep som står for at den enes kunnskap er rangert som viktigere enn den andres.

I denne studien mente de fleste informantene at KOR-skjemaene var en hjelp for dem i å prøve å lytte bedre til hva familien hadde å si. Jeg velger følgende utsagn som en illustrasjon på dette: *«når de skårer så kan man jo sitte og utforske det sammen med familien»*. Noen ville kanskje ha en innvending mot dette og mene at man ikke trenger KOR skjema for å innta en lyttende posisjon. Jeg kan i og for seg være enig i dette, men jeg mener at KOR kan virke som en ekstra sikkerhet og en hjelp på denne veien mot å falle inn i »gamle spor».

Informantene hadde erfart at å få regelmessig feedback fra klientene også var til nyttig hjelp for å lære å lytte til klientene. Det hjalp dem å holde fokus og vite om man skulle forandre kurs. Samtidig var det flere som stusset over at klientene ofte satte veldig høye skår på tilbakemeldingsskjemaet, slik at man satte spørsmålsteget ved om det virkelig forholdt seg slik. Jeg tenker at det kan være mange forklaringer til dette. En er at det faktisk forholder seg slik at klientene er så fornøyde som de oppgir på skjemat. En annen kan være at familier som har vært i systemet lenge og som ble omtalt som krenket, er takknemlig for og endelig bli hørt

eller forsiktige med å komme med kritikk. Som hjelpere er vi oppdradd i en tradisjon der klienter, som ikke har respondert på behandling har blitt tillagt egenskaper som «vanskelige, psykopatologi, dysfunksjonelle « etc. Klienter kan på sin side ha forskjellige erfaringer med å gi tilbakemeldinger til behandlere.

Selv om det kan være uvant i begynnelsen å bli invitert inn til å si noe om behandlingen, tror jeg at vi undervurderer klientene hvis vi ikke spør. Likeså kan det være uvant for terapeuten i begynnelsen å bruke tilbakemeldingene konstruktivt, og som terapeut må man også «lære om» og virkelig bruke klientenes tilbakemeldinger som «gullkorn». Jeg ser på denne prosess som et utforskningsamarbeid med klientene, der ingen har noen faste svar på forhånd. I en av gruppene hadde man også erfart at det var viktig å avsette god tid til når det skulle gis tilbakemeldinger. Ved å gjøre dette viser man at man tar dette alvorlig og er faktisk interessert i hva klienten mener. En annen informant oppdaget i fokusgruppediskusjonen at hun trengte å utvikle seg i å bli bedre i prosessen/dialogen om tilbakemeldinger.

Jeg tenker her at man kan dra paralleller til Donald Schøns (1987, 26-30) begreper om refleksjon- i- handling og refleksjon- over- handling. Han mener at enhver situasjon praktiseren står i er unik og man kan ikke bare følge boken. Alle må lære gjennom egne prosesser. «Refleksjon -i handling skjer når vår handling omformes av vår tenkning, samtidig som vi utfører handlingen. Refleksjon- over- handlingen går ut på å tenke tilbake på det en har gjort for å se om den kunnskapen en hadde i handlingen var med på å påvirke resultatet. Når terapeuten får tilbakemelding av klienter må hun reflektere videre på sin tilnærming og ta stilling til videre handlinger. I verste fall tar ikke terapeuten til seg den nye kunnskapen og tillegger klienten negative egenskaper, som umulig etc. I beste fall reflekterer terapeuten over sine handlinger og endrer kurs.

I et samarbeid er det viktig å holde dialogen gående både med klientene og oss selve. Harlene Anderson (2003) vektlegger, som tidligere nevnt, betydelsen av «colloborative relasjoner» og «dialogisk konversasjon», som kan ses som to begreper som henger sammen.

Samskapende relasjoner henger sammen med delt utforskning. Den dialogiske konversasjonen er ikke begrenset til talespråket men også ens indre konversasjon. En dialog betyr en prosess der man prøver å forstå den andre fra den andres perspektiv.

7.1.3 KOR som samtaleredskap?

Flere av informantene hadde oppdaget at KOR også fungerte som et samtaleredskap i familiebehandling. Når familiemedlemmene i begynnelsen av timen først fylte ut skjemaene

hver for seg og siden snakket sammen og delte dette med hverandre, erfarte informantene ofte at det fremkom ny informasjon om hverandre som var nyttig. Derved kunne det oppstå nye tema som det tidligere ikke hadde vært snakket om. Informantene vektla også at det ble nyttig i forhold til søsknene. En informant mente at det kunne minne om *sirkulære spørsmål*, der man fikk ny forståelse av hverandre gjennom at det ble spurt om hvordan man trodde den andre hadde det for tiden.

I systemisk familieterapi etter Milanotradisjonen, var intervjumetoden med sirkulære spørsmål en av de mest sentrale idéene. Det handlet om å få frem forskjeller mellom folk, relasjoner og hendelser. Når man fikk ny informasjon om hvordan den andre så på ting i en familie, kan dette bidra til en ny forståelse og mening. Det som hjalp var å prøve å se den andres perspektiv. Gjennom dette kunne det skje en forandring i familien(Jones 1995, 34).

Informantene hadde flere nyttige erfaringer med å ha søsken med i familiesamtaler og også la også dem utfylle KOR-skjema. Selv om det oftest er et barn eller en ungdom som er henvist, er søsken viktige i familiesamtaler. De kan ha helt andre perspektiver enn f.eks. foreldre eller henvisende instans, og bidra til at andre historier kommer i lyset. Ikke minst at deres egen situasjon kan få oppmerksomhet er nyttig. Hvis et familiemedlem strever med noe berøres som oftest hele familien på en eller en annen måte. Søsken kan ha levd i skyggen av en søster eller bror som kan ha strevd med et eller flere problemer. Flere informanter nevnte også at de kom raskt til saken og at skjemaene hjalp å sette ord på ting som ikke hadde vært snakket om tidligere.

En informant følte også at KOR var til hjelp å få frem ny informasjon om verdier, håp og ønsker hos familiemedlemmene. Forventninger, håp og ønsker er viktige faktorer når det gjelder forandring. I Lamberts kakediagram utgjør dette 15 % av fellesfaktorene. Duncan & Sparks (2008, 37-39) mener at det er flere måter å forsterke forventningsfaktorene på. Det er viktig å vise at man har en tro på klienten, ens eget arbeid og at endring er mulig. Spørsmål som orienterer terapien mot en bedre fremtid gjennom og fremheve mestringserfaringer er viktig slik at klienten kan få en opplevelse av å ha personlig kontroll over livet sitt. Man kan bruke endringsskjemaet og spørre om hvordan livet ville se ut hvis f.eks. man satte litt høyere skårer.

Som en hjelp for å fremme en forandring anbefaler Duncan & Sparks (2008, 63-69) noen idéer både fra «Mental Research Institute» (MRI) og fra Løsningsskapende terapi, der man undersøker *unntakene fra problemet*. Idéen er at løsningen ikke behøver å ha noen

sammenheng med selve problemet. Dette frigjør en fra å finne årsaken til problemet. Narrativ terapi anbefales som et alternativ når det gjelder å skape håp om forandring i en fastlåst, problemfiksert situasjon. Ved å skille personen fra problemet gjennom eksternalisering, kan man engasjere både klienten, hjelperne og klientens nettverk med å overvinne problemet for å få slutt på gjensidige beskyldninger, skyldfølelse og fordømmelse. De advarer imidlertid mot at man bruker dette som modeller som *skal* brukes ovenfor klienter uansett hvilken situasjon de er i. Uansett hvilken modell man bruker, må det alltid tilpasses hva som passer best for klienten eller familien (ibid).

7.1.4 Terapeuters endringsprosesser med KOR?

Et av mine spørsmål til gruppene var om de kunne reflektere over om bruk av KOR hadde medført noen forandring i deres praksis dvs. av dem som terapeuter i måter å tenke og handle på. Selv om det var et par stykker som ikke kunne se at det hadde gjort noen forandring, kunne flertallet av informantene i alle gruppene beskrive noe slags forandring. En mente at man heller burde spørre klientene, som for så vidt er riktig. Allikevel synes jeg spørsmålet er relevant og interessant, ettersom det kun er den enkelte terapeut som har oversikt over sin praksis og kan reflektere over sin prosess som går over en tid.

I en av gruppene ble det beskrevet hvor vanskelig det var i starten å komme i gang og hvordan man forberedte seg på å begynne på en ny form for praksis. Det ble også beskrevet som å «hoppe fra 10- meteren». Det er interessant å notere at selv erfarne terapeuter som hadde arbeidet en årrekke med familier, måtte igjennom en prosess når de skulle komme i gang med en ny tilnærming, selv om de var motiverte. En informant kommenterte selv at deres prosess minnte om James Prochaskas modell om de ulike stadier av forandring av atferd, livstiler etc. Prochaska (1999, 228 -232) inndelte denne forandringsprosess inn i 5 ulike stadier: Foroverveielsesfasen, overveielsesfasen, beslutning og forberedelsesfasen, handlingsfasen og vedlikeholdsfasen. Denne modellen er først og fremst utarbeidet med tanke på å bryte med en eller annen uheldig atferd f.eks. alkohol eller drogmisbruk. Allikevel mener jeg at modellen er interessant for alle slags forandringer. De fleste endringer har en slags pris med fordeler og ulemper. Man kjenner til det trygge, det man alltid har gjort og man er usikker på hva det nye vil innebære. Man utsetter seg for en risiko for å bli kritisert og kanskje ikke få gode tilbakemeldinger. Jeg tenker her at innføringen den gang av KOR-praksisen, egentlig var et nokså radikalt brudd, ikke bare med den tradisjonelle praksisen innen psykiatrien, men også innen familiebehandling, der fagfolk hadde hatt en sikker vite- posisjon.

De fleste informantene oppgav at KOR på en eller annen måte hadde forandret deres holdninger og praksis i familiebehandling. Der man tidligere hadde snakket om familiene og laget hypoteser uten at familiene var tilstede, inkluderte man nå familien i hørere grad i direkte, mer åpne samtaler. En annen av informantene beskrev sin endring fra å være «flink terapeut» til en mer «samtalepartner». En viktig forandring som flere informanter husket var at de tidligere var mer opptatt og fokusert på at det var de som hadde ansvar for endring og å bringe tema inn i timen. Dette minner om Duncan & Millers historie om «å stige ned fra tronen» der den flinke terapeuten i sitt ønske om å hjelpe, tar over ansvaret for endring og klientene får en mer passiv rolle.

7.2 Brukermedvirkning og KOR i et maktperspektiv.

Jeg ønsker her å drøfte brukermedvirkning og KOR et i maktperspektiv sett i lyset av Bourdieus praksisteori og feltbegrep. Dette var egentlig ikke noe som direkte var planlagt i begynnelsen av prosjektet, men som etter hvert som jeg begynte å lese og skrive om brukermedvirkning og KOR i familiebehandling, reiste det seg en del spørsmål som jeg ikke helt forsto. Etter hvert begynte jeg å bli mer nysgjerrig og utforsket en del begreper, som jeg tenkte kunne være nyttige når det gjelder å forstå disse fenomener i et større perspektiv. Et spørsmål som etter hvert har reist seg mer og mer, er hva slags sammenhenger og hva slags mekanismer bidrar til at det tar det så lang tid for å endre praksis? Et annet perspektiv som også ble tydeligere var den kamp som informantene førte for å forandre sin praksis til en mer samarbeidende terapi.

Brukermedvirkning er ikke noe som skjer av seg selv. Man kan spørre seg hvorfor det ser ut å ta lang tid å forandre «inngrodde» tradisjoner og vaner, selv om man har gode intensjoner og det til og med er regulert i lovverk. Brukermedvirkning innebærer et radikalt brudd med tidligere tradisjoner innen sosial- og helsevesenet, hvor fagfolk har vært ekspertisen og klienten/pasienten har vært mottaker av ekspertisens behandling.

Et gjennomgående tema i Bourdieus verk handler som tidligere nevnt i oppgavens kapittel 4., om maktforhold, dominans eller over- og underordning. Hans forståelse av individers handlingsmuligheter i hverdagslivets praksis forklarer han med hjelp av begrepene *habitus*, *kapital* og *felt*. Man kan se på psykiatrien i helsevesenet som et felt, der det er mange ulike meninger og ideologier som utspilles i en maktkamp. Bourdieu undret seg selv over at de mest utålelige og urettferdige vilkår så ofte kunne fremstå som akseptable uten at det skjedde større omveltninger. Selv om flere tar til orde for at brukerperspektivet burde komme frem

mer, så opprettholdes fortsatt gamle holdninger, ordninger og tradisjoner hos oss selv og i vårt moderne samfunn. Flere av informantene tok opp at mange av familiene hadde blitt utsatt for krenkelser i form av ikke å ha blitt hørt. En hadde opplevd at foreldre hadde blitt «detronisert» og en annen holdt frem at det å søke hjelp i psykiatrien fortsatt for mange var skamfullt.

Bourdieu's habitus begrep betyr at man i kraft av dyp sosialisering disponeres for å handle på bestemte måter. Det er handlinger som har blitt inkorporert og inngrodd i våre kropper som huskes i erfaringer. Gamle idéer møter nye, men de erstattes ikke med en gang. Forandring er ikke umulig, men han mener at det snarere dreier seg om *treghet*. De gamle forestillingene og maktforholdene ligger dypere i våre kropper enn vi er bevisst på.

Når en av gruppene skal beskrive det å prøve seg på en ny praksis som egentlig bryter radikalt med den tradisjonelle hjelperollen, tar de til kroppslige uttrykk for å beskrive den massive følelsen om når de skal gi seg inn på noe nytt, ukjent. De snakker om at det er som «å hoppe fra 10 m» at dette føles skummelt. De må bare hoppe i det. Samtidig er deres tanker og holdninger og at de vil inn på nye veier. «*Det som hjalp oss å komme i gang var at vi hadde et ønske om «å bryte med ting med en del ting i feltet»*. En annen bruker en metafor om KOR-skjemaene: ..«*som å ha på en «sykkelhjelme»*», dvs. noe man må ha på seg for sikkerhets skyld slik at man ikke faller tilbake til gamle vaner. Jeg synes disse utsagnene vitner om at gamle vaner og holdninger sitter i hele oss selv om vi prøver å tenke i nye baner.

Bourdieu var opptatt av ikke bare den åpne makten, men spesielt den skjulte makten dvs. den symbolske makten, den vi ikke ser tydelig, men som vi tar for gitt. Bourdieu kaller for det for *doxa* som er alle de tingene i maktforhold, som gjør at vi tar for gitt at slik skal det være.

Noen informanter tok opp det med at bruk av KOR ikke måtte bli en «sikkerhetsposisjon» dvs. der man tok for gitt at klientene var fornøyde. Denne uttalelse kan vitne om hvor viktig det er å fortsette være observant på de usynlige maktforhold, som fortsatt ligger i systemet. En av informantene dro en parallell til seg selv som foreldre med barn i skolesystemet og til familier i barne -og ungdomspsykiatrien, der man er redd for å klage slik at det kan gå ut over barnet. En annen bemerket at vi «*kan tro vi er så åpne og demokratiske í í í og vi er oppvokst i en medisinsk tradisjon med veldige hierarkierí de forsvinner ikke i løpet av en generasjon*. Gamle holdninger og maktforhold i systemet kan fortsatt være mer eller mindre skjult for så vel terapeuter som klienter.

Bourdieu ser også språket som et middel i en maktrelasjon. I feltet psykiatri brukes et spesielt fagspråk, som er det gjeldende. Hverdagsspråk blir omformet til diagnostiske begreper. Ved henvisninger til barn -og ungdomspsykiatrien blir en del problemer hos barn og unge omskrevet slik at det passer inn i hjelpesystemet. Greta M. Skau (2003, 62-66) tar opp flere perspektiver på makt i boken «Mellom makt og hjelper» og mener mye makt ligger i språket. Når hverdagskulturens språk oversettes til fagkulturens språk, skjer det første maktmøtet. Behandlere må være bevisst at vi kan undertrykke klienter gjennom å bruke et uforståelig fagspråk. Når dagsspråket oversettes til fagspråk, blir fagspråket oftere tillagt en større objektivitet og pålitelighet. Klientene er heller ikke en homogen gruppe og de tilhører ulike delkulturer innenfor hverdagskulturen, avhengig av klassetilhørighet, alder og miljøbakgrunn (ibid). Selv om man som KOR- eller familierapeut har gode hensikter og prøver å unngå å sette seg i en hierarkisk posisjon, tenker jeg at det er viktig å være bevisst disse maktforhold. Jeg mener at det er ekstra viktig å være observant på hvor lett det er å ty til fagspråks termer i forskjellige sammenhenger sammen med klienter f.eks. i møte med samarbeidspartnere. Man bør også være klar over hvor lett et slikt språk ubemerket kan snike seg inn og fungere som makt uten at vi merker det. Det som kan være en ekstra utfordring er når klienter som har vært lenge i hjelpesystemet selv har tatt til seg fagspråket.

Det var en informant som tok opp det med skammen over å være pasient i barne -og ungdomspsykiatrien til forskjell fra å være pasient i somatikken. Foreldrene var ofte alene og isolerte med skammen av å føle seg «mislykket» som foreldre. Selv om det ikke er nedfelt på papir tror jeg fortsatt at det er forskjellig status mellom pasientgrupper i somatikken og i barn- og ungdomspsykiatrien.

Bourdieus nøkkelbegrep kapital, som han inndeler i tre deler, *den økonomiske, den kulturelle og den sosiale kapitalen* er også knyttet til feltbegrepet. I feltene er de sosiale arenaer innen hvilke det pågår maktkamper om verdier, innflytelse og kapital. Bourdieu benevner maktkampene i feltet som et spill, der agentene deltar og går i kamp om det som de synes det er viktig å gå til kamp om. Hvis man ser barne - og ungdomspsykiatrien som et felt, er det flere utsagn fra informantene som tyder på at det pågår en kamp om hvilke metoder, kunnskap og forskning, som skal være gjeldende. Informantene mener at de må «tale familienes sak» og dette skaper forstyrrelser i systemet når de praktiserte brukermedvirkning. Informantene diskuterer også sin bekymring over «*pakkene som kommer mer og mer*». I en annen gruppe diskuterer man hvorvidt man burde lære seg flere metoder og «*i til og med pakker kan være nyttige uten at de tar over feltet*» .

Det kan virke som om de evidensbaserte programmene mer og mer har inntatt feltet som de dominerende metodene i psykiatrien i dag. Det spørres om disse nå er på vei å skyve ut andre terapitilnærminger som bl.a. familiebehandling? Bourdieu betegner maktkamper likt et spill der spillene først må komme inn i spillet og siden spille det etter reglene. Han setter likhetstegn ved andre spill der spillene har «trumfkort på hånda» eller andre innsatser, som kan byttes inn som kapital. Et spørsmål er om nettopp forskjellig terapiforskning, både kvantitativ som kvalitativ, kan tolkes dithen at de blir sett som slike trumfkort eller spillerinnsatser?

I barne- og ungdomspsykiatrien har den medisinske og psykologiske kunnskapen tradisjonelt høyest rang. Magne Mæhle (2000) viser til at familierapi/behandling nok har fått en mer og mer marginal posisjon i barne- og ungdomspsykiatrien. Han taler for at familierapifeltet i tillegg til *terapiintern kunnskap* også trenger *terapiekstern kunnskap*. Terapiekstern kunnskap, f.eks. moderne utviklingspsykologisk kunnskap, er blitt avvist i flere familierapiretninger, som mer vektlagt dialog og selve terapiprosessen. Her kan man også tenke seg at den terapieksterne kunnskapen kan ble en «viktig brikke i spillet», slik at familiebehandling ikke støtes ut av feltet. Videre kan f.eks. Ankers (2010) og Sundets (2009) forskning også få en lignende funksjon.

Familierapeutene i barne- og ungdomspsykiatrien må også forholde seg til andre felt i hjelpeapparatet der det kan være ulike oppfatninger og tilnærminger til å hjelpe familier. Barn og unge i familier med alvorlige, sammensatte problemer trenger ofte hjelp fra flere instanser bl.a. barnevernet. Laila Aamodt (2011, 58, 79-82) tar opp hvilke utfordringer instansene står ovenfor når de skal samarbeide og finne beste løsninger for barna. Hun viser til prosjektet «Familien i sentrum», som er et samarbeidsprosjekt mellom barnevern og BUP. Prosjektet prøver å finne samarbeidsformer som sikrer brukenes medvirkning og koordinering av tjenestetilbudene og ikke minst samarbeidsformer mellom etatene. Boken handler bl.a. om at BUP-systemet ofte kan få en dominerende posisjon i forhold til barnevernet, men at barnevernet også kan ha en dominerende posisjon i forhold til klientene med sitt maktapparat. Eksemplene viser ikke bare de åpne men også de skjulte maktforholdene som vi som behandlere i hørere grad burde være bevisste på når vi prøver å praktisere brukermedvirkning.

8. AVSLUTTENDE KONKLUSJONER

Temaet for oppgaven har handlet om hvordan KOR kan være nyttig i familiebehandling og bidra til forandring av familieterapeuters praksis som et hjelpemiddel til brukervedvirkning. Gjennom litteraturstudier, intervjuer i form av fokusgrupper og analyse har jeg prøvd å belyse problemstillingene og gjør følgende konklusjoner:

Brukermedvirkning og samarbeid.

Studien viser at KOR oppleves av terapeuter stort sett som et godt hjelpemiddel til å få til et bedre samarbeid med klientene. Gjennom bruk av KOR vises brukervedvirkning i praksis selv om denne form ikke er «vanntett». Terapeutene mener selv at de har på en annen måte enn før begynt å lære seg å lytte bedre til hva klientene har å si. Videre så erfarer informantene at å få regelmessig feedback er nyttig, slik at de kan endre kurs. Noen som ikke bruker KOR vil mene at man ikke trenger KOR for å bli bedre lyttere, men det terapeutene i studien erfarer er at KOR fungerer som et slags sikkerhetsnett som hjelper dem til å lytte til brukerperspektivet.

Selv om de fleste familieterapiretninger i dag i større grad vektlegger et samarbeid med familien enn tidligere, kan terapeuter fortsatt i sin maktposisjon være fristet å tro at de vet bedre enn familien. Imidlertid kan bruk av KOR gi en anerkjennelse til klienters egen mestring av kunne påvirke sin situasjon dvs. salutogenese (sense of coherence»). Terapeutene erfarer ofte at klientene gir høye skårer tilbake på SRS-skjemaet, men er usikre på hva dette skyldes. Selv om det skulle være tilfelle at klienter er forsiktige i å gi negative tilbakemeldinger, mener jeg at det allikevel ikke det er et argument for å la være å spørre klienter om deres meninger. Dette bl.a. med bakgrunn i terapeutenes mange erfaringer om at klientene, som har opplevd krenkelser og ikke blitt lyttet til. KOR er en tilnærming som er relativt ny i Norge og i feltet og bryter med gamle inngrodde vaner og tradisjoner om behandlingsforhold.

KOR som samtaleredskap.

Erfaringene viser også at KOR kan brukes som et samtaleredskap i familiebehandling. Når familiemedlemmene fyller ut skjemaene hver for seg og siden deler dette med de andre, fremkommer ny informasjon om hverandre som kan være nyttig når det gjelder å se den andres perspektiv. Selvfølgelig kan dette også gjøres uten skjema, men gjennom at alle fyller ut disse, får man en struktur der man i større grad sikrer barnas og ungdommens stemmer.

Videre er det også positive erfaringer med KOR når det gjelder å få med søsknens perspektiver på en enkel måte. Skjemaene kan også brukes for lettere å få frem klienters ønsker, håp for fremtiden. Det er også erfaringer med at ikke alle klienter ønsker å bruke KOR-skjema og terapeutene er da enige om å respektere dette. Her er det viktig å notere seg Duncan og Millers råd om at KOR ikke er enda en ny mirakelmetode som *skal* passe for alle.

Terapeuters endringsprosesser med KOR.

Fortellingene og diskusjonene viser at det å bli en klient- og resultatstyrt terapeut er en prosess der man hele tiden må lære seg og skaffe seg nye erfaringer. Flere har beskrevet en viss usikkerhet når de skulle gi seg ut på nye veier og bryte med gamle vaner. Terapeutenes egne refleksjoner om endringer viser at dette er noe som må arbeides inn over tid og det er en prosess å legge om sin praksis. KOR hjelper dem «å holde seg på sporet» og høre på klientenes meninger i større grad. På en slik måte sammenligner jeg denne tilnærming med begrepet «den reflekterende praktiker» etter Donald Schön (1987).

Utfordringer med KOR.

Terapeutene hadde flere erfaringer med at det kunne være utfordrende med KOR i situasjoner der foreldre har store samarbeidsproblemer. Jeg mener at dette er en utfordrende situasjon i seg selv og man får vurdere fra sak til sak i samråd med familien hvorvidt KOR -skjema her er nyttig eller ikke. En annen utfordring er i saker i forhold til barnevern, der det kan være barn/ungdom som utsettes for f.eks. vold eller omsorgssvikt. Her må ikke brukervedvirkning brukes slik at det går ut over svakere grupper. Andre utfordringer er også at terapeuter, som bruker KOR, kan trenge en å utvide sin «verktøykasse» med flere metoder, som kan tilpasses til klientenes ønsker.

Brukermedvirkning og KOR i et maktperspektiv.

Refleksjonene om erfaringer om brukervedvirkning og KOR utfordrer maktforhold om dominans og over- og underordning i systemet på flere nivåer. KOR-terapeuter må fortsatt være bevisste på skjulte maktforhold, selv om man «har steget ned fra tronen». Det er viktig at terapeuter ikke helt slår seg til ro med at med klientenes stemme har blitt hørt.

Brukermedvirkning kan lett bli et populært honnørord, men når det skal brukes i praksis kan det oppstå interessekonflikter i eget felt og i forhold til andre systemer. I feltene pågår en maktkamp om hvilken kunnskap og terapimetoder, som skal være gjeldende.

Familiebehandling kan få mulighet å styrke sin posisjon i feltet, når det viser seg at klientene

blir mer fornøyde og dette kan dokumenteres. Terapeutenes fagkunnskap er viktig og må brukes i samarbeid med klientenes egen kunnskap.

Bourdieu's teorier viser hvorfor innarbeidede vaner og holdninger tar så lang tid å forandre, selv om demokratiske prinsipper vektlegges. Som tidligere nevnt lagres etter Bourdieus begrep habitus våre erfaringer, tradisjoner, holdninger i kroppen og innebærer en slik dyp sosialisering at maktforhold lett blir tilsløret både hos klienter, terapeuter og samarbeidspartnere. Imidlertid er det bare ca. 10 år siden KOR ble introdusert i Norge og denne tilnærming begynner langsomt å spre seg til flere fagmiljøer. Det er f.eks. i gang et prosjekt nå der KOR innføres på alle familievernkontorer i Norge. Det arrangeres også nettverkskonferanser og kurs både i Norge og internasjonalt. Mange er positive og nysgjerrige, men det er på det rene at det også er en del skepsis og motstand. Det viser imidlertid at det er muligheter for forandring, selv om ting tar lengre tid enn vi først trodde.

Avslutning.

KOR er en måte å praktisere brukermedvirkning, men selvfølgelig ikke den eneste. Temaet har i denne oppgaven handlet om familierapeuters erfaringer med praksis og refleksjoner om brukermedvirkning og KOR i barne- og ungdomspsykiatrien. Jeg er klar over at jeg tatt meg for meg et begrenset perspektiv i at det kun er terapeuter og ikke brukere som har blitt intervjuet. Det hadde blitt en mer omfattende oppgave og jeg har vært nødt å begrense oppgaven. Imidlertid trengs det mer forskning på dette område f.eks. kunne det vært interessant å gjøre en lignende studie, men med brukere i fokusgrupper.

REFERANSER

- Andersen, Tom. 1991/ 1994. *Reflekterende prosesser. Samtal och samtal om samtalen*. Stockholm: Mareld.
- Andersen, Tom. 1996. Forskning av behandlingspraksis: Hva skal eller hva bør eller hva kan slik forskning være? *Fokus på familien*. no. 1: s. 3 -14.
- Andersen, Tom. 1999. Et samarbeid- noen kaller veiledning. I *Psykoterapiveiledning*, red. Michael Rønnestad og Sidsel Reichelt. Oslo: TANO Aschehoug.
- Anderson, Harlene og Harold A. Goolishian.1992. *Från påverkan till medverkan. Terapi med språkssystemisk synsätt*. Stockholm: Mareld.
- Anderson, Harlene. 2003. *Samtale, sprog og terapi. Et postmoderne perspektiv*. Oversatt av Mikal Arboe. København: Hans Reitzels forlag. Opprinnelig publisert som *Conversation, Language, and Possibilities*. (Basis books, 1997).
- Anker, Morten. 2010. *Client directed outcome informed couple therapy*. Avhandling for ph.d.-graden ved Universitet i Bergen.
- Anker, Morten, Barry L.Duncan, og Jacqueline Sparks. 2009. Using Client Feedback to Improve Couple Therapy Outcomes: A Randomized Clinical Trial in a Naturalistic Setting. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 4:693-704.
- Antonowsky, Aaron.1987. *Helbredets mysterium*. København: Hans Reitzels forlag.
- Asay, Ted. P. og Michael J. Lambert. 1999. The Empirical Case for the Common Factors in Therapy. I *The Heart &Soul of Change. What Works in Therapy*, red. Mark Hubble, Barry L Duncan og Scott D. Miller. Washington: American Psychological Association.
- Borg, Marit. 2009. Bedringsprosesser slik de leves i hverdagslivet: Brukererfaringer ved alvorlige psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 5: 452-459.
- Bourdieu, Pierre og Loic J.D. Vacquant.1995. *Den kritiske ettertanke*. Grunnlag for samfunnsanalyse. Oslo: Det Norske samlaget.
- Bourdieu. Pierre. 1996. *Symbolsk makt*. Oversatt av Annik Prieur. Oslo: Pax forlag A/S.
- Checcin, Gianfranco.1987. Hypothesizing, Circularity and Neutrality Revisted: an Invitasjon to Curiosity. *Family Process* 26: 405-413.
- de Shazer, Steve et.al. 1987. Korttidsterapi: Målrettet utvikling av af løsninger. *Fokus på familien*. Vol. 15: 25- 42.

- Duncan, Barry. 2007. Forord. I *Klienten- den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk Helsearbeid*, red. Asbjørn Kärki Ulvestad, Arne Kristian Henriksen, Anne Grethe Tuseth, og Tor Fjeldstad. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Duncan, Barry, og Scott Miller. 2000. *The Heroic Client. Doing client-directed outcome ó informed therapy*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Duncan, Barry, Jacqueline. A. Sparks, Scott. D. Miller, Robert. T. Bohanske og David A. Claud. 2006. Giving Youth a Voice: A Preliminary Study of the Reliability of a Brief Outcome Measure for Children, Adolescents and Caretakers. *Journal of Brief Therapy* 2: 71-88.
- Duncan, Barry og Jacqueline Sparks. 2008. *I felleskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Eliassen, Helge og Jakko Seikkula. (red.) 2006. *Reflekterende prosesser i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Gadamer, Hans-Georg. 1999. Forståelsens historisitet som det hermeneutiske problem. I *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*, red. Guhldal. J. og M. Møller. København: Dansk Gyldendal, 127-176.
- Haaland, Kirsti. R. 2005. *LØFT og narrativer i profesjonelle samtaler*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, Bente. 2010. *Fokusgrupper*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hallum, Eva. 2008. Barns syn på en barnepsykiatrisk undersøgelse. Hvorfor og hvornår er det viktig, at inndrage og høre barn i en børnepsykiatrisk undersøgelse? *Nordisk sosialt arbeid*. 3-4:222-232.
- Hertz, Søren. 2003. At arbeide systemisk i et diagnostisk felt. *Fokus på familien* 1:22-32.
- Hertz, Søren. 2008. *Børne -og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uanede muligheter*. København: Akademisk forlag.
- Hårtveit, Håkon og Per Jensen. 2004. *Familien-pluss èn. Innføring i familierapi*. 2. utgave. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hubble, Mark, Barry L. Duncan og Scott Miller (red.) 1999. *The Heart and Soul of Change. What Works in Therapy*. Washington DC: The American Psychological Association.
- Jones, Elsa. 1995. *Familierapi i systemperspektiv. Utviklingstendenser innen systemisk terapi etter Milanomodellen*. Oversatt av Gerdt Henrik Vedeler. København: Dansk psykologisk forlag. Opprinnelig publisert som Family Systems Therapy. Developments in the Milan-systemic therapies.

- Kvale, Steinar. 1997. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- McNamee, Sheila og Kenneth Gergen, 1992. *Therapy as social construction*. London: Sage Publications.
- Mæhle, Magne. 2000. Bruk av barnespesifikk kunnskap i familierterapi. *Fokus på familien*. 1:19-35.
- Morgan, Alice. 2000. *What is narrativ therapy? An easy-to-read introduction*. Adelaide: Dulwich Centre Publications.
- Pasopprapport nr. 3.- 2008. Foresattes vurderinger av tilbudet ved barn og ungdomspsykiatriske- klinikker i 2006. Resultater fra en nasjonal undersøkelse. Kunnskapscenteret. Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. www.kunnskapscenteret.no 05.05.12, kl.17.00
- Prieur, Annik og Carsten Sestoft. 2006. *Pierre Bourdieu. En introduktion*. København: Hans Reitzels forlag.
- Prochaska, James O. 1999. How Do People Change, and How can we Change to Help Many More people? I: *The Heart & Soul of Change. What works in Therapy?*, red. Mark Hubble, Barry L. Duncan og Scott D. Miller. Washington DC: American Psychological Association.
- Rober, Peter og Michael Seltzer. 2010. Avoiding Colonizer Positions in the Therapy Room: Some Ideas About the Challenges of Dealing with the Dialectic of Misery and Resources in Families. *Family Processes* 1:123-137.
- Schjødt, Borrik og Thor Aage Egeland. 1989. *Fra systemteori til familierterapi*. Oslo: TANO
- Schøn, Donald.A. 1987. *Educating the reflective practitioner*. San Francisco Oxford: Jossey Boss Publishers, kapitel. 2.
- Selvini- Palazolli, Mara, Luigo Boscolo, Gianfranco Cecchin og Guiliana Prata. 1980. Hypothezing ó Circularity - Neutrality: Three Guidelines for the Conductor of the session. *Family Process* 19:3-12.
- Skau, Grethe. 2003. *Mellom makt og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget AS. 3.utgave.
- Sosial- og helsedirektoratet. 2006. Plan for brukervedvirkning. *Mål, anbefalinger og tiltak i Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Bestillingsnr. IS-1315.
- Storm, Marianne. 2009. *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal, Norsk forlag AS.
- Sundet, Rolf. 2009. *Client directed, outcome informed therapy in an intensive family therapy*

- unit - A study of the use of research generated knowledge in clinical practice.*ö.
Avhandling for ph .d. - graden ved 14 des. 2009 .Psykologisk institutt ved
Universitetet I Oslo.
- Sundet, Rolf. 2011. Collaboration. Family and Therapists perspective of helpful therapy.
Journal of Marital Therapy. 2:236-249.
- Sundet, Rolf. 2010. Brukene vet hva som hjelper. Forskningsintervju. *Tidsskrift for Norsk
psykologforening.* 4:344-347.
- Sverdrup, Sidsel, L. B Kristofersen og T.M. Myrvold. 2005. *Brukermedvirkning og psykisk
helse.* NIBIR-rapport 2005:6.
- Thagaard, Tove. 2009. *Systematikk og innlevelse; en innføring i kvalitativ metode.* Bergen:
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tallman, Karen og Arthur C. Bohart. 1999. The Client as a common factor. Client as Self-
Healers. I *The Heart & Soul of Change. What Works in Therapy*, red. Mark Hubble,
Barry L. Duncan og Scott D. Miller. Washington DC. American Psychological
Assosiation.
- Tuseth, Anne-Grethe, Sverdrup, S., Hjort, H. & Friestad, C. 2006. *Å spørre den det gjelder.
Erfaringer med Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid.* Rapport, RBUP
Øst og Sør.
- Tuseth, Anne Grethe. 2007. Med 40 års klinisk forskning som veiviser. I *Klienten- den glemte
terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*, red. Asbjørn Kärki Ulvestad, Arne
Kristian Henriksen, Anne Grethe Tuseth, og Tor Fjeldstad. Oslo: Gyldendal
Akademisk.
- Tuseth, Anne- Grethe. 2007. Når klienten styrer behandlingen. *Tidsskrift for Norsk
Psykologforening.* 10:1218-1219.
- Ulvestad, Kärki og Arne Kristian Henriksen. 2007. I skyggen av elfenbenstårnet. I *Klienten ó
den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*, red. Asbjørn Kärki, Arne
Kristian Henriksen, Anne Grethe Tuseth, og Tor Fjeldstad. Oslo: Gyldendal
Akademisk.
- Valla, Birgit. 2010. Brukers medvirkning i psykoterapi-Behov for kompetanseutvikling.
Tidsskrift for Norske psykologforening, 4: 308-314.
- Vedeler, Gerdt Henrik. 2012. Familien som resurs i psykososialt arbeid, del II. *Fokus på
familien.* 1: 27- 48.
- Wilken, Lisanne. 2008. *PIERRE BOURDIEU.* Oversatt av Vebjørn F. Andreassen.

- Trondheim: Tapir Akademisk forlag. Opprinnelig publisert som *PIERRE BOURDIEU*. (Roskilde: Roskilde Universitetsforlag).
- White, Michael. 2000. *Reflections on Narrativ Practice*. Adelaide: Dulwich centre Publications.
- White, Michael. 2009. *Kart over Narrativ praksis*. Oversatt av E. Storsveen og K. Haugen Bakke. Oslo: Pax forlag A/S. Opprinnelig publisert som *Maps to Narrative ends*. (W.W. Norton, 2007).
- Aamodt, Laila. m.fl. 2011. *Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk. Norsk forlag.
- Aamodt, Ingerid. 2007. Hvorfor er brukerperspektivet radikalt? Hvorfor må vi være radikale? I *Klienten- den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*, red. Asbjørn Kärki Ulvestad, Arne Kristian Henriksen, Anne Grethe Tuseh, og Tor Fjeldstad. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Willig, Carla. 2008. *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Maidenhead, UK: Open University Press.

LOVER. - Kilde: www.helsebiblioteket.no ó Kvalitetsforbedring- Brukermedvirkning. Om lover og regler for brukermidvirkning. (2012-05-13 kl. 9.58).

- Lov om helseforetak. Lov 2001-06-15. Nr. 93. Kapitel 7 § 35.
- Lov om pasientrettigheter. Rundskriv IS- 12/2004.

Vedlegg 1

Skala for endringsvurdering – voksne (ORS)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Kan du hjelpe oss å forstå hvordan du har hatt det den siste uken (eller etter siste samtale) inkludert dagen i dag, ved å vurdere disse områdene i livet ditt?

Et merke mot venstre betyr dårlig og mot høyre betyr bra.

Personlig:

(Hvordan jeg har det med meg selv)

|-----|

Mellommenneskelig:

(Partner, familie, og nære relasjoner)

|-----|

Sosialt:

(Arbeid, skole, venner)

|-----|

Generelt:

(Generell opplevelse av hvordan jeg har det)

|-----|

Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

© 2000, Scott D. Miller and Barry L. Duncan
Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Lisensiert kun for personlig bruk

Vedlegg 2

Skala for samtalevurdering – voksne (SRS V.3.0)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Kan du gi en vurdering av samtalen i dag ved å sette et merke på linjene slik det best passer din egen opplevelse.

Relasjonen:

Jeg opplevde *ikke* at jeg ble hørt, forstått og respektert.

|-----|

Jeg opplevde at jeg ble hørt, forstått og respektert.

Mål og tema:

Vi snakket *ikke* om det jeg ville snakke om, og arbeidet *ikke* med det iea ville arbeide med.

|-----|

Vi snakket om det jeg ville snakke om og arbeidet med det jeg ville arbeide med.

Tilnærming eller metode:

Måten vi arbeider på passer *ikke* så godt for meg.

|-----|

Måten vi arbeider på passer godt for meg.

Generelt:

Det manglet noe i samtalen i dag.

|-----|

Som helhet var samtalen i dag bra for meg.

Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

© 2002, Scott D. Miller, Barry L. Duncan, & Lynn Johnson

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Lisensiert kun for personlig bruk

Vedlegg 3

Skala for endringsvurdering – barn og unge (CORS)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____
Hvem fyller ut skalaen? Kryss av: Barnet _____	Foresatt _____
Hvis foresatte fyller ut; hva er din relasjon til barnet? _____	

Hvordan har du det? Hvordan går det i livet ditt? Kan du å hjelpe oss å forstå ved å sette et merke på linjene nedenfor. Det går bedre jo nærmere du setter merket det blide fjeset, og det går dårligere jo nærmere du setter merket det sure fjeset. *Dersom du er foresatt, fyll da ut skalaen slik du tenker barnet har det.*

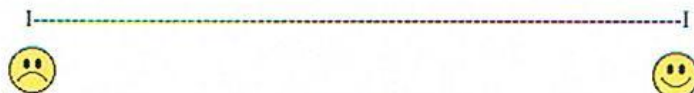
Meg selv
(Hvordan jeg har det)



Familien
(Hvordan jeg har det i familien min)



Skolen, venner
(Hvordan jeg har det på skolen og med venner)



Alt i alt
(Hvordan jeg har det alt i alt)



Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Anne-Grethe Tuseth. (anne.tuseth@r-bup.no)
© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks

Lisensiert kun for personlig bruk

Vedlegg 4

Skala for samtalevurdering - barn og unge (CSRS)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Hvordan var det å være her i dag? Kan du sette en strek på linjene nedenfor for å vise oss hva du synes.

Å bli hørt

Hørte ikke så godt på meg.  |-----|  Hørte godt på meg.

Hvor viktig

Det vi gjorde og snakket om var ikke så viktig for meg.  |-----|  Det vi gjorde og snakket om var viktig for meg.

Det vi gjorde

Jeg likte ikke det vi gjorde i dag.  |-----|  Jeg likte det vi gjorde i dag.

Alt i alt

Jeg ønsker å gjøre noe annet.  |-----|  Jeg håper vi kan gjøre noe lignende neste gang.

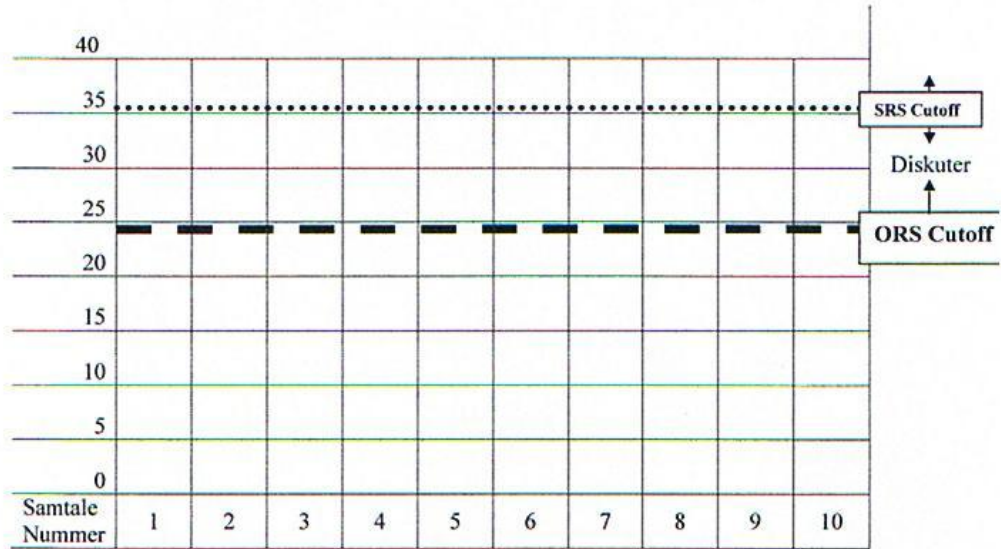
Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, Jacqueline A. Sparks
Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Anne-Grethe Tuseth. (anne.tuseth@r-bup.no)

Lisensen kun for personlig bruk

Vedlegg 5



Lisensiert kun for personlig bruk

Vedlegg 6

FORESPØRSEL TIL TERAPEUTER MED ERFARING FRA KLIENT OG RESULTATSTYRT PRAKSIS (KOR) I FAMILIEBEHANDLING OM Å DELTA I EN FOKUSGRUPPE.

TEMA:

“BRUKERMEDVIRKNING I FAMILIEBEHANDLING-MED KLIENT OG RESULTATSTYRT PRAKSIS (KOR) SOM EKSEMPEL.”

Målet med undersøkelsen er å undersøke terapeuters erfaringer med brukermedvirkning i familiebehandling. Metodisk vil undersøkelsen ta utgangspunkt i “Klient og resultatstyrt praksis” og undersøke på hvilken måte en slik tilnærming oppleves å være nyttig i familiesamtaler/behandling og i samarbeidet mellom familiemedlemmene og terapeuten.

Jeg ønsker å kontakte dere for en samtale om dette tema. Samtalen vil ta ca 1.5 time. Tidspunkt og sted tilpasser jeg etter behov.

Deltagelsen er frivillig og dere kan når som helst trekke dere. Alle opplysninger blir behandlet konfidensielt. Det vil ikke bli presentert opplysninger fra undersøkelsen/intervjuene som kan tilbakeføres til enkeltpersoner. Alle data blir anonymisert når prosjektet er ferdig slik at opplysningene i sluttproduktet ikke kan tilbakeføres til person.

Med vennlig hilsen

Margareta Lewis
Klinisk sosionom /Familieterapeut
Ambulant Familieenhet/BUP

INFORMASJONSKRIV MED FORESPØRSEL VEDRØRENDE DELTAGELSE I FOKUSGRUPPE I FORBINDELSE MED MASTEROPPGAVE.

Jeg er en masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven i Familiebehandling. Temaet for oppgaven er " Brukermedvirkning i familiebehandling med Klient og resultatstyrt praksis (KOR) som eksempel -terapeuters erfaringer". Jeg ønsker å undersøke på hvilken måte en slik tilnærming oppleves å være nyttig i familiesamtaler/behandling og hvilke muligheter det kan gis til et bedre samarbeide mellom klient og terapeut. Jeg er også interessert i å finne ut om hva slags forskjellige erfaringer terapeuter har gjort med denne tilnærming i møte med familier.

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervju familieterapeuter med erfaring av å bruke KOR og som jobber i Barne- og ungdomspsykiatrien. Jeg ønsker å gjøre intervjuene i form av fokusgruppeintervjuer med ca. 6 deltakere i hver og der deltakere vil få mulighet å utveksle erfaringer om hvilke refleksjoner de har gjort seg etter å ha brukt KOR. I Fokusgruppen kan det bli mulighet for å få frem nye refleksjoner og kunnskap om denne tilnærming.

Spørsmålene vil dreie seg om erfaringer av brukermedvirkning med bruk av KOR og om veien/prosessen til å bli en "Klient og resultatstyrt terapeut". Andre spørsmål som også ønskes å bli belyst, er om hvordan terapeuter i et maktperspektiv finner balanse mellom sin egen fagkunnskap og familiens erfaringskunnskap.

I tillegg til en fokusgruppeintervju, vil jeg også spørre om jeg kan få gjøre en individuell intervju med noen av deltagerne i etterkant for å utdype noen av spørsmålene.

Jeg vil bruke båndopptaker og ta notater under intervjuene. Fokusgruppeintervjuene vil ta ca. 1.5 time etter avtalt tid.

Det er frivillig å være med og du har mulighet å trekke deg når som helst underveis, uten å måtte begrunne dette nærmere. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Jeg er underlagt taushetsplikt og alle data behandles konfidensielt. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, innen utgangen av 2012.

Hvis du har noen spørsmål kan du enten kontakte meg eller min veileder professor Nicole Hennum ved Høgskolen i Oslo/Akershus. Prosjektet er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS(NSD).

Dersom du har lyst å være med på intervjuet, er det fint om du skriver på vedlagte samtykkeerklæring og sende den til meg så snart som mulig.

Med vennlig hilsen

Margareta Lewis

Masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus

Tfn. 99713561 eller 415 94 004.

Vedlegg 8

SAMTYKKEERKLÆRING

"BRUKERMEDVIRKNING I FAMILIEBEHANDLING- MED KLIENT OG
RESULTATSTYRT PRAKSIS (KOR) SOM EKSEMPEL." TERAPEUTERS ERFARINGER.

Jeg samtykker med dette å delta i overnevnte undersøkelse/ fokusgruppe ut
fra de kriterier som er beskrevet i vedlagte informasjonsskriv.

Jeg kan når som helst trekke tilbake mitt samtykke.

Sted:

Dato:

Underskrift:

Vedlegg 9

INTERVJUGUIDE TIL FOKUSGRUPPE

Hva skjer i familiebehandling når man benytter seg av KOR i forhold til:

- -Brukermedvirkning?
- -Samarbeid mellom terapeut og familie?
- -Samspill og forandring i familien?
- Hvordan vil dere beskrive deres prosess til å bli en klient og resultatstyrt terapeut?

BRUKERMEDVIRKNING:

- Kan dere diskutere hva dere legger i begrepene Klient og resultatstyrt terapi/praksis - KOR og brukermedvirkning?
- Hvordan synes dere KOR fungerer som et hjelpemiddel til brukermedvirkning? Styrke /svakheter?
- Har bruk av KOR forandret deres praksis å utøve familiebehandling?
- Hva slags utfordringer har dere møtt?
- Kan dere i korthet si noe om fordeler/ ulemper med KOR? Har dere i dere praksis hatt noen betenkeligheter? F. eks latt vare å bruke KOR?

SAMARBEID MELLOM TERAPEUT OG FAMILIE:

- Diskuter hvor lett /vanskelig det kan være for klienter å være ærlige til dere i sine tilbakemeldinger? Er det forskjell når det er en familie?
- Hva slags forskjellige reaksjoner, positive og/eller negative har dere fått fra familiene ved å bruke KOR?
- Hvordan er det for dere å få tilbakemeldinger om dere som terapeuter og deres behandling?
- Har KOR medvirket til at dere ser annerledes på forholdet mellom terapeuters fagkunnskap versus klientens/familiens egen private kunnskap? Hvordan virker dette i et felt som barne- og ungdomspsykiatri?
- Hva opplever dere som en god samarbeidsrelasjon mellom klient og terapeut? Hvordan tror dere familiene opplever det?

SAMSPILL OG FORANDRING I FAMILIEN:

- Hvordan virker KOR i forhold til familierapi f.eks. mht til å få til forandringer i et familiesystem. Kan KOR bringe inn ny informasjon eller nye tanker i familierapien ved å bruke KOR? - Hvorvidt kan dette ha innvirkning problemene familien ønsker hjelp med?
- Hvordan er deres erfaringer med KOR når det gjelder å ivareta familiemedlemmers forskjellige perspektiver?

Vedlegg 10

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Nicole Hennem
Avdeling for samfunnsfag
Høgskolen i Oslo
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 OSLO

Vår dato: 18.08.2011

Vår ref: 27387 / 3 / MAB

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.06.2011. All nødvendig informasjon om prosjektet forelå i sin helhet 17.08.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

27387	<i>Familiebehandling med klient og resultatstyrt terapi - terapeuters erfaringer</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Nicole Hennem</i>
Student	<i>Margareta Lewis</i>

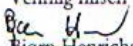
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.08.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingene av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Hennrichsen


Marte Bertelsen

Kontaktperson: Marte Bertelsen tlf: 55 58 33 48
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Margareta Lewis, Nedre Åsvei 2 A, 1341 SLEPENDEN

Avdelingskontorer / District Offices

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrr.swaris@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uio.no

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 27387

Formålet med prosjektet er å undersøke terapeuters erfaringer og refleksjoner om familiebehandling med hjelp av Klient og resultatstyrt terapi (KOR) og undersøke på hvilken måte en slik tilnærming oppleves være nyttig i samarbeid med familier.

Utvalget består av familierapeuter i barne- og ungdomspsykiatri som har erfaring med bruk av KOR i familiebehandling. Til sammen ca. 20 personer.

Det gis skriftlig informasjon og innhentes skriftlig samtykke. Revidert informasjonsskriv, mottatt av ombudet 17.08.2011, finnes tilfredsstillende.

Det registreres ikke personopplysninger om 3. person (konkrete brukere) i prosjektet.

Ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i publisering fra prosjektet.

Prosjektslutt er 01.08.2012. Ved prosjektslutt skal lydopptak slettes og datamaterialet anonymiseres. Med anonymisering menes at direkte personidentifiserbare opplysninger som navn slettes, og at indirekte personidentifiserbare opplysninger som alder, kjønn, og arbeidssted, endres eller slettes.