



Brukermedvirkning i MST

En kvalitativ studie av foreldres opplevelser av brukermedvirkning i MST-behandlingen.

Elin Guttormsen

VID vitenskapelige høgskole

Campus Oslo

Masteroppgave

Master i Familieterapi og systemisk praksis

Antall ord: 26633

30 oktober 2020

Sammenheng

I denne kvalitative studien undersøkes foreldres opplevelser med brukermedvirkning i MST-behandling. Den tar for seg både hvordan foreldrene forstår begrepet brukermedvirkning og hvordan de beskriver sine opplevelser av brukermedvirkning.

Den overordnede problemstillingen har vært:

«Hvordan beskriver foreldre sine opplevelser av brukermedvirkning i MST-behandlingen?»

Det ble gjennomført fire kvalitative semistrukturerte intervju av foreldre som hadde avsluttet MST-behandling i løpet av det siste halvåret.

Malteruds tekstkondensering brukt som analysemetode for å utforske problemstillingen og følgende forskningsspørsmål:

- Hva forstår foreldre med begrepet brukermedvirkning?
- Hvordan har de hatt påvirkning/brukermedvirkning i MST-behandlingen?
- Opplever foreldrene brukermedvirkning som viktig?
- Hva oppnår de med brukermedvirkning?

I studien fremkommer tydeligst følgende funn: Foreldrene har en uklar begrepsforståelse. Etter å ha fått en definisjon av begrepet kan de likevel beskrive tydelige opplevelser av brukermedvirkning i MST, og anser det som betydningsfullt. Foreldrene fremhever en relasjon preget av tillit og anerkjennelse som en forutsetning for brukermedvirkning. De opplever brukermedvirkning som tilpasning til eget ståsted i form av at egne historier, problemforståelse og meninger blir tillagt vekt. Brukermedvirkning knyttes også nært til opplevelsen av at terapeuten kjenner hele familien godt. Foreldrene forteller uoppfordret om manglende brukermedvirkning i møte med andre instanser som en kontrast til brukermedvirkning i MST. Denne rekapituleringen av tidligere erfaringer bidrar til å tydeliggjøre begrepets innhold for dem. Foreldrene beskriver et sterkt eierskap til både behandlingens prosess og resultater, og knytter dette til brukermedvirkning. De tematiserer videre spørsmålet om en grense for brukermedvirkning i at de ikke ønsker å styre for mye selv, men kjenner behov for en ekspert som har mer erfaring og fagkunnskap enn de selv.

I studiens diskusjonskapittel drøftes betydningen av kjennskap til begrepet og på hvilken måte et begrep som brukermedvirkning kan gis et klart innhold og sikres i MST-behandling.

Videre drøftes brukermedvirkning opp mot begrepene eierskap, makt og empowerment. Drøftingen gjøres innen et systemteoretisk rammeverk.

Det kan ikke trekkes bastante konklusjoner på bakgrunn av studiens funn. Deltakerne har imidlertid bidratt med viktig informasjon om hvordan de erfarer og forstår et komplisert begrep og fenomen. Studiens funn kan gi mulighet for gjenkjennelse og sammenligning, og dermed bidra til økt bevisstgjøring rundt bruken av begrepet. Gjennom drøftingen understrekes også behovet for flere studier rundt brukermedvirkning.

Nøkkelord: Brukermedvirkning, MST, medvirkning, foreldres deltagelse, barnevern.

Studiens veileder: Hans Christian Michaelsen

Summary

The present qualitative study examines parents' experiences of user participation in MST-treatment. The study explores how the parents understand the concept as well as how they describe their experiences of user participation. The overarching question is:

“How do parents describe their experience of user participation in MST-treatment?”

Four semi-structured interviews were conducted with parents who had completed MST-treatment within the last six months.

Malterud's text condensation is chosen as analytic method in exploring the issue and the following research questions:

- How do parents understand the concept of user participation?
- In what ways have they experienced user participation in the MST-treatment?
- Do they see user participation as important?
- What do they achieve through user participation?

The most prominent findings are as follows:

The parents' understanding of the concept is vague. Still, when the concept is defined, they can describe distinct experiences of user participation i MST, and they view it as significant.

The parents emphasize a relation characterized by trust and recognition as a prerequisite for user participation. They experience user participation as the adaptation of the treatment to their own situation, in the sense that their stories, understandings and opinions are considered important. User participation is also seen as strongly linked to the therapist being perceived as someone who knows the entire family well.

The parents spontaneously talk about experiences of lack of user participation in past encounters with public bodies, as a contrast to their present experiences within the MST-treatment, and such recapitulations help to clarify the content of the concept. The parents describe a strong sense of ownership regarding the treatment process and its results, something which they see as linked to user participation. They also raise the issue of potential limits to user participation and not wanting to be too much in charge, seen against a perceived need for expert support from a more knowledgeable and experienced professional.

In the discussion, the importance of a clear understanding of the concept is discussed, as well as how the concept can be anchored and given a clear meaning within MST-treatment. Also, user participation is discussed in relation to the concepts of ownership, power, and empowerment. The discussion is held within the framework of systemic therapy.

Firm conclusions cannot be drawn based on the findings in the study. The participants have, however, provided important information about how they experience and understand a complicated concept and phenomenon. The findings in the study may invite recognition and comparison and thus contribute to increased awareness concerning the concept of user participation. Also, the study points to the need for further studies in the field of user participation.

Key words: User participation, MST, participation, parent's participation, child welfare.

Supervisor: Hans Christian Michaelsen

Forord

Årene på mastergradsstudiet i familieterapi og systemisk praksis har vært utrolig lærerike og spennende år for meg. De har gitt en sjelden mulighet til et dybdedykk i et fagfelt jeg er opptatt av, og ikke minst en grundig utforsking av meg selv som person og terapeut. I løpet av de fire årene på studiet har jeg jobbet 100%, flyttet og fått barn nummer to. Jeg så fram til hver eneste studieuke med faglig påfyll og møte med nye venner, mens det siste året med oppgaveskriving på egenhånd ble langdrygt og vanskelig som travel småbarnsmamma. Jeg kan si jeg er glad jeg har prioritert som jeg har gjort med tid til både master og livet utenom, og er fornøyd med å endelig være i mål. Å skrive masteroppgaven har vært interessant og lærerikt og bidratt til mange gode refleksjoner rundt eget arbeid, og diskusjoner med kolleger.

Først vil jeg takke foreldrene som stilte opp og lot seg intervjuet til denne undersøkelsen, og åpent og ærlig delte om deres opplevelser i MST-behandlingen.

Takk til veileder Hans Christian Michaelsen for gode råd, nyttige innspill og støtte på veien mot målet.

Takk til Eli-Anne som ofret en sommernatt i ferien sin for å kaste ball med meg om familieterapi og brukermedvirkning.

Takk til mine snille foreldre som alltid har tid til barnabarna så mamma får skrive litt i fred.

Takk til Stig for nøye gjennomlesning, gode innspill og korrektur.

Og takk til alle gode venner som har heiet på meg fra sidelinjen.

Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	9
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	9
1.2 Hensikt, relevans og problemstilling	10
1.2.1 Hensikt med studien.....	10
1.2.2 Studiens relevans for fagfeltet og samfunnet	10
1.2.3 Problemstilling.....	11
1.3 Avgrensning av studien	12
1.4 Kontekst og begrepsavklaring	12
1.4.1 Familien som offentlig prosjekt.....	12
1.4.2 Hva er MST?.....	13
1.4.3 Brukermedvirkningens opphav og juridiske forankring	14
1.4.4 Definisjon av brukermedvirkning	15
1.4.5 Individuell og kollektiv medvirkning.....	15
1.4.6 Ulike nivåer av medvirkning	16
1.4.7 Brukerstyring	17
1.5 Oppgavens oppbygning	18
2 Teori.....	19
2.1 Systemteori.....	19
2.1.1 Kontekst.....	20
2.1.2 Sirkularitet	20
2.1.3 Relasjoner	21
2.1.4 Sosialkonstruksjonisme	21
2.1.5 Samarbeidsorientert og språkssystemisk tilnærming.....	22
2.1.6 Strukturell terapi	23
2.2. Makt	24
2.2.1 Diskurs	24
2.3. Empowerment.....	25
2.4 Relevant forskning.....	26
2.5 Oppsummering.....	31
3 Metode	32
3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted	32
3.1.1 Fenomenologi.....	32
3.1.2 Hermeneutikk.....	33

3.2 Kvalitativ metode	34
3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju.....	35
3.3 Utvalg og rekruttering	36
3.4 Gjennomføring av pilotintervju og intervju.....	37
3.5 Transkripsjon	38
3.6 Analysemetode.....	39
3.6.1 Helhetsinntrykk : aktuelle temaer	40
3.6.2 Identifisere meningsbærende enheter	40
3.6.3 Kondensering: abstraksjon av innholdet i de meningsbærende enhetene	41
3.6.4 Å sammenfatte betydningen av analysen	41
3.7 Etske hensyn og betraktninger	42
3.8 Forforståelse og forskerens rolle.....	45
3.9 Validitet og reliabilitet.....	47
3.10 Oppsummering.....	50
4 Funn.....	51
4.1 Uklar begrepsforståelse, men klar opplevelse	52
4.1.1 Uklar begrepsforståelse.....	52
4.1.2 Klare opplevelser av brukervedvirkning.....	53
4.1.3 Brukervedvirkning oppleves som betydningsfullt.....	54
4.1.4 Opplevelse av eierskap til prosessen og resultatene	54
4.1.5 Brukervedvirkning i MST sammenlignet med tidligere opplevelser av fravær av brukervedvirkning i møte med andre instanser	55
4.2 Behandling med utgangspunkt i eget ståsted gir bedre tilpasset behandling	57
4.2.1 Foreldrene kjenner familien sin best, og terapeuten må bli kjent med familien for å kunne hjelpe	57
4.2.2 Når det blir tatt hensyn til foreldrenes egen forståelse, egne meninger og egen historie, gir det økt tillit og trygghet, og bedre tilpasset behandling	59
4.3 Balansegang mellom egen styring og behov for ekspert	60
4.3.1 Stor grad av brukervedvirkning er nødvendig, men ingen ønsker å styre alt selv.....	60
4.3.2 Behov for en ærlig ekspert med utenfrablakk og fylldig verktøykasse.....	61
4.4 Oppsummering av funnene.....	62
5 Drøfting.....	64
5.1 Avgrensning	64
5.2 Brukervedvirkning - et uklart begrep.....	64
5.2.1 Hvem bør kjenne til begrepet?.....	65

5.3 Opplevelse av brukermedvirkning.....	68
5.3.1 Trygg relasjon som forutsetning for brukermedvirkning	68
5.3.2 Anerkjennelse som forutsetning for brukermedvirkning.....	69
5.3.3 Når brukermedvirkning mangler	70
5.3.4 Brukermedvirkning som tilpasning til familiens ståsted	73
5.3.5 Eierskap og makt	74
5.4 Behovet for en ekspert.....	76
5.4.1 Brukermedvirkningens grense.....	76
5.4.2 Empowerment.....	78
5.5 Brukermedvirkning og skreddersøm i MST	80
5.6 Oppsummering.....	81
6 Avslutning	83
6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning	83
6.2 Undersøkelsens begrensninger	83
6.3 Avsluttende kommentar.....	84
Referanseliste.....	86
Vedlegg.....	94

1 Innledning

Vi lever i et samfunn og en tid hvor demokrati og likhet er fremtredende verdier, og hvor respekt for det enkelte mennesket og dets egne ressurser har blitt mer og mer styrende for hjelpetjenestene i samfunnet. Brukermedvirkning har inngått som en sentral del i Sosial- og Helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i tjenestene. Dette har utfordret den tradisjonelle posisjonen som mange behandlere tradisjonelt har hatt, hvor leger, psykologer og terapeuter i ulike hjelpetjenester med sin autoritet har hatt den ubestridte kunnskap om hva som er den beste behandling og hjelp for brukeren. Brukerne selv har i liten grad hatt påvirkning på egen behandling. Gjennom et økt fokus på menneskerettigheter med vekt på enkeltmenneskets autonomi, har brukeren fått en stadig sterkere posisjon i møte med hjelpetjenestene. Samtidig har forskning på terapi og jakten på hva som skaper endring økt fokuset på brukerens egne ressurser og ønsker. Som ansatt i hjelpetjenestene har jeg blitt nysgjerrig på hvordan brukermedvirkning ivaretas i disse tjenestene. Det er bred ideologisk oppslutning om brukermedvirkning, men vi vet lite om hvordan det fungerer i praksis, og hvordan det oppleves av brukeren selv. Blir deres opplevelser og ønsker lyttet til, og i hvilken grad har de innflytelse? Jeg undres på om hjelperne klarer å ivareta en balanse mellom å intervensere i brukerens liv og ivareta brukerens autonomi og styring.

I denne studien retter jeg oppmerksomheten mot foreldre som brukere i Multisystemisk terapi (MST). Det er nærmere bestemt foreldrenes opplevelse av brukermedvirkning gjennom MST-behandlingen jeg ønsker å undersøke. Jeg ønsker å få vite hva foreldrene selv forstår med begrepet brukermedvirkning, og hvordan de har opplevd det i behandlingen. Videre er jeg nysgjerrig på hvilken betydning foreldre tenker at brukermedvirkning har, og hva de tenker de oppnår med det.

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Jeg har jobbet i MST-tiltak i Barne,- ungdoms-, og familieetaten (Bufetat) i over 11 år. MST er en multisystemisk behandlingsform for familier med ungdommer som viser alvorlige atferdsproblemer. Flere ganger har jeg hørt kritiske røster uttale seg om denne manualbaserte behandlingen og hevde at den gir lite rom for tilpasning. Samtidig hevdes det innen miljøet at MST «skreddersyr» behandling spesielt tilpasset den enkelte familie eller klient. Som MST-terapeut kjenner jeg godt til hvordan vi etterstreber å tilpasse behandlingen

til de behovene familiene har, men også hvordan vi bruker veldig like intervensjoner om igjen i møte med lik problematikk. I møte med familiene som lykkes i sin behandling, opplever jeg at de mot endt behandling ofte setter ord på verdien av at de selv har opplevd å bidra til endringene og har fått et eierskap til det de har vært med på. Jeg er nysgjerrig på om denne «skreddersømmen» muligens handler om hvordan familiene opplever sine behov som hørt, og opplever egen medvirkning i behandlingen. Det er en sterk trend innen all behandling i Bufetat at vi skal etterstrebe høy grad av brukermedvirkning. Dette gjelder også i MST. Med dette som utgangspunkt ble jeg nysgjerrig på hvordan brukerne selv opplever sin medvirkning. Hvorfor er brukermedvirkning viktig, og hva oppnår man egentlig med det?

1.2 Hensikt, relevans og problemstilling

1.2.1 Hensikt med studien

Hensikten med denne studien er å komme nærmere inn på brukermedvirkningen i praksis og få en bedre forståelse og dypere innsikt i hvordan brukerne selv forholder seg til fenomenet. Brukermedvirkning er et begrep som handler om brukerne selv og deres aktive deltagelse. Jeg er nysgjerrig på hvor levende dette begrepet er for foreldrene som det skal komme til gode, om de er opptatt av det, og hva de legger i det. Det er dermed foreldrenes perspektiver, kunnskap og opplevelser som legges til grunn her. Jeg håper at denne undersøkelsen kan bidra med mening og innhold til fenomenet, sett fra foreldrenes perspektiv.

1.2.2 Studiens relevans for fagfeltet og samfunnet

Gjennom en kvalitativ undersøkelse av hvordan foreldrene som brukere selv opplever sin medvirkning, ønsker jeg å bidra med ny kunnskap som kan være nyttig både for MST-tiltaket og hvordan den enkelte terapeut utøver sitt arbeid og fyller sin rolle. Med denne studien håper jeg å gi et lite dybdedykk i brukernes egne opplevelser rundt brukermedvirkning, og slik bidra til at begrepet får et tydeligere innhold. Dette kan bidra til at flere ser behovet for brukerundersøkelser, samt økt bevissthet om betydningen av å sikre at brukerne har en god forståelse av begrepet og er bevisst sine muligheter til å medvirke. Økt kunnskap hos brukerne om muligheter for medvirkning vil også kunne ha betydning for hvordan brukerne

inkluderes i de ulike tjenester som ytes, og kan utvikle brukermedvirkningens plass i samfunnet. Det kan også bidra til å utjevne maktbalansen i ekspert-bruker-relasjoner.

1.2.3 Problemstilling

For å finne svar på de temaene jeg er nysgjerrig på, var det viktig å ha en problemstilling som er åpen nok til å få tak i informantenes opplevelser og tanker rundt temaet. Jeg ønsket å gå i dybden og la informantenes fortellinger få styre nok til å få frem det som er viktig for dem. Samtidig var det viktig å snevre inn tilstrekkelig til at prosjektet ikke blir for omfattende, men er gjennomførbart innenfor de gitte rammer for et masterprosjekt.

Dette førte meg frem til problemstillingen:

Hva sier foreldre som har mottatt MST-behandling om opplevelse av brukermedvirkning?

Denne problemstillingen vektlegger foreldrenes opplevelse. Den er vid, og utdypes i fire forskningsspørsmål.

De mer avgrensede forskningsspørsmålene jeg ønsket svar på er:

1. Hva forstår foreldrene med begrepet brukermedvirkning?
2. Hvordan har de hatt påvirkning/brukermedvirkning i MST-behandlingen?
3. Opplever foreldrene brukermedvirkning som viktig?
4. Hva oppnår de med brukermedvirkning?

Jeg har valgt kvalitativ metode og nærmere bestemt semistrukturerte intervjuer med foreldrene for å få datamateriale til undersøkelsen min. Videre har jeg valgt Malteruds tekstkondensering som analyseverktøy. Forskningsspørsmålene har vært veiledende for utarbeidelse av intervjuguide, men er underordnet i analyseprosessen frem til resultatene. Jeg har ønsket å være meg min forforståelse bevisst og være åpen for hva datamaterialet gir meg av funn, og ikke styrt videre av forskningsspørsmålene.

1.3 Avgrensning av studien

I utforskning av begrepet brukermedvirkning er det viktig å avklare hvem brukeren er. I MST-tiltaket gis behandlingen til en hel familie, men det er foreldrene som i første rekke styrer arbeidet og gjennomfører intervensjonene med veiledning fra terapeuten, selv om det er ungdommen som er «symptombæreren» for atferdsproblemene. Grunnen til at jeg har valgt å spørre foreldrene om brukermedvirkning og ikke ungdommene, er for det første at jeg av hensyn til oppgavens omfang trengte å avgrense datamaterialet og antall informanter. For det andre er MST et foreldrestøttende eller familiestyrkende tiltak hvor man ofte arbeider med ungdommens atferdsproblematikk gjennom foreldrene, og i mindre grad direkte med ungdommen. En stor del av intervensjonene er rettet mot foreldreferdigheter eller samspillsmønstre og relasjon mellom foreldre. Ungdommen innvies ikke alltid i dette, men det kan ha stor indirekte betydning for dem også. Videre valgte jeg å avgrense studien til å gjelde foreldrenes opplevelser, og ikke gå nærmere inn i MST sine manualer og retningslinjer for å undersøke hvordan brukermedvirkning blir ivaretatt. Jeg ønsket å holde meg innenfor det fenomenologiske og la foreldrenes perspektiver og opplevelser være i fokus. Jeg ønsket heller ikke å vurdere årsaksforhold ut fra MST-modellen, eller gå inn i terapeutenes virkemåte. Dette er også for å skape en viss distanse til min egen rolle som MST-terapeut, slik at jeg ikke går inn i diskusjoner rundt sider jeg har kjennskap til gjennom mitt yrke, men holder meg til skriftlige kilder og foreldrenes opplevelser.

1.4 Kontekst og begrepsavklaring

1.4.1 Familien som offentlig prosjekt

Sammenlignet med familielivet på 50 og 60 tallet har dagens familier blitt et offentlig prosjekt i større grad enn før. Familiens indre liv, barneoppdragelse og problemløsning har blitt et viktigere offentlig tema. Flere offentlige eksperter har overtatt mange av de oppgavene som tidligere ble løst i familien og det sosiale felleskapet i samfunnet. Eksempler er barnehage, skole, helsestasjon og barnevern. Tidligere tok foreldre sine valg på bakgrunn av tradisjon for barneoppdragelse, mens de nå gjør valg på bakgrunn av tilgjengelig informasjon og forventninger. Vår tids samfunnsstruktur gjør samtidig barna mer avhengig av foreldrenes evner, økonomi, og overskudd. I foreldrerollen stilles man ovenfor mange

valg og oppgaver. Det er en kulturell forventning til foreldrene, om et ansvar og en plikt om å ruste barna for fremtiden. Denne oppgaven er mer omfattende enn før, samtidig som det offentlige tar over en del av ansvaret for oppdragelsen og svekker foreldrenes autoritet (Haughem, 2013, s. 25-33; Eng & Kjøbli, 2017, s. 21-24).

1.4.2 Hva er MST?

Multisystemisk terapi er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom mellom 12 og 18 år med alvorlige atferdsvansker. Behandlingen fokuserer på de ulike systemene i den unges liv, og søker å finne årsaksfaktorer og opprettholdende faktorer for problematferden, som kan påvirkes slik at endring oppstår. Problematferd som fører til henvisning til MST kan for eksempel være konflikter mellom foreldre og ungdom, at ungdommen er voldelig eller aggressiv, utøver kriminelle handlinger, har problemer på skolen, ruser seg eller har venner som har uheldig innflytelse på ungdommen (Christensen, et al., 2017, s. 47-51; Henggeler, et al., 2009). MST legger vekt på å øke varmen og omsorgen i familien og endre fastlåste kommunikasjonsmønstre. Gjennom endring i samspill i familien søker man å hjelpe familien til å være den utviklingsfremmende basen som ungdommene trenger for sin utvikling. Foreldrene sees på som de viktigste «forandringsagentene», og det tas utgangspunkt i at den beste måten å hjelpe ungdom på er gjennom å hjelpe foreldrene og familien deres. Foreldrene hjelpes til selv å bruke sine egne og ungdommens sterke sider og gjennom dette utvikle de ressurser og ferdigheter de trenger for å løse sine utfordringer i samarbeid med systemene rundt (Christensen et.al, 2017, s. 48; Mikkelsen, 2005, s. 193-195). I vurdering av hvor tilfredsstillende behandlingen fungerer, blir det sett på endring i ungdommens atferd som den viktigste indikatoren (Henggeler et al.,2009). I tillegg til foreldrestøttende og familiebevarende arbeid samarbeider terapeuten og foreldre tett med andre involverte samarbeidspartnere i ungdommens sosialøkologi. Terapeuten er del av et team på 3-4 terapeuter og en veileder. Teamet og veileder har ukentlig veiledning, samt konsultasjon med en konsulent fra Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU, tidligere Atferdssenteret) som kvalitetssikrer arbeidet og sikrer at metoden følges. Behandlingen er intensiv og varer i 3-5 måneder. Terapeuten og teamet er tilgjengelig for familien 24 timer i døgnet, 7 dager i uka. Behandlingsmodellen er utviklet av Scott Henggeler og kolleger ved University of South Carolina, og ble implementert i Norge i 1999/2000. NUBU har hatt

ansvaret for implementering og tilpasning til norske forhold, samt opplæring, kvalitetssikring og oppfølging av modellen i Bufetat (Christensen et al., 2017, s. 61). Behandlingen er hjemlet som et frivillig barnevernstiltak (Mikkelsen, 2005, s. 207-208). Det drives kontinuerlig kvalitetssikring av tiltaket, blant annet gjennom TAM (Therapist Adherence Measure), som er en strukturert tilbakemelding fra foreldrene på hvor fornøyde de er med behandlingen. Foreldrene blir oppringt en gang i måneden, og må svare på spørsmål om behandlingen og terapeuten. Svarene er anonyme, og gir en samleskåre som gir en pekepinn på i hvilken grad terapeuten er tro mot metoden. Svarene følges opp av veileder som lager individuelle utviklingsplaner for hver terapeut. I tillegg gis lignende evalueringer av veileder og konsulent (Christensen et al., 2017, s. 61; Mikkelsen 2005, s. 207-208). Behandlingsmodellen er forankret i Bronfenbrenners utviklingsøkologiske teori, samt systemisk teori, kognitiv atferdsteori og sosial læringsteori. (Christensen et al., 2017, s. 62).

1.4.3 Brukermedvirkningens opphav og juridiske forankring

Brukermedvirkning som begrep dukket opp i forvaltningen på 1960- og 1970-tallet. Et økt fokus på de funksjonshemmedes rettigheter og et skifte fra «omsorg» til «deltagelse» førte til en større vektlegging av brukernes demokratiske rettigheter. Med tiden har brukermedvirkning blitt et kjent begrep i alle deler av forvaltningsapparatet. Hvordan begrepet blir definert og hva det innebærer på den enkelte arbeidsplass kan variere og føre til ulik praksis (Jensen, 2012, s. 43). I barnevernet har brukermedvirkning vært et viktig element i lengre tid. Senest i 2018 ble det vedtatt endringer i barnevernloven som skal styrke barneperspektivet og sikre barns rett til nødvendige barneverntiltak og rett til medvirkning (Lov om endringer i Barnevernloven mv.(bedre rettssikkerhet for barn og foreldre) 20.04.2018). Foreldres rett til å medvirke blir ikke gjort eksplisitt gjennom barnevernloven, men handler for eksempel om at de er part i saken. Barnevernet har likevel en plikt etter barnevernloven til å samarbeide med foreldre. Brukermedvirkning er forankret i FNs konvensjon om barns rettigheter artikkel 3,5,12 g 18 (08.01.1991), og i barneloven (Lov om endringer i barnelova 31.03.2017 §31) om barnets med- og selvbestemmelsesrett, og i barnevernloven (19.06.2020 §6-3) om barns rettigheter under saksbehandlingen. Foreldrenes brukermedvirkning omfattes også av Den europeiske menneskerettighetskonvensjonen, artikkel 8: om retten til respekt for privatliv og familieliv.

Begrepet brukermedvirkning kan forstås faglig som rett til innsyn, bli hørt og deltagelse i beslutninger i egen sak. Brukerne skal ha mulighet til å påvirke valg av tjenester og innholdet i tjenestene de får tilbud om (Slettebø, et al., 2010, s.52-56).

1.4.4 Definisjon av brukermedvirkning

Helsedirektoratet beskriver brukermedvirkning slik:

«Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Brukermedvirkning kan bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud. I tillegg har brukermedvirkning en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet.» (Helsedirektoratet, 2018).

Det er denne definisjonen jeg har benyttet i informasjonsskrivet til deltagerne i denne undersøkelsen, og som derfor legges til grunn i oppgaven. Grunnen til at jeg har valgt denne definisjonen er at MST ligger nærmere terapi og et behandlingsforløp enn det størsteparten av barnevernets virksomhet gjør. Barneverntjenestene driver både undersøkelse, foretar beslutning, gir hjelpetiltak og driver en myndighetsutøvelse som ikke samsvarer med MST. Barnevernets retningslinjer gjelder også for MST, men ved å bruke Helsedirektoratets definisjon av brukermedvirkning favner jeg både barnevernets retningslinjer, og får i tillegg med en utdyping som fungerer godt for tjenestene som driver behandling i større grad. Etter endringer i barnevernloven 1 juli 2018 ble barnets medvirkning styrket, mens foreldrene omfattes i barnevernets plikt til å samarbeide med foreldre. I et behandlingstiltak som MST hvor store deler av tiltaket er rettet mot foreldrene, ser jeg det som nødvendig å bruke en definisjon som også retter seg mot foreldre som brukere.

1.4.5 Individuell og kollektiv medvirkning

I teori om brukermedvirkning skilles det mellom individuell og kollektiv medvirkning. Ved individuell medvirkning er det brukeren som har medvirkning i sin egen sak, mens i kollektiv

medvirkning er det en eller flere brukere som har påvirkning på det generelle tjenestetilbudet og utviklingen av dette (Slettebø & Seim 2007). Kollektiv medvirkning kan foregå på lokalt nivå, hvor en eller flere brukere er med og planlegger og utvikler det generelle tjenestetilbudet, som ved brukerråd, brukerundersøkelser lokalt, prosjektarbeid og brukeransettelser. Brukere kan også ha kollektiv medvirkning overfor sentrale myndigheter og påvirke til lovendringer og retningslinjer. Ofte er det da større grupper og interesseorganisasjoner som har medvirkning i blant annet høringsmøter, brukerundersøkelser, prosjektarbeid, arbeids og referansegrupper og dialogkonferanser.

1.4.6 Ulike nivåer av medvirkning

Slettebø og Seim viser til at begrepet brukermedvirkning kan misbrukes som et honnørord, når brukeren ikke har reell deltagelse og innflytelse. Det er ikke tilstrekkelig å lytte til brukeren, da det ikke nødvendigvis gir resultater (Slettebø & Seim, 2007). Her presenteres Sherry Arnsteins modell for ulike nivåer av medvirkning, som kalles Arnsteins stige (Arnstein, 2019).

Brukermedvirkning

8. trinn: Borgerkontroll	Ulike grader av borgermakt
7. trinn: Delegert makt	
6. trinn: Partnerskap	
5. trinn: Representasjon	Grader av legitimering
4. trinn: Konsultasjon	
3. trinn: Informasjon	
2. trinn: Terapi	Ikke-deltakelse
1. trinn: Manipulasjon	

Modellen viser at ikke all medvirkning gir innflytelse. Terapi kategoriseres her sammen med manipulasjon (nivå 1 og 2) hvor brukeren ikke er deltagende. Dette har blitt kritisert senere som et foreldet syn på terapi da moderne terapiformer har med brukerdeltakelse i mye

større grad enn før (Slettebø & Seim 2007).

Grader av legitimering (nivå 3 og 4) kalles også skinninnflytelse. I dette ligger det at brukeren ikke har en reell makt, men vil bli hørt og lyttet til. De siste nivåene partnerskap, delegert makt og borgerkontroll (nivå 5,6,7 og 8) regnes ofte for reell makt og innflytelse og dermed brukermedvirkning (Seim & Slettebø, 2007).

Slettebø m.fl. mener at poenget med Arnsteins stige er at hvis brukermedvirkning skal ha et reelt innhold, så må brukeren ha innflytelse. I barnevernsammenheng betyr dette at familien/brukeren må få legge frem sin sak, og sin mening, og ha innflytelse i beslutningsprosessen (Slettebø, et al., 2010).

Individuell medvirkning kan deles inn etter følgende faktorer for deltagelse og innflytelse:

- å bestemme om et problem eksisterer
- å definere hva problemet gjelder
- å avgjøre om det skal gjøres noe med problemet
- å velge mellom ulike former for hjelp
- å initiere, vedlikeholde eller avslutte kontakten

(Peyrot referert i Rønning & Solheim, 1998, s.41)

Her vektlegges brukernes mulighet for å medvirke i de ulike fasene av hjelpeprosessen. Seim og Slettebø mener at en slik inndeling setter fokus på viktige deler av brukermedvirkningen (Seim & Slettebø, 2007).

1.4.7 Brukerstyring

I klient- og resultatstyrt praksis gir klienten tilbakemeldinger på terapien ved hjelp av et skåringskjema ved hver samtale (Duncan, et al., 2008). Klienten gir en vurdering av endring i livet sitt siden sist, og vurdering av den siste samtalen, om man ble forstått, om temaene har vært viktige og om tilnærmingen var tilpasset egne preferanser (Duncan, et al., 2008; Skauli, 2007b). I brukerstyring gis klientens stemme avgjørende vekt. Terapeuten og klienten inngår i et likeverdig samarbeid hvor klientens endringsteorier er styrende.

Moderne systemisk terapi må kunne sies å være basert på et samarbeid mellom klientsystemet og terapeutsystemet. Samarbeid er basert på medvirkning fra alle parter, som har ulike posisjoner i samarbeidet. Den ligger tett opp til brukerstyring og har et stort

fokus på relasjonelle aspekter mellom alle aktørene, samt maktstrukturer og språk, slik dette kommer til syne i manual og etterlevelseshetaprotokoll for systemisk familierapi (Lorås, 2016).

1.5 Oppgavens oppbygning

Så langt i dette kapitlet har jeg gjort rede for bakgrunnen for mitt valg av tema, samt hva denne studien ønsker å undersøke gjennom presentasjon av problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg har også redegjort for studiens relevans for fagfeltet og samfunnet for øvrig. Videre har jeg gitt en utfyllende kontekst og begrepsavklaring med beskrivelse av MST-tiltaket og begrepet brukermedvirkning. I kapittel to vil jeg gjøre rede for teori som er relevant for denne studien, samt relevant forskning innen feltet. I kapittel tre går jeg gjennom studiens metode, samt valg rundt innsamling og analyse av data. Deretter presenteres etiske betraktninger, og refleksjoner rundt forforståelse og forskerens rolle. Avslutningsvis gis en vurdering av studiens validitet og reliabilitet. I kapittel fire presenteres studiens funn med utvalgte sitater. Kapittel fem gir en drøfting av funnene og deres betydning for praksis og videre forskning, samt studiens begrensninger. I avslutningen oppsummeres studien med en avsluttende kommentar

2 Teori

Studien tar sikte på å undersøke foreldres opplevelser knyttet til brukermedvirkning i MST-behandling. Jeg har valgt ut et teoretisk referanseverk for å belyse studiens problemstilling og tema. Jeg begynner med å presentere systemteorien som forståelsesramme. Med systemteorien ønsker jeg å belyse deltagerens opplevelser ut fra et relasjonelt og kontekstuellet ståsted, ved å vise hvordan mennesker, familierelasjoner og terapeutiske relasjoner kan være forbundet og påvirke hverandre. Videre vurderer jeg sosialkonstruksjonismen som en sentral teori for å forstå hvordan menneskers opplevelse av seg selv og verden rundt dem konstrueres gjennom samhandlinger med andre. Gjennom teorier om samarbeidsorientert og språkssystemisk tilnærming til terapi ønsker jeg å belyse forholdet mellom manualbaserte metoder og brukermedvirkning og samarbeid. Strukturell terapi gir gode perspektiver på hvordan forståelse av familiestrukturer og dybdekjenning til familien er nødvendig for god forståelse av problemene. Makt og diskurs får plass for å diskutere ulike påvirkninger på terapeutiske relasjoner, blant annet implisitte tatt-for-gitt-heter. Med teori om empowerment søker jeg å belyse hvordan familiens ressurser og stemme blir hørt i møte med terapeuten og hvordan deltagelse og eierskap kan skapes i denne relasjonen. Til slutt presenteres forskning jeg mener kan bidra til å belyse aktuelle sider ved min undersøkelse.

2.1 Systemteori

Et viktig grunnlag for hele det familierapeutiske fagfeltet og også for dette masterprosjektet er systemteorien. Både i intervjusituasjonen og i analysen av data er systemteorien relevant. Systemteorien kan føres tilbake til blant andre Gregory Bateson. Han mente at all informasjon skapes i relasjoner innen forskjellige systemer (Jensen, 2009). Et system er en organisert helhet hvor en ikke kan skille ut en enhet uten at det påvirker helheten. Systemet kan bestå av en eller flere individer som deltar i samspill med andre, og hvor påvirkning på en av deltakerne vil ha konsekvenser for alle innen systemet (Ølgaard, 2013).

2.1.1 Kontekst

Den kommunikative eller psykologiske sammenhengen som et budskap forekommer i betegnes som kontekst. Det som kommuniseres kan ha mange ulike betydninger avhengig av konteksten det kommuniseres i (Ølgaard, 2013). Kontekst viser her mer til en psykologisk ramme eller forståelsesramme, enn den ytre observerbare situasjon. En familie kan oppfattes forskjellig ut fra ulike forståelsesrammer. Hvordan vi tolker og forstår preger hvordan vi møter folk, og vår forståelse påvirkes av dem vi møter, som igjen har betydning for hvilke tiltak vi vil foreslå, og hvordan vi forsøker å løse problemene (Jensen & Ulleberg, 2011). Vi kan heller ikke forstå noe løsrevet fra konteksten. Om ikke konteksten er innenfor observasjonsrammen, vil fenomenet fremstå som uforståelig. Gjennom erfaringer bygger vi kunnskap som hjelper oss å fortolke konteksten og handle ut fra vår forståelse av den. Kontekstforståelsen kan oppleves mer eller mindre likt i sammenhenger der mennesker møtes (Jensen & Ulleberg 2011). Gjennom familieterapistudiet har jeg blitt mer klar over betydningen av kontekst og har med meg en økt bevissthet rundt dette både i form av å være MST-terapeut som forsker på eget felt, og i møte med foreldre som har mottatt MST-behandling. Videre kan en kontekstforståelse av møtet mellom foreldre og terapeut gi ny innsikt i hvordan foreldre opplever brukermedvirkning i MST-behandlingen.

2.1.2 Sirkularitet

Sirkularitet står sentralt i systemteorien. Når man skal prøve å forstå forholdene mellom mennesker, blir en lineær årsak-virkning-modell problematisk. En lineær modell tar ikke hensyn til de mange ulike faktorene som påvirker mennesker og deres handlinger i en gitt situasjon, og tar ikke tilstrekkelig høyde for hvordan samspillet mellom dem som inngår i systemet påvirker de videre handlingsvalgene. Da er den sirkulære forståelsen mer nyttig. I stedet for å tenke at en begivenhet er årsak til en annen, kan man se det som et sirkulært samspill hvor begivenhetene er knyttet sammen i en gjensidig påvirkning (Jensen & Ulleberg 2011). Systemet regulerer seg som reaksjon på feedback utenfra og fra responser i systemet selv. I denne studien vil den sirkulære forståelsesmodellen være nyttig i forståelsen av samspillet og den gjensidige påvirkningen mellom terapeut og foreldre, og hvordan dette fremmer eller hemmer opplevelsen av brukermedvirkning. Med grunnlag i systemteoriens forståelse av kommunikasjon, vil også forskerens deltagelse være viktig å diskutere. Det bør også vurderes hvordan den gjensidige påvirkningen mellom forsker og informanter foregår i

et sirkulært samspill og påvirker informasjonen som gis.

2.1.3 Relasjoner

Bateson fremsetter at det meste av vår kommunikasjon er uttrykk for vår relasjon til hverandre (Ølgaard, 2004). Både gjennom ordene som sies, og hvordan man sier dem, samt gjennom non-verbalt språk, uttrykker man forholdet til andre og til omverdenen. Han delte videre relasjoner inn i symmetriske og komplementære relasjoner. I symmetriske relasjoner handler og reagerer de to personene på like måter. I komplementære relasjoner har de ulike, men gjensidig utfyllende handlinger og reaksjoner. Symmetriske relasjoner preges av konkurranse, mens partene i komplementære relasjoner inntar ulike roller, som tilskuer og taler, dominant og underkastet, eller hjelper og hjelpetrengende. Gjennom skismogenese kan slike relasjoner i gjentatte interaksjoner føre til brudd. For opprettholdelse av relasjonen og stabilitet trengs en motvekt, et innslag av symmetrisk interaksjon i den komplementære relasjon og motsatt. Bateson ser skismogenese som en forandringsprosess som enten blir kontrollert av eller motarbeidet av omvendte prosesser (Ølgaard, 2004). Dette er i tråd med systemteoriens feedbackprosesser. Wampold har i senere tid forsket på hva som er virksomt i terapi, og på relasjonens betydning. Han påpeker at psykologisk behandling tilbyr en relasjon, men innebærer også at vi gjør noe. Likevel er hva som gjøres underordnet, og relasjonen viktigst (Wampold, 2001). Foreldre som får MST-behandling kan oppleve relasjonen til terapeuten som komplementær ut fra de ulike rollene de innehar som behandler og klient, men de kan også oppleve en utvikling i relasjonen etter hvert som tillit bygges opp, og særlig om gjensidighet og likeverdig samarbeid kan utvikles. Disse perspektivene kan brukes i forståelsen av det relasjonelle mellom terapeut og foreldre i møte med temaet brukermedvirkning.

2.1.4 Sosialkonstruksjonisme

Sosialkonstruksjonismen springer ut fra det postmoderne paradigmet, først som en filosofisk retning på 1960- og 1970-tallet, og knyttes da gjerne til sosiologene Berger og Luckmann. De presenterte sine teorier i «The Social Construction of Reality» fra 1966 (Anderson, 2003). I dag befinner flere retninger seg innen sosialkonstruksjonismen, og den kan forstås som et samlebegrep for flere samfunnsteoretiske teorier, hvor postmodernisme og

poststrukturalisme står sentralt (Johnsen & Torsteinsson, 2012 s.34). Felles for disse retningene er at de har en kritisk holdning til forestillinger om objektiv kunnskap og viten, at de vurderer vårt kunnskapssystem ut fra kulturell og historisk kontekst, og at vår verden blir skapt gjennom sosiale prosesser (Johnsen & Torsteinsson, 2012). Sentralt i sosialkonstruksjonismen er ideen om at mennesket konstruerer sin forståelse gjennom sine historier og språklige og sosiale interaksjoner med andre mennesker (Lundby, 1998). Kunnskap skapes gjennom språket og de diskursene som vår kultur er preget av (Johnsen & Torsteinsson 2012).

Sosialkonstruksjonismen viser hvordan det er en direkte sammenheng mellom forståelse og handling. «Dersom jeg tror at familien er årsaken til barnets problemer, vil jeg handle i tråd med denne overbevisningen og derved skape en slik virkelighet» (Johnsen & Torsteinsson, 2012 s.34). Samtidig vil hvordan familien tenker om seg selv og handler være betinget av den relasjonen de har til terapeuten og hvordan de sammen skaper en forståelse gjennom språket. Gergen og Gergen uttrykker det slik at det som er virkelig, er konstruert sosialt, eller om man snur på det: Ingenting er virkelig før man er enige om det (Gergen & Gergen, 2005). Slik blir relasjonene og ikke personene samfunnets fundament, og det vi anser som sannheter om verden avhenger av hvilke sosiale relasjoner vi er en del av. Det er gjennom språket vi konstruerer mening. Sosialkonstruktivistiske perspektiver har betydning for hvordan foreldre beskriver sine opplevelser med brukermedvirkning i MST, og også for mine vurderinger og min kunnskapsdannelse i møte med foreldrene i denne undersøkelsen. Disse perspektivene er også relevante når det handler om et begrep og forståelsen og opplevelsen av det dette begrepet innebærer.

2.1.5 Samarbeidsorientert og språkssystemisk tilnærming

Anderson og Goolishian var også opptatt av språkets betydning i terapi. Anderson jobbet med å finne bedre måter å samtale med sine klienter på, og anså terapi som et språklig system hvor klientene engasjerte seg og deltok både i en språklig begivenhet og en samarbeidende relasjon (Anderson, 2003). Terapi eller veiledning skulle være et rom hvor klientens stemme og fortellinger kommer i forgrunnen, og terapeutens rolle var å lytte aktivt og ta imot informasjon. Terapeuten ble dermed fritatt fra sin ekspertrolle og skulle innta en «ikke-vitende-posisjon». Ideen om den «ikke-vitende-posisjon» ble sentral for den

samarbeidsorienterte språkssystemiske tilnærmingen. Den handler ikke om at terapeuten er uvitende, men om at det er klienten som vet hvilke sider ved sin historie som har betydning. Terapeutens oppgave er å spørre seg inn til klientens egen forståelse og skape et dialogisk rom hvor forandring kan skje gjennom en skapende dialog og en samarbeidsorientert relasjon (Anderson & Goolishian, 1992). Disse perspektivene er viktige for å drøfte hvordan foreldrene i MST opplever at de blir lyttet til og hvordan deres stemmer og historier kommer frem. De er også viktige som et bakteppe for en diskusjon av MST-terapeutens rolle, spesielt knyttet til ekspertrollen eller rollen som ikke-vitende terapeut. Dette er relevant for denne undersøkelsen som handler om et begrep og forståelsen og opplevelsen av hva dette begrepet innebærer.

2.1.6 Strukturell terapi

I den strukturelle terapien er det familiestrukturen som står i fokus. Familiens indre oppbygning og hvordan de organiserer seg i forhold til hverandre er sentralt. Minuchin anses som grunnleggeren av den strukturelle terapien. Han så familier som sosiale organismer som strukturerer seg i adskilte subsystemer. Disse strukturene bestemmer medlemmenes funksjoner. Uklare eller for åpne eller lukkede grenser kan føre til symptomer hos en eller flere av familiemedlemmene eller konflikter i familien (Minuchin, et al., 2010 15-25). Familien inngår i et hierarki hvor foreldrene skal stå øverst i hierarkiet og bestemme over barna. Videre organiserer familiemedlemmene seg i allianser og koalisjoner. Når disse går på tvers av familiehierarkiet, kan balansen forrykkes og det kan oppstå konflikter og fastlåste samspillsmønstre. Minuchin vektlegger grundig observasjon av familiens struktur som utgangspunkt for terapi. Det er viktig å forstå hvordan alle familiemedlemmene fungerer sammen og strukturerer seg før det blir gjort forsøk på å skape endring. Endring i familiens problemer skjer gjennom endringer i familiestrukturene og deres samspill (Minuchin, et al., 2010 15-25).

Terapeuten skal verken være nøytral eller objektiv, men en aktiv deltager i familiesystemet og det terapeutiske systemet, samtidig som han skal være observatør av strukturene i familien og handlingsmønstrene. Et viktig steg i terapien som jeg velger å fremheve her er bruken av «joining» (Minuchin, et al., 2010). Terapeuten søker å få kontakt med alle familiemedlemmene etter tur og fordyper seg i deres historier, støtter dem og går sammen

med dem inn i opplevelsene. Med dette ønsker han å oppnå at familien blir overbevist om at han forstår dem og er på deres side. Bare på dette grunnlaget kan han utfordre systemet og familiestrukturen og bidra til endring (Jensen, 2009, s.106-109).

Foreldre som mottar MST-behandling trenger at terapeuten bruker tid og får en god forståelse av familien og problematikken. Om terapeuten oppnår en slik forståelse, kan ha betydning for hvorvidt foreldrene opplever at de også har brukermedvirkning.

2.2. Makt

Maktasymmetri i relasjoner har stor betydning for hvordan partene opptrer, snakker og deltar i møter. Ulike institusjoner, yrker og roller innehar ulik grad av makt. Så også i barnevernet og i MST i møtet mellom terapeut og familien. Filosofen og idehistorikeren Foucault hevder at det er makt som gjør at historien utvikler seg. Hans tanker om forholdet mellom makt og kunnskap har også betydning for denne studien. Han mener at historien ikke nødvendigvis utvikler seg mot en høyere fornuft, men heller ut fra den vilje som de med makt styrer over andre med (Jensen & Ulleberg, 2011). Foucault er opptatt av hvordan noen mennesker mener de eier sannheten og driver en yrkesutøvelse etter disse med henvisning til forskning de selv har lagt premissene for. Disse disiplinære systemene bedømmer hva som er normalt og unormalt, sunt og usunt (Foucault, 1999a). Barnevernet er typisk et slikt disiplinært system som er satt til å forvalte det som rådende diskurser vil hevde er god omsorg for barn. Terapeuten definerer problemet og får etter hvert klienten til å akseptere denne problemforståelsen og endringene som må til (Foucault, 1999a). Også som terapeut i MST sitter man med en definisjonsmakt i måten man forstår atferdsproblemer og hva som er gode løsninger på problemene, og hva dette krever av foreldrene. Når jeg skal utforske foreldres opplevelse av brukermedvirkning i MST blir det viktig å være bevisst de maktforholdene som ligger i barnevernet som samfunnsinstitusjonen og i terapeutrollen.

2.2.1 Diskurs

Begrepet diskurs, slik det brukes innenfor samfunnsvitenskapen, kan føres tilbake til Foucault. Diskursene fungerer som underliggende normer for hvordan verden skal forstås og struktureres (Foucault, 1999b). Gergen er opptatt av hvordan diskurser konstruerer vår

sosiale verden gjennom tatt-for-gitt-heter (Gergen, 2010, s.91). Gjennom språket både skaper og begrenser diskursene menneskenes muligheter. Både klientrollen og terapeutrollen styres av ulike diskurser. Terapeuten har egne normer og oppfatninger av hva som kjennetegner en vellykket terapi, men disse trenger ikke å være de samme som klientens. Utfordringen ligger i å være seg bevisst sine diskurser. Det vi tar for gitt, trenger ikke oppleves slik av andre (Øfsti, 2010). Både barnevernet og MST er preget av ulike diskurser, det være seg hvordan saksbehandling eller terapi skal foregå, og oppfatninger rundt hvordan atferdsproblemer skal forstås og jobbes med, og videre i forståelsen av behandlingsmanualer og skreddersydde tiltak. Dette er relevant i møte med begrepet brukermedvirkning. Gjennom dekonstruksjon av begrepet kan man lettere få øye på diskursene som ligger i selve begrepet. Samtidig kan brukermedvirkning sees på som en rådende diskurs som preger både barnevernet og MST.

2.3. Empowerment

Empowerment betegner generelt sett det å få kontroll over eget liv og egne muligheter, og oversettes ofte med myndiggjøring eller makttilegnelse (Schjelderup, et al., 2005). Det er et begrep som står sentralt i mange terapeutiske tradisjoner og tilnærminger. Definisjonene er noe forskjellige avhengig av område og kontekst. Braye og Preston-Shoot sin definisjon av empowerment tar opp i seg mange av de felles elementene i de ulike definisjonene (Braye, 1995 s.125-144). Definisjonen vektlegger at brukerne tar kontroll over egne liv og har innflytelse og makt til å påvirke egne livsbetingelser. Den vektlegger også at brukere med lite myndighet skal få større makt og en sterkere stemme i møte med institusjoner og tjenester, samt støttes i å finne tilbake til egne ressurser. Schjelderup, Omre og Martinsen drar frem fire viktige dimensjoner som går igjen i empowerment. Disse er *autonomi*, som handler om frihet til å gjøre egne valg, *kompetanse*, som handler om troen på egne vurderinger og forståelse, *meningsfullhet*, som handler om å oppleve egen deltagelse som betydningsfull, og *innflytelse*, som handler om troen på at en kan oppnå ønskede resultater og kontroll over hvordan man utfører oppgavene (Schjelderup, et al., 2005 s.36).

Foreldre som søker hjelp på grunn av barnets atferdsvansker, opplever ofte situasjonen som håpløs og kan miste troen på egen kompetanse som foreldre. Gjennom å bruke empowerment i foreldresamarbeidet kan man hjelpe foreldrene med å finne igjen sitt

engasjement, se sine ressurser og gi dem tilbake makten over situasjonen de står i. På den måten blir de også i stand til lettere å hankses med fremtidige utfordringer (Ask & Gorseth, 2004).

Gruber og Tricket poengterer at empowerment i utgangspunktet er de undertrykte brukernes middel for å gjenvinne verdighet og makt til å påvirke eget liv i den retning de selv ønsker (Gruber og Tricket, 1987). Da blir det feil å se makt og kontroll som noe som gis av fagfolk til brukerne. Empowerment kan ikke skapes av andre, men må velges av brukerne selv.

2.4 Relevant forskning

For å finne forskning med relevans for studiens problemstilling har jeg gjort litteratursøk med følgende søkeord, enten alene eller i kombinasjon: MST, multisystemisk terapi, brukermedvirkning, medvirkning, myndiggjøring, barnevernet og foreldres deltagelse.

Søkene ble gjort på søkebasene Oria og Google Scholar.

I det følgende presenteres kronologisk den forskning som synes relevant for tematikken og problemstillingen i denne studien.

- Angel er en av kritikerne av MST. I en artikkel fra 2003 går han gjennom det metodiske grunnlaget for MST og hevder at MST er for instrumentell i sin tilnærming. Han anser at MST har for stort fokus på målatferd, bruk av sosial læringsteori med belønningssystemer og kvantitativ forskning som forskningsmetode (Angel, 2003). Videre mener han at MST er tuftet på en mekanistisk virkelighetsforståelse hvor fenomener og objekter står i enkle årsak-og-virkningsforhold til hverandre. Han ser det som et problem at evidensbaserte behandlingprogram som MST representerer et reduksjonistisk menneskesyn hvor man kategoriserer eller overser at mennesket er mer enn kjemi eller stimulus og responser (Angel, 2003). I den grad denne kritikken er berettiget, vil brukermedvirkning være vanskelig å realisere i MST. Denne undersøkelsen vil være et lite bidrag i den kvalitative utforskning av MST, med fokus på foreldrenes opplevelse av brukermedvirkning hvor kvalitative parametere som relasjon, deltagelse og forståelse får større vekt.

- Etter at MST ble implementert i Norge har blant andre Ogden og medarbeidere evaluert tiltaket og dets effekt (Ogden & Halliday-Boykins, 2004; Ogden & Amlund-Hagen, 2006) Deres forskning viste at MST reduserer problematferd og forebygger plassering utenfor hjemmet i større grad enn i kontrollgruppen, som fikk vanlige tiltak og tjenester fra barnevernet. Denne forskningen handler i stor grad om implementering og effekt, og i liten grad brukermedvirkning. Det er likevel verdt å merke seg at familiene som fikk MST-behandling ga betydelig mer positive vurderinger av behandlingen enn familiene som mottok vanlige tjenester fra barneverntjenesten.
- Willumsen peker på noen viktige relasjonelle faktorer som betydningsfulle for hvor fornøyde foreldre er med tiltakene de mottar (Willumsen, 2005). I sin gjennomgang av forskning omkring foreldre som brukere i barneverntjenesten, finner hun at foreldre ønsker å delta aktivt i tiltak rundt barna sine, samtidig som de vektlegger relasjonen til saksbehandlerne og mellommenneskelige aspekter som ærlighet, respekt og engasjement. Jeg synes dette er interessant og er nysgjerrig på om foreldrene i MST-tiltak også ser relasjon og de mellommenneskelige faktorene som like betydningsfulle for brukermedvirkning.
- Sagatun skrev i 2008 artikkelen «Kunnskapsforståelser i hjemmebaserte barneverntiltak». Her kritiserer hun MST for å gjøre ungdommene til passive mottagere av omsorg ved å vektlegge atferdsproblemene for mye, og ikke inkludere dem som aktive deltakere i behandlingen. Hun hevder at modellen fremmer oppdragelsesmetoder hvor autoritetsutøvelse baserer seg på maktmidler og sanksjoner, og ikke ser betydningen av posisjonering og forhandling (Sagatun, 2008). Jeg er nysgjerrig på om dette er perspektiver som også kommer frem i denne studien og hva det gjør med brukermedvirkningen.
- Slettebø, Oterholm, og Stavrum går blant annet gjennom brukermedvirkning i MST i form av intervjuer av MST-ledere i sin rapport *Brukermedvirkning i det statlige regionale barnevernet*, skrevet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet i 2010. I rapporten kommer det frem at Bufetat var interessert i

og opptatt av barns, unges og foreldres medvirkning, men at det fantes lite felles praksis omkring brukermedvirkning i de ulike tjenestene. Lederne av MST-teamene mente at de hadde rutiner for medvirkning både for ungdommene og foreldrene. Undersøkelsen viste også at flere MST-ledere opplevde begrepet som diffust, og at flere deltakere i undersøkelsen ikke visste hva det innebar (Slettebø, et al., 2010). Resultatene herfra er relevante for mitt prosjekt, og jeg ser min undersøkelse som en fortsettelse i dette spesifikke området, men med søkelyset rettet mot foreldre som brukere i stedet for ledere i MST, og mot brukernes forståelse av begrepet.

- Andersen sin masteroppgave fra 2010 undersøker foreldres opplevelse av MST-behandling (Andersen, 2010). Her også gir foreldre uttrykk for at de har fått viktig støtte fra MST-terapeuten, og at de opplevde seg styrket som foreldre i etterkant av behandlingen, og hadde fått økt tro på seg selv. Denne oppgaven bekrefter tidligere studiers funn som har vist at foreldre er fornøyde med MST-behandlingen (Ogden & Halliday-Boykins, 2004; Ogden & Amlund-Hagen, 2006). Den sier likevel lite om hvorvidt dette skyldes at de har opplevd å delta aktivt i behandlingen og har hatt stor grad av brukermedvirkning. Min undersøkelse vil se nærmere på dette.
- Aarthun skrev i 2011 en kunnskapsoppsummering om foreldres medbestemmelse i helsetjenester for barn. Felles for disse foreldrene var at de befant seg i sårbare situasjoner og hadde behov for støtte, dialog og god kommunikasjon med helsepersonell. Deres grad av medvirkning hadde sammenheng med kvaliteten på relasjonen mellom foreldre og helsepersonellet. Det varierte også i hvor stor grad foreldre ønsket å medvirke, spesielt ved krevende beslutninger (Aarthun, 2011). Jeg mener dette er et viktig perspektiv å ha med, og er nysgjerrig på om foreldre som får MST-behandling gjør lignende vurderinger.
- Marita Pedersen intervjuer ungdommer og foreldre om deres opplevelse av MST-behandling i sin masteroppgave *Innsikt utenfra*, hvor brukermedvirkning er et av temaene (Pedersen, 2012). Hun bruker Arnsteins stige og Peyrots faktorer for individuell medvirkning til å vurdere ungdommer og foresattes opplevelse av brukermedvirkning. Selv om hun bruker kvalitativt intervju hvor informantene

forteller om sine opplevelser med MST, blir ikke informantene, her altså ungdommene og foreldrene selv bedt om å vurdere hva de legger i begrepet brukermedvirkning. Fra intervjuguiden fremkommer det at både Arnsteins stige og Peyrots faktorer nevnes i spørsmålene. Informantene blir altså bedt om å vurdere sin medvirkning ut fra gitte definisjoner. Denne undersøkelsen er interessant, og viser at både foreldre og ungdommer stort sett er fornøyde med behandlingen og opplever seg hørt og at de har hatt påvirkning på behandlingen. Jeg ønsker å få tydeligere frem hva foreldrene forstår med brukermedvirkning, og hvilken betydning det har hatt for dem, samt hvordan de har opplevd brukermedvirkning. Vil svarene da bli de samme som hos Pedersen, eller vektlegges da andre sider av behandlingen? Jeg ønsker å få frem brukernes perspektiv på et begrep som brukes mye av fagfolk, og mener det kan gi ny og interessant kunnskap som kan ha betydning for hvordan man utvikler tiltaket videre.

- Slettebø og Askeland sin rapport fra et prosjekt som prøvde ut klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i ulike statlige og kommunale tjenester, viste blant annet at både hjelperne og brukerne gjennom bruk av KOR ble mer bevisst på egen rolle og deltagelse i tiltaket (Slettebø & Askeland, 2013). Spesielt der samtalene hadde store likhetstrekk med terapi var feedback med KOR nyttig. Dette kan være relevant for MST siden tiltaket ligger mer innenfor terapifeltet enn barnevernsfaglig saksbehandling.
- I de siste 10 årene er det gjort mange studier av MST og effekten av behandlingen. Van der Stouwe, Ascher, Stams, Dekovic, og van der Laan oppsummerer omfattende internasjonal forskning på MST i 2014 i en metaanalyse av 22 studier med mer enn 4000 ungdommer (Van der Stouwe, et al., 2014). Oppsummert viser de at behandlingen har god effekt på områder som ungdomskriminalitet, psykopatologi, rusmiddelbruk, familiefaktorer, kontakt med antisosiale venner, og at tiltaket forebygger plassering utenfor hjemmet. Samtlige studier viste at MST-gruppene kom bedre ut enn kontrollgruppene (Van der Stouwe, et al., 2014). Denne forskningen tar for seg mer effekten av MST, men sier lite om brukermedvirkning. Det er viktig å ha med seg kunnskapen om at MST har vist seg å ha så god effekt. Samtidig ser jeg det

som like viktig å supplere slik forskning med mer kvalitative studier, som kan undersøke foreldrenes medvirkning og betydningen de tillegger egen deltagelse, og om de ser dette som en forutsetning for resultatene. Min studie vil være et bidrag i denne retningen.

- I 2015 kom en rapport initiert av Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) som oppsummerte forskningskunnskap om barnevernets hjelpetiltak. Her ble også samarbeidet mellom foreldre og barnevernet undersøkt. 84% av foreldrene betegnet samarbeidet med saksbehandleren som godt, og trakk frem at de opplevde en felles forståelse av problemet (Christiansen, et.al., 2015). Det at felles forståelse av problemene blir vektlagt er interessant, selv om det ikke er uventet. Jeg ser det som sannsynlig at lignende faktorer blir trukket frem som betydningsfullt hos foreldre i MST-behandling, og lurer på om dette har betydning for opplevelsen av brukermedvirkning. Det er også verdt å merke seg at hele 84 % er fornøyd med samarbeidet med barnevernet.
- I 2019 initierte Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) et prosjekt med sikte på å kartlegge hvordan forsvarlighetskravet og internkontrollforskriften forstås og praktiseres i den kommunale barneverntjenesten. Rapporten fremstiller funnene fra en kvalitativ studie og en kvantitativ studie fra barneverntjenester i tre kommuner (Slettebø, et al., 2019). Interessante funn med relevans for denne oppgaven er at saksbehandlere i barneverntjenesten oppgir at de har anledning til å tillegge barn og foreldres synspunkter vekt, men at de i liten grad har tilstrekkelig med tid til å etablere gode relasjoner til barna og foreldrene de samarbeider med. Jeg synes dette er interessant og er nysgjerrig på om foreldrene i MST-tiltak også er opptatt av god tid til å danne gode relasjoner, og om dette har betydning sett opp mot brukermedvirkning.
- Aschjems masteroppgave om foreldres erfaringer med autonomistøtte i PMTO-behandling tar blant annet opp spørsmålet om hvorvidt foreldrene erfarer at de er i førersetet i endringsarbeidet. Hun spør også om de opplever at deres perspektiver blir hørt og om de opplever empowerment i foreldrerollen (Aschjem, 2020). Hun fant

at foreldrene opplever seg møtt og anerkjent i behandlingen og ser seg selv som likeverdige med terapeuten i en samskaping av endring. Hun konkluderer med at studien tyder på at behandlingsmetoden ivaretok og fremmet foreldrenes autonomi. PMTO-metoden har mange likhetstrekk med MST da de er begge evidensbaserte metoder som er manualbaserte, og de implementeres og følges opp av Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU). Hennes funn er interessante for denne studien da de ligger tett opp til temaet jeg utforsker. Et lignende funn i denne studien vil dermed kunne tillegges noe mer styrke og tyde på en klarere tendens.

2.5 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg gjort rede for teorier jeg mener kontekstualiserer denne studien, samt forskning som er relevant for problemstillingen. I neste kapittel presenteres studiens metode.

3 Metode

Dette kapitlet tar for seg studiens metode og søker å vise hvordan problemstillingen belyses. Først redegjør jeg for mitt vitenskapsteoretiske ståsted og metodevalg, samt viser studiens vitenskapsteoretiske forankring. Deretter redegjør jeg trinn for trinn hvordan jeg har gått frem i forskningsarbeidet og forsøker å gjøre dette på en transparent og forskningsetisk måte. Videre beskrives utvalg og rekruttering, gjennomføring av intervjuene og transkripsjon, før jeg redegjør for trinnene i analysemetoden. Til slutt går jeg gjennom etiske vurderinger, forforståelse og forskerens rolle, samt en vurdering av studiens validitet og reliabilitet.

3.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Mitt vitenskapsteoretiske ståsted er den referanserammen og det perspektivet jeg forstår materialet ut fra. Det er dette perspektivet eller forståelsen som legges til grunn for de metodiske og analytiske valg som gjøres i denne undersøkelsen. I tillegg til det vitenskapelige perspektivet vil også min forforståelse prege utforskningen, funn og diskusjon i denne studien. Dette vil bli diskutert mot slutten av kapitlet.

Målet med denne undersøkelsen er å få ny kunnskap om hvordan foreldre har opplevd brukermedvirkning i MST-behandlingen, og i dette hvordan de forstår begrepet. Det er dermed informantenes beskrivelser og deres forståelse som vil være i fokus.

Problemstillingen og forskningsspørsmålene forsøkes besvart gjennom kvalitativ forskningsmetode da den favner godt om menneskers beskrivelser og forståelse av sin livsverden.

3.1.1 Fenomenologi

Siden jeg ønsker å få frem foreldrenes opplevelser, deres historier og forståelse av temaet brukermedvirkning, befinner min oppgave seg innen fenomenologien.

Edmund Husserl introduserte fenomenologien og mente det var mulig å identifisere meninger og essenser i fenomener slik de fremstår i menneskers bevissthet. Det er primært det meningsbærende fenomenet slik det erfares av mennesket som fenomenologien søker å

beskrive (Thomassen, 2016 s.83). Det er de dypere meningene i informantenes egne opplevelser og beskrivelser som blir sentralt, det å forstå fenomenet ut fra deres perspektiver (Thagaard, 2009 s.38). Gjennom å snakke med personer som har direkte erfaringer med fenomenet og utforske hvordan de opplever og erfarer fenomenet, får man informasjon som deretter tolkes og analyseres. På denne måten forsøker man å trekke ut essensen av opplevelsen av fenomenet og få en dypere forståelse av det (Thomassen, 2016 s.85).

3.1.2 Hermeneutikk

Martin Heidegger og Hans-Georg Gadamer bidrar med viktige vitenskapsteoretiske perspektiver som er aktuelle for denne undersøkelsen. Hermeneutikken dreier seg om hva fortolkning og forståelse er, og tar også for seg forskerens egen påvirkning på forskningsprosessen. De hevder at fullstendig objektivitet ikke er mulig, og er heller ikke målet innen hermeneutikken. I en tolknings- eller forståelsesprosess vil man alltid være preget av den konteksten man står i. Vi er bundet til et bestemt ståsted både historisk og i nåtiden. Vår forforståelse kan ikke settes i parentes, men kan sees på som det som gjør det mulig for oss å forstå noe. På bakgrunn av en forståelse kan vi gripe mening i noe nytt (Thomassen, 2016 s.86). Gadamer kaller dette forforståelse eller fordommer. Den enkeltes samlede fordommer utgjør en forståelseshorisont. Den angir grensen for hva vi kan se og forstå ut fra det ståsted vi har. I møte med en annen vil fordommene sorteres og nye dimensjoner komme til slik at man får ny forståelse og innsikt. Forståelseshorisontene til de som møtes, gir en pendelbevegelse og en prosess mot innsikt og horisontsammensmelting. Man forstår ikke subjektivt ut fra seg selv alene, men som deltager i en felles prosess med den andre og med verdenen man befinner seg i (Thomassen, 2016 s.89). Som forsker er man ikke tilskuer, men deltager i en intersubjektiv forståelsesprosess (Halvorsen, 2008 s.23). Gadamer og Heidegger viste med den hermeneutiske sirkel hvordan kunnskapsdannelse er en prosess hvor helheten forstås i lys av delene den består av, og likeledes at delene forstås ut fra helheten de opptrer i. På samme måte får vi ny kunnskap gjennom utprøving, erfaring og tolkning, som igjen er grunnlag for ny utprøving. Å forstå hvordan man forstår er grunnlaget for all kunnskapstilegnelse. Og videre bygger all forståelse på en forforståelse, og herunder også at man vet at man ikke vet (Thagaard, 2009 s.39). Dette gjelder også i møte

med brukere eller klienter innen terapi, samt informanter i forskning. Samtidig kan denne forståelsen videre belyse samspillet mellom terapeut og familie, og samspillet mellom forsker og informant, samt forskningsmaterialet som skal analyseres og forstås. Forskeren selv blir en betydningsfull del av den hermeneutiske forståelsessirkelen (Thomassen, 2016 s.92).

3.2 Kvalitativ metode

Jeg har valgt kvalitativ forskningsmetode for å besvare dette prosjektets problemstilling. Valg av metode gjøres ut fra hva som er hensiktsmessig på bakgrunn av problemstillingen. Flere forhold gjorde det naturlig for meg å velge en kvalitativ tilnærming. Jeg ønsket å få tak i informantenes subjektive erfaringer og opplevelser, og jeg ønsket fylldige beskrivelser, samt muligheten for å gå i dybden. Jeg var åpen for et mangfold av mulige svar og innfallsvinkler i informantenes responser. Alt dette er momenter som ifølge Malterud tilsier at en kvalitativ tilnærming er velegnet (Malterud, 2017, s32-36). Kvalitative forskningsdesign søker å generere kunnskap gjennom å undersøke hvilke meninger informantene tillegger sine erfaringer og opplevelser, og hvordan andre kan forstå og fortolke disse (Kvale & Brinkmann, 2009, s 46). De kvalitative forskningsmetodene omfatter mange ulike strategier for innsamling, organisering og analysering av informasjonsmateriale, som samtaler, observasjon eller skriftlig kildemateriale. Det felles målet er å utforske meningsinnholdet i de sosiale og kulturelle fenomener slik de oppleves av informantene selv. I kvalitative forskningsmetoder er forskeren en aktiv deltager i kunnskapsutviklingen. Dette stiller krav til refleksivitet og systematikk. Det kreves en vitenskapelig håndtering av materialet, og en prosess preget av intersubjektivitet og transparens, der forskeren gir innsyn i hele prosessen og de valg som tas underveis (Malterud 2017, s 36). Tidlig i prosessen av studien vurderte jeg også å bruke en kvantitativ undersøkelse i tillegg ut fra en ide om at det ville være interessant å sammenligne foreldrenes vurdering av brukermedvirkning og deres terapeuters vurdering av brukermedvirkning. Dette kunne vært mulig gjennom å bruke mixed methods hvor hovedtyngden lå på semistrukturerte intervju av foreldrene, og et spørreskjema til terapeutene bidro med informasjon om deres kjennskap til brukermedvirkning og dens betydning i de aktuelle familiene. Jeg vurderte likevel etter hvert

å gå bort fra dette og konsentrere meg om kun kvalitative forskningsintervju. Dette er gjort rede for under avsnitt 3.3 utvalg og rekruttering.

3.2.1 Kvalitativt forskningsintervju

I denne undersøkelsen har jeg valgt det kvalitative forskningsintervjuet, nærmere bestemt semistrukturert dybdeintervju som metode for å innhente materiale til prosjektet. Målet har vært å få frem informantenes subjektive beskrivelser av sine opplevelser av brukermedvirkning i MST-behandlingen. Det kvalitative intervjuet ligner en samtale, men kjennetegnes ved at forskeren har et profesjonelt mål. Det er verken en åpen samtale eller en samtale med lukkede spørsmål fra et spørreskjema. Intervjuet er semistrukturert, som vil si at samtalen styres av forhåndsbestemte spørsmål fra en intervjuguide som minner forskeren på hvilke tema som ønskes belyst (Kvale og Brinkmann, 2009, s.44-50). Denne intervjuformen lar likevel informantene uttrykke seg fritt og fortelle om sine erfaringer og opplevelser. Semistrukturerte intervju ligger mellom det åpne, ustrukturerte intervjuet og det strukturerte intervjuet med faste svaralternativer. Fordelen med det semistrukturerte intervjuet er at spørsmålene er åpne og lar informanten formulere svarene sine selv ut ifra hvordan man har forstått spørsmålet. Samtidig sikrer man at alle informantene får de samme spørsmålene, og man kan lettere systematisere og sammenligne svarene i ettertid (Johannessen, et al., 2016 s. 147-148).

Ut fra problemstillingen og forskningsspørsmålene laget jeg en intervjuguide med åpne spørsmål som ble brukt i alle de fire intervjuene. Jeg erfarte raskt at jeg måtte gå litt bort fra rekkefølgen på spørsmålene ettersom informantenes historier dekket flere spørsmål, og jeg måtte noen ganger gjenta spørsmål for å sikre at informantene svarte tilstrekkelig på de forskjellige temaene fra intervjuguiden.

Vanligvis blir det gjort lydopptak av intervjuene slik at de kan transkriberes i etterkant. Det ble også gjort i dette prosjektet. Transkripsjonene av lydopptakene utgjør datamaterialet som analyseres videre av forskeren (Kvale & Brinkmann, 2009 s.47).

3.3 Utvalg og rekruttering

Kriteriet for å delta i denne undersøkelsen var at familien hadde fått MST-behandling i løpet av de siste 6 månedene. Det var ikke ønskelig å ha med familier som fortsatt var i behandling, eller familier som hadde avsluttet behandlingen for mer enn 6 måneder siden. Det var ønskelig at informantene hadde behandlingen friskt i minnet, men ikke at undersøkelsen påvirket pågående behandling eller relasjon til terapeuten. Det var også viktig at familiene ikke var kjent for meg som forsker fra før, siden jeg selv er terapeut i MST. Utvalget besto av fire mødre. Alle var skilt fra sin partner og hadde helt eller delvis omsorgen for ungdommen. Det var ikke et valg gjort av forskeren at det var kun mødre som ble med i undersøkelsen. Alle informantene hadde barn i alderen 13-18 år som de hadde mottatt MST-behandling for. Det var ikke noe krav om bestemte resultater av behandlingen.

Rekruttering av informantene ble gjort ved at forskeren informerte om forskningsprosjektet i tre ulike MST-team i Buskerud og Vestfold på et avtalt informasjonsmøte. Terapeutene mottok informasjonsskriv om prosjektet og ble oppfordret til å spørre familier de var i ferd med å avslutte behandling i, om de kunne tenke seg å delta. Det var kun fire familier som meldte seg, og som svarte til inkluderings- og ekskluderingskriteriene som nevnt ovenfor. Det tok lang tid å få rekruttert informanter til prosjektet. Rekrutteringen ble gjort i løpet av 6 måneder. Jeg måtte spørre terapeutene gjentatte ganger om de ville dele ut informasjon til familiene de jobbet med. Flere terapeuter innrømmet at de hadde glemt det, og det er usikkert hvor mange familier som fikk en slik forespørsel. At rekrutteringen ble gjort via familiens terapeuter, kan ha hatt påvirkning på prosessen. Dette vil jeg komme tilbake til senere. I samråd med min veileder besluttet vi at fire informanter var tilstrekkelig for en slik undersøkelse.

I tillegg til intervju med foreldre som hadde mottatt MST-behandling, ønsket jeg å innhente noe informasjon fra terapeutene om deres kjennskap til brukermedvirkning og deres vurderinger av brukermedvirkning i MST og i de aktuelle familiene jeg intervjuet. Jeg laget et enkelt spørreskjema med noen åpne spørsmål, og noen skalerings spørsmål knyttet til brukermedvirkning. Disse ble sendt på email til de aktuelle terapeutene. Det viste seg etter hvert at det ble vanskelig å få besvart spørreskjemaene til terapeutene. Kun to av de fire terapeutene svarte på spørsmålene jeg sendte dem. I tillegg til at dette ga begrenset med informasjon, ble jeg også mer og mer bevisst på hva slags informasjon som syntes relevant

for å besvare problemstillingen for undersøkelsen. Spørreskjemaene laget jeg tidlig i prosessen, og de var preget av min tidligere erfaring med kvantitative metoder, og et ønske om å sammenligne og måle. Etter hvert som jeg intervjuet og transkriberte intervjuene, fikk jeg mer tillit til at informasjonen fra intervjuene var det jeg trengte for å besvare problemstillingen, og terapeutenes svar rundt brukermedvirkning ble mindre viktig. Jo dypere jeg gikk inn i materialet fra intervjuene, jo mindre relevant opplevde jeg mine spørsmål til terapeutene. Etter å ha konsultert min veileder rundt dette, valgte jeg derfor å sløyfe spørreskjemaene til terapeutene og konsentrere meg helt og holdent om intervjuene og disse informantenes svar.

3.4 Gjennomføring av pilotintervju og intervju

For å teste ut meg selv som intervjuer og intervjuguiden min, gjorde jeg et pilotintervju med en medstudent med tilsvarende yrkesbakgrunn og med god kjennskap til MST. Jeg erfarte at spørsmålene mine ikke fikk vedkommende til å komme med beskrivelser og fortellinger av seg selv. Jeg endret litt på spørsmålene etter dette, og føyde til «kan du fortelle om...» og «Kan du komme med eksempler på...» flere steder i intervjuguiden. Ulempen med å gjøre pilotintervjuet med en medstudent med god kjennskap til MST, var at han ikke hadde erfaringene med å være på motsatt side av behandlingsapparatet og oppleve hvordan det er å ta imot MST-behandling, men måtte sette seg inn i rollen og spille forelder. I tillegg har en med tilsvarende yrkesbakgrunn relativt god kjennskap til begrepet brukermedvirkning. I intervjuene med de virkelige informantene ble det derimot raskt klart at begrepet var uklart for dem, og at de trengte en repetisjon eller oppklaring av hva det innebærer. I informasjonsskrivet som alle fikk utdelt før de takket ja til deltagelse, fikk alle sammen helsedirektoratets definisjon på hva brukermedvirkning er, og denne ble repetert i begynnelsen av intervjuene. Likevel var flere av informantene usikre på hva jeg spurte om, og måtte få gjentatt spørsmålene flere ganger. Informantene begynte flere ganger å snakke om helt andre opplevelser og svarte ikke direkte på spørsmålene som ble stilt. Jeg opplevde det som en krevende jobb å intervjuer dem på en så åpen og eksplorerende måte som mulig og la deres fortellinger styre. Jeg følte jeg balanserte mellom å være åpen og lyttende til deres historier, og samtidig måtte forklare igjen hva jeg var ute etter med spørsmålet som

ble stilt og lede dem tilbake inn på temaet brukermedvirkning. Samtidig ville jeg unngå å gi dem for ledende spørsmål og å påvirke dem til å svare ut fra hva jeg forventet.

Intervjuene ble gjennomført i løpet av 2018. Alle ble intervjuet i sine egne hjem og vi fant et tidspunkt hvor de hadde god tid og var uforstyrret av andre. Hvert intervju ble startet med at vi på nytt gikk gjennom informasjonsskrivet de hadde fått utdelt i forkant (vedlegg 1), samt gjennomgang og utfylling av samtykkeerklæringen (vedlegg 2). Intervjuene varte fra 45 minutter til en og en halv time. Alle fikk på slutten av intervjuet spørsmål om det var andre ting intervjueren burde ha spurt om, som de syntes var viktig med tanke på brukermedvirkning, eller om det var noe annet de ønsket å legge til. Etter hvert intervju noterte jeg meg hvilke inntrykk og tanker jeg gjorde meg om selve intervjuet og min egen rolle som intervjuer i en egen prosjektlogg. Intervjuene ble transkribert kort tid etter gjennomføringen, og før neste intervju. Alle informantene ble gitt anledning til å kontakte meg i etterkant dersom det var noe de fikk behov for å si eller spørre om. Ingen benyttet seg av dette.

3.5 Transkripsjon

Hvert intervju ble tatt opp med diktafon. Jeg valgte å lytte gjennom intervjuet to ganger kort tid etter gjennomføringen for å høre det i sin helhet og huske atmosfæren og helheten. Jeg gjorde notater til hvert intervju på de tingene som ikke var hørbart i intervjusituasjonen. Ved å transkribere hvert intervju selv fikk jeg en ekstra god kjennskap til materialet, og kunne gjennom prosjektloggen levende se for meg intervjusituasjonen, tonefallet informanten snakket i, intensiteten og hurtigheten eller tilbakeholdenheten og nølingen hos hver enkelt. Prosjektloggen hjalp meg å huske atmosfæren og spesielle situasjoner eller kroppsspråk ved hver intervjusituasjon. En av informantene brukte for eksempel mye pauser, mens en annen gestikulerte mye. Hver informant fikk en nummerkode og en farge slik at det skulle være lettere å skille dem fra hverandre senere i analyseprosessen. Første intervju fikk koden M1, andre M2 og så videre. For å ivareta informantenes anonymitet har jeg utelatt stedsnavn og navn på terapeuten og selvfølgelig navn på ungdommene. Terapeutene omtales konsekvent som «han» for å gjøre det så likt som mulig, og for at det ikke skal være mulig å føre svarene tilbake til terapeutene. To av informantene hadde kvinnelig terapeut, og to informanter hadde en mannlig terapeut. Intervjuene ble skrevet ned så ordrett som mulig ut fra

lydbåndopptakene, med kun få endringer i dialektord som kunne gjenkjennes. Jeg angrer ikke på valget om å gjøre transkriberingen selv. Hadde jeg overlatt denne jobben til andre, tror jeg viktig informasjon hadde gått tapt, og jeg hadde fått et annet forhold til materialet. Enhver transkribert tekst er en filtrert versjon av virkeligheten hvor mange meningsbærende elementer går tapt. Ved at forskeren selv foretar intervjuene og transkriberingen unngår man i større grad misforståelser av ting som blir sagt eller gjort (Malterud, 2017 s.77).

3.6 Analysemetode

Jeg har valgt å bruke systematisk tekstkondensering som analysemetode for denne undersøkelsen, nærmere bestemt Malteruds videreutvikling av Giorgis fenomenologiske analyse. Denne analysemetoden har som mål å utvikle kunnskap om informantenes livsverden og søker å finne essensene og kjennetegnene ved de fenomener som studeres, for så å utvikle nye beskrivelser og begreper. Det er en tematisk tverrgående analyse som skiller seg litt fra andre analysemetoder ved at den ikke går bredt ut i begynnelsen med mange tema eller koder, men starter organiseringen av data etter noe få foreløpige temaer som videreutvikles og justeres gjennom en gjentakende prosess. Forskeren er åpen for nye temaer man ikke så innledningsvis, og kan utvide, slå sammen eller dele opp i nye kodegrupper underveis i prosessen (Malterud, 2017 s.91-98). Denne analysemetoden passer godt for mitt prosjekt, og for å besvare min problemstilling som omhandler informantenes opplevelser og meninger. I tillegg likte jeg at det var en så godt strukturert metode som er grei å følge for en som er relativt fersk i forskerrollen. Det at analysemetoden også er åpen for å ta inn nye temaer underveis, samt den gjentakende omstruktureringen og spissingen av temagrupper og koder, gjør den godt egnet til å utforske og la informantenes historier komme tydelig frem og vise frem både likhetstrekk og variasjoner. Jeg synes samtidig den har gjort meg mer bevisst på min egen forforståelse, da jeg stadig har måttet reflektere over hva datamaterialet bringer frem, og hva jeg aktivt ser etter på bakgrunn av mine forventninger. Jeg har forsøkt etter beste evne å være bevisst min forforståelse i denne prosessen og få frem informantenes perspektiver og meninger. I det følgende beskrives de ulike trinnene i analysen og hvordan jeg har arbeidet med dem.

3.6.1 Helhetsinntrykk : aktuelle temaer

Det første trinnet i Malteruds analyse er å danne seg et helhetsinntrykk og finne frem til aktuelle temaer. Jeg valgte å høre gjennom alle intervjuene to ganger på lydbånd, for så å transkribere dem fortløpende. Deretter leste jeg gjennom transkriberingen og merket meg spesielle temaer som opptok informanten. Etter gjennomgang av alle intervjuene satte jeg meg ned og reflekterte over hvilke inntrykk intervjuene hadde gitt, og forsøkte å finne ut om det jeg merket meg var påvirket av min forforståelse og mine forventninger til intervjuene, eller om dette var noe jeg hadde blitt oppmerksom på gjennom prosessen. Jo mer jeg jobbet med materialet, desto mer fremtredende ble noen temaer, mens andre virket mindre dekkende for kategorien og måtte skrives om for å bli med videre. Ett tema ble forkastet da jeg merket at det var mer jeg selv som lette etter temaet i datamaterialet enn at informantene brakte frem. Som Malterud beskriver må man som forsker på dette stadiet motstå fristelsen til å systematisere for mye, men innta en åpen holdning til materialet (Malterud, 2017 s.99) Jeg satt til slutt igjen med fem foreløpige temaer som jeg tok med videre.

3.6.2 Identifisere meningsbærende enheter

Neste trinn i analysen innebærer å gå systematisk gjennom hele datamaterialet og identifisere meningsbærende enheter som omhandler de temaene som ble valgt ut i forrige trinn. Her kom fargekodingen til nytte. Jeg brukte markeringspenner med ulike farger for hvert intervju og markerte hele avsnitt eller enkelte setninger som bar i seg meningsinnhold knyttet til ett eller flere av temaene. Denne systematiseringen inn under de ulike temaene kalles for koding. Jeg måtte foreta noen justeringer av temaene for å få mer klart avgrensede kodegrupper. Jeg fikk en medstudent til å gå gjennom den anonymiserte teksten sammen med meg og diskutere kodegruppene. Vi ble enige om at den ene kodegruppen som foreløpig het «fortellinger om resultater», ikke besvarte problemstillingen i tilstrekkelig grad, og valgte å omformulere den til å omhandle eierskap til egne resultater, og slå den sammen med en kodegruppe som het «eierskap til egen behandling». Slik ble noen av de meningsbærende enhetene utelatt, og noen føyd til. Kodene ble altså justert og utviklet etter hvert som jeg arbeidet meg gjennom materialet, og ble mer robuste og tydelige. Malterud betegner denne fasen som et steg hvor man skal ha med seg både et blikk på

problemstillingen, egen forforståelse og teoretisk referanseramme, og ut fra dette sortere ut hva som er vesentlig, og hva som utgjør fremmedelementer og ikke hører med under kodegruppene (Malterud, 2017 s.101-102).

3.6.3 Kondensering: abstraksjon av innholdet i de meningsbærende enhetene

I det tredje trinnet av analysen leste jeg gjennom alle de meningsbærende enhetene i hver kodegruppe på nytt og sorterte dem i sub-grupper under hver kodegruppe. De fleste kodegruppene ble delt opp i to eller tre sub-grupper, og en kodegruppe forble som den var uten videre inndeling. Videre skrev jeg et kondensat fra hver sub-gruppe som oppsummerte meningen fra alle de meningsbærende enhetene. Mange tekstbiter overlappet. Det ble også her viktig å være bevisst det perspektivet jeg leser materialet ut fra. Vi tolker materialet ut fra vårt faglige perspektiv og ståsted (Malterud, 2017 s.106). Det ble viktig å skrive et kondensat som var gyldig for den samlede mengden tekstbiter og fortsatt bar informantenes stemmer i seg.

3.6.4 Å sammenfatte betydningen av analysen

I det fjerde trinnet i analysen skal bitene settes sammen igjen og rekontekstualiseres. Det vil si at forskeren skal gjennomgå syntesene fra forrige trinn og sammenfatte dem til nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre (Malterud, 2017 s.108). Etter en ny gjennomgang av hele materialet, altså ny gjennomlesning av alle intervjuene, vurderte jeg om kondensatene jeg hadde kommet frem til gjennom analyseprosessen, fortsatt var gyldige, om de fortsatt var gode beskrivelser av den sammenhengen de var hentet ut fra. Videre jobbet jeg med å lage en analytisk tekst til hvert kondensat fra sub-gruppene som skulle vise hva dette materialet forteller om en utvalgt side av prosjektets problemstilling. Malterud fremhever at forskeren her må være bevisst hva hver sub-gruppe bidrar med av resultater som skal vises i hovedfunnene for hver kodegruppe. Altså viser subgruppens analytiske tekst de ulike aspektene ved funnene i hver kodegruppe (Malterud, 2017 s.108-109). Jeg opplevde at jeg måtte justere og omformulere litt på kodegruppene for å gjøre dem tydeligere og mer gyldige for innholdet i denne prosessen. Til slutt satt jeg igjen med fire hovedfunn. Disse var:

1. Uklar begrepsforståelse, men klar opplevelse.
2. Tidligere opplevelser av manglende brukermedvirkning i møte med andre instanser.
3. Forutsetninger for brukermedvirkning. Behandling med utgangspunkt i eget ståsted gir bedre tilpasset behandling.
4. Behov for en ekspert. Balansegang mellom egen styring og eksperthjelp.

Når jeg ser tilbake på analyseprosessen, kan jeg se hvordan de de fire hovedfunnene springer ut av justerte kodegrupper, som igjen kommer fra vagere kodegrupper, som finnes igjen i de foreløpige temaene. I denne spissingen har jeg reflektert over egen påvirkning, og hvordan min forforståelse har preget prosessen. Jeg har kjent på utrygghet på om jeg selv klarer å se min egen innvirkning godt nok. Samtidig har jeg også kjent på nærheten til materialet og mitt ansvar for ikke å fremstille informantenes opplevelser på feil måte, men la dem vise seg frem på en måte som de ville kunne nikke gjenkjennende til.

3.7 Etske hensyn og betraktninger

Gjennom hele forskningsprosjektet fra ide til analyser og fremstilling av teksten i oppgaven, har jeg gjort etiske vurderinger. Thagaard fremhever at man allerede før man starter et forskningsprosjekt bør gjøre vurderinger av om temaet er etisk forsvarlig å forske på, og hvordan forskningen bør legges opp for å unngå uheldige konsekvenser for deltagerne eller andre berørte av prosjektet (Thagaard, 2009 s.64). I valg av problemstilling var jeg bevisst hvem informantene ville bli. Jeg var inne på tanken å inkludere ungdommene og deres opplevelser i undersøkelsen. Men siden det er et stort alderssprik blant ungdommene som mottar behandling, og graden av deltagelse i behandlingen varierer veldig, så jeg det som en altfor krevende oppgave for denne undersøkelsen. Det var mer nærliggende å intervju foreldrene som hadde mottatt MST-behandling. Samtidig har ulike aktører ulike opplevelser, og foreldrene vil fremstille sitt perspektiv og kanskje ikke kjenne til om ungdommen har opplevd behandlingen annerledes. Det er viktig å huske på at det er foreldrenes beskrivelser av sin livsverden som kunnskapen fra denne undersøkelsen er basert på. Problemstillingen og rammene for undersøkelsen ble drøftet med veileder, og jeg utarbeidet en prosjektbeskrivelse som viste hvordan jeg ville gå frem for å gjennomføre undersøkelsen.

Videre ble det sendt forespørsel til Norsk senter for forskningsdata (NSD) for gjennomføring av undersøkelsen og behandling av data. NSD godkjente undersøkelsen den 20.02.2018 og vurderte at den ikke omfattes av helseforskningsloven da undersøkelsen retter seg mer mot trekk ved hvordan en behandling er organisert enn mot sykdom eller helse (vedlegg 3).

Rekrutteringen av informanter ble gjort gjennom veilederne i tre MST-team i Vestfold og Buskerud. I første omgang ønsket jeg bare deltakere fra området jeg selv ikke arbeidet, men opplevde vansker med å få rekruttert informanter. Jeg inkluderte derfor også Buskerud, men kun informanter som mine kolleger hadde hatt i behandling, og som ikke kjente eller hadde hatt kontakt med meg. Jeg har reflektert rundt at to av informantene har hatt mine kolleger som terapeut og hva dette kan ha gjort med hvordan de har sett på meg og min rolle. Alle informantene er kjent med at jeg er MST-terapeut selv, og dermed kjenner alle de andre MST-terapeutene. Jeg har gjort det tydelig i starten av hvert intervju at jeg i denne situasjonen er forsker, og ikke terapeut. Jeg har vært var på tilbakemeldinger på min rolle, men har fått kun positive signaler fra informantene. Disse handler om at vi forstår hverandre og at jeg vet hva de snakker om når de forteller om sine opplevelser fra behandlingen. Vi har et felles begrepsapparat og kjennskap til hele behandlingsprosessen. Det har snarere redusert den sosiale og faglige avstanden mellom meg som forsker og informantene (Thagaard, 2009 s 104). Vi er begge deltagere i en felles verden som handler om ungdommer med atferdsproblemer og hjelpetiltak fra MST.

Likevel er det en tydelig forskjell i rolle og makt fra hvor jeg til vanlig har terapeutrollen, er hjelper og sitter på kunnskap og løsninger, mens informantene er fortvilte foreldre som alle opplever at de har mistet kontroll. Det må tas i betraktning at dette er ungdommer som barneverntjenesten har prøvd ut flere andre tiltak for å hjelpe tidligere, og at ungdommen ved inntak til MST har utviklet en så alvorlig atferd på flere arenaer at de er i ferd med å bli plassert på institusjon. Deres store behov for hjelp setter dem i en annen posisjon hvor de antagelig føler på ubalansen i maktforholdet til sin terapeut. Nettopp dette kan prege informantene i møte med meg, da de vet at jeg også er MST-terapeut. Det fører til spørsmål om hvorvidt informantene forteller det de tror forskeren vil høre. Det kan være at informantene føler det vanskelig å snakke om mer kritikkverdige forhold rundt MST-behandlingen og deres egen brukermedvirkning. Jeg inkluderte flere spørsmål i intervjuguiden som omhandlet feil og mangler ved behandlingen, og forsøkte å formidle at

jeg var åpen for dette og interessert i deres opplevelser rundt temaet. Når slike historier kom opp, forsøkte jeg å gi uttrykk for interesse og bekreftelse, og oppmuntret dem til å fortelle videre. Jeg forsikret også på nytt om anonymitet og at informasjon fra intervjuene ikke skal kunne spores tilbake til den enkelte familie eller terapeut, slik at de skulle føle på liten grad av risiko for egen del ved å formidle negative opplevelser.

All forskning skal følge forskningsetiske retningslinjer. Den nasjonale forskningsetiske komitee for samfunnsvitenskap og humaniora har vedtatt slike retningslinjer. De viser til særlig tre ulike hensyn en forsker må ivareta: *1. Informantens rett til selvbestemmelse og autonomi.* Dette omfatter frivillig deltagelse og mulighet for å trekke samtykket når som helst dersom man opplever ubehag, negative konsekvenser eller av hvilken som helst annen grunn ikke ønsker å delta. *2. Forskerens plikt til å respektere informantens privatliv.* Med det menes at informantene selv skal få bestemme hva de vil gi av informasjon, og kan nekte forskeren tilgang til opplysninger de ikke ønsker å gi. Informantene skal videre være trygge på at studiet ivaretar konfidensialitet og vite hvem som har tilgang til informasjonen om dem. Samtidig skal de vite hvordan informasjonen blir brukt. *3. Forskerens ansvar for å unngå skade.* Dette innebærer at forskeren må vurdere om undersøkelsen og intervjuet kan berøre følsomme og sårbare områder hos informantene som kan medføre at de får vansker i etterkant, eller oppleves belastende (Johannesen, et al., 2016 s.85-87). Alle informantene i undersøkelsen fikk omfattende informasjon om frivilligheten til deltagelse i prosjektet og muligheten til når som helst å trekke samtykket. De har signert et samtykkeskjema som også beskriver hvordan anonymiteten ivaretas i studiet, og hvordan informasjon blir behandlet og oppbevart på forsvarlig vis, og slettet etter endt studie. Jeg har også gått gjennom rammene for intervjuet og gjentatt disse premisene i begynnelsen av hvert intervju. I kvalitative intervju kan det oppstå situasjoner som oppleves som belastende for informanten. Det kan for eksempel være at de opplever seg misforstått, føler seg utrygge, eller at man kommer inn på temaer som er sårbare for informanten. Gjennom intervjuene var jeg hele tiden oppmerksom på dette og forsøkte å være sensitiv for signaler på ubehag hos informanten, samtidig som jeg forsøkte å stille spørsmålene på en hensynsfull og ikke for nærgående måte. Jeg stilte også spørsmål i etterkant om hvordan de hadde opplevd intervjusituasjonen, og ga dem mulighet til å kontakte meg i etterkant om de hadde behov for å snakke om noe, eller hadde spørsmål de ønsket svar på.

3.8 Forforståelse og forskerens rolle

Malterud beskriver forforståelsen som den ryggsekken med erfaringer, hypoteser og faglige perspektiv som vi bringer med oss inn i forskningsprosjektet. Den kan være motivasjonen til å forske på nettopp det emnet vi velger, men kan også være en utfordring på veien.

Innholdet i ryggsekken påvirker måten vi forstår, hvordan vi samler inn data og hvordan vi tolker våre data på. Forforståelsen kan være en styrke i form av forkunnskap og motivasjon, men den bringer med seg en fare for at den preger alt vi ser og stenger for alternative synsmåter. Da blir forforståelsen skylapper og gir en begrenset horisont (Malterud, 2017 s. 44-46). Forskeren må ha et aktivt og bevisst forhold til sin egen forforståelse gjennom hele forskningsprosessen. Allerede i ideen for undersøkelsen har min forforståelse spilt en viktig rolle. I mitt arbeid som MST-terapeut i mange år har jeg blitt interessert i hvordan familiene vi jobber med opplever behandlingen og eierskapet til den. Flere ganger har jeg hørt kritiske røster uttale seg om denne manualbaserte behandlingen med påstander om at den gir lite rom for tilpasning. Samtidig hevdes det innen miljøet at vi driver «skreddersøm» av behandling spesielt tilpasset den enkelte familie/klient. Som MST-terapeut kjenner jeg godt til hvordan vi etterstreber å tilpasse behandlingen til de behovene familiene har, men også hvordan vi bruker veldig like intervensjoner om igjen i møte med likeartet problematikk. Med dette som bakteppe kom jeg frem til problemstillingen for denne oppgaven. I forarbeidet til undersøkelsen tenker jeg i ettertid at min forforståelse styrte meg i stor grad. Med min faglige bakgrunn som MST-terapeut, og med en tidligere hovedoppgave i psykologi hvor jeg benyttet kvantitativ metode, var jeg opptatt av å måle og sammenligne. Jeg la opp til et prosjekt med delvis kvalitative intervju av foreldrene med både åpne spørsmål, men også vurderinger på en 7-punkts skala. I tillegg ønsket jeg å lage et enkelt spørreskjema til terapeutene med noen åpne spørsmål, og noen vurderinger på en 7-punkts skala om de samme tingene som foreldrene ble bedt om å vurdere. Jeg var opptatt av å sammenligne svarene foreldrene ga om sin opplevelse av brukermedvirkning med terapeutenes opplevelse av foreldrenes brukermedvirkning. Underveis i prosjektet så jeg hvordan dette var mitt behov for å kvantifisere og sammenligne, og ikke et naturlig metodisk valg ut fra den problemstillingen jeg hadde landet på. Allerede etter første intervju innså jeg at fortellingene til informantene ga meg mye mer enn de lukkede skalerings spørsmålene. I de senere intervjuene vektla jeg mer og mer fortellingene til informantene og gikk bort fra skalerings spørsmålene.

Likeledes formulerte jeg forskningsspørsmål som jeg gjennom intervjuene opplevde at informantene strevde med å forstå, eller som de ikke var opptatt av. Min nysgjerrighet rundt brukermedvirkningens betydning for resultatene, brukermedvirkningens betydning for relasjonen til terapeuten, og brukermedvirkningens betydning for opplevelsen av behandlingen, var spørsmål jeg selv syntes var interessante, hadde tenkt mye på, og ønsket å utforske. I møte med informantene fikk jeg en liten aha-opplevelse da de ga tydelig uttrykk for at disse begrepene ikke var like selvsagte for dem. Alle spørsmålene rundt brukermedvirkningens betydning virket forstyrrende og brakte ikke frem noen fortellinger hos informantene. Det kan være at tematikken var for fjern for dem, eller noe de hadde trengt mer tid til å tenke på, eller at jeg som intervjuer ikke fant en god nok måte å utforske temaene på. Mitt inntrykk var at informantene ble usikre, forvirret og syntes det var vanskelig å svare på spørsmålene. Noen ba om å få høre spørsmålet om igjen flere ganger. Ingen av disse spørsmålene fra intervjuguiden ga noen gode svar fra informantene. Men i fortellingene deres fra behandlingen kommer det likevel frem informasjon som kunne besvare spørsmålene om brukermedvirkningens betydning. Dette ble viktig læring for meg som intervjuer, og som novise innen kvalitativ forskning. Jeg fikk en tydelig opplevelse av hvor mye mer detaljert og rik informasjon jeg fikk fra informantenes fortellinger, med nyanser jeg ikke selv hadde tenkt på, og hvor begrenset informasjon jeg fikk fra de litt kompliserte spørsmålene. Jeg tenkte etter hvert på skaleringene som usikre og med stort rom for ulike tolkninger, og kjente behov for utdyping og forklaringer. I samråd med min veileder valgte jeg i videre arbeid med de innsamlede data å konsentrere meg om de kvalitative forskningsintervjuene, og legge bort spørreskjemaene og skaleringene. I ettertid tenker jeg at jeg burde satt meg ned og skrevet en liste over hva jeg forventet å finne allerede før jeg utarbeidet intervjuguiden. Dette kunne gjort meg bevisst på min egen forforståelse tidligere og jeg kunne unngått unødig tidsbruk på spørreskjema og skaleringsspørsmål.

En annen side av min forforståelse som har preget meg i arbeidet med denne undersøkelsen, er den teoretiske forforståelsen jeg har fått gjennom masterstudiet i familierapi og systemisk praksis. Både den systemiske forståelsen av individet i kontekst, og tilnærmingen til behandling gjennom en ikke-vitende terapeutposisjon, har påvirket mitt valg av tema for oppgaven. Siden jeg har jobbet som MST-terapeut gjennom hele studiet har

jeg mange ganger tatt med meg ting jeg har lært i studiet inn i min yrkeshverdag og blitt mer bevisst min rolle som terapeut gjennom familierapeutiske briller. Dette har uten tvil vært noe som ansporet meg til interessen for brukermedvirkning.

3.9 Validitet og reliabilitet

All forskning må vurderes opp mot ulike vitenskapelige kvalitetskriterier. Blant de mest vanlige er reliabilitet og validitet. Innen kvalitativ forskning brukes også begrepene troverdighet, overførbarhet og generaliserbarhet (Thagaard, 2009 s.189). Disse kriteriene overlapper i stor grad, og skiller seg i liten grad fra de mer tradisjonelle målene validitet og reliabilitet. Validitet omhandler gyldigheten av forskningen. Det skilles mellom mange ulike former for validitet. De mest vanlige og de som jeg vurderer som relevante for denne undersøkelsen, er intern validitet, ekstern validitet, kommunikativ validitet og pragmatisk validitet.

Intern validitet dreier seg om undersøkelsens indre gyldighet. Har vi valgt metodiske verktøy som fører til gyldige svar sett i forhold til det vi spurte om i utgangspunktet? Og brukes begreper og teoretisk referanseramme som gir mening og gyldighet for problemstillingen (Malterud, 2017 s.23)? Som nevnt i avsnittet om for forståelse har jeg gjort noen metodiske avveininger i løpet av arbeidet med denne undersøkelsen. Valget om å legge bort spørreskjema og skalerings spørsmål mener jeg har styrket undersøkelsens interne validitet. De fyldige fortellingene fra informantene har gitt rikere og mer gyldige svar på problemstillingen. Jeg mener også at de har brakt frem ulike nyanser av problemstillingen som jeg har oppdaget underveis gjennom en åpen holdning til informantenes perspektiver. Min tilhørighet i MST har betydning for den forståelsen jeg utviklet i løpet av prosjektet. Egen posisjon i forhold til miljøet som studeres har betydning for forskerens tolkninger, og en tilknytning til miljøet vil ha betydning for den forståelsen som forskeren utvikler i løpet av prosjektet (Thagaard, 2009 s.190). Videre har informantenes bekreftelser underveis i intervjuene på at jeg forstår dem, styrket min tro på at jeg sitter med faglig og teoretisk grunnlag som er relevant for denne undersøkelsen.

Den eksterne validiteten dreier seg om overførbarheten av funnene i undersøkelsen. Målet er ikke å kunne generalisere til en større populasjon slik som i kvantitative undersøkelser,

men å vurdere resultatenes relevans for andre, og andre sammenhenger utover studiets kontekst. Ved å gjennomgå forholdet mellom utvalget data er hentet fra og type kunnskap undersøkelsen gir, kan man vurdere rekkevidden av funnene (Malterud, 2017 s.24). Overførbarhet kan også knyttes til hvorvidt tolkningene og funnene i denne undersøkelsen kan gi gjenklang hos andre lesere med kjennskap til det fenomenet som undersøkes (Thagaard, 2009 s.190). Gjennom hele undersøkelsen har jeg hatt som mål å gjøre informantenes opplevelser og meninger tydelige, og har gjentatte ganger gått tilbake til loggen jeg førte rett etter hvert intervju for å minne meg selv om atmosfæren, stemningen, og tonen i intervjuet. Ved å søke tilbake til situasjonen og opplevelsen og informantenes helhetlige fortellinger, har jeg prøvd å unngå at min egen forforståelse har kommet i veien og gitt tolkninger som ikke er gjenkjennbare for informantene eller andre foreldre som har mottatt MST-behandling. Selv om jeg bare har fire foreldre med i min undersøkelse, tenker jeg at deres opplevelser og beskrivelser kan gi gjenklang hos andre foreldre i MST, og andre med kjennskap til MST som behandlingsform.

Malterud peker på at forskerens evne til å formidle sin forskning påvirker gyldigheten som kunnskapen får. Hun viser til Kvale (1996) som kaller dette for kommunikativ validitet (Malterud, 2017 s196-197). Man kan si at graden av transparens påvirker studiens kommunikative validitet. Validiteten kan styrkes ved å gjøre det tydelig hvordan prosessen i en studie har foregått, og hvilke veivalg som har blitt gjort. Slik kan leserne få nødvendige forutsetninger for å forstå versjonene, tolkningene og konklusjonen som presenteres. Leserne ville kanskje ikke valgt helt samme vei, men målet er at de skal forstå hva som har blitt gjort i studien, og hvorfor, men ikke nødvendigvis komme til enighet. I denne studien har jeg forsøkt å gi fylldige beskrivelser av hele prosessen fra valg av problemstilling, utarbeidelsen av studiet, gjennomføring, analyser og tolkninger. I tillegg har jeg forsøkt å gjøre det tydelig hvordan jeg som forsker har tenkt og vurdert, og hvordan min forforståelse har påvirket veivalg og tolkninger i studiet. Gjennom å kommunisere tydelig hele prosessen, har jeg ønsket å gi studiet en høy kommunikativ validitet.

Pragmatisk validitet handler om brukbarheten av den nye kunnskapen. Kan den gjøre en forskjell, kan noen bruke den til noe? Kan svarene vi får ha noen praktiske konsekvenser innenfor feltet det forskes i? Kan vi si at denne undersøkelsen tilfører noe nytt? Det har vært

gjort lignende undersøkelser før, men ikke med fullt fokus på foreldrenes opplevelse av brukervedvirkning i MST. Informantenes fylldige beskrivelser gir nytt innblikk i opplevelsen av brukervedvirkning. Under forutsetning av at denne undersøkelsen blir lest av andre innen feltet, kan funnene gi motivasjon for terapeuter til å sikre en større forståelse av brukervedvirkning i møte med familiene. I beste fall kan funnene gi ideer til en tydeligere fremheving av brukervedvirkning i metoden på et organisatorisk nivå, samt motivere til videre undersøkelser på området.

Med reliabilitet siktes det til hvor pålitelig forskningen er. Dette gjelder både i måten man samler inn data og hvordan de bearbeides (Johannessen, et al., 2016 s.36). Forhold i denne undersøkelsen som påvirker reliabiliteten er forskerens kompetanse i innsamling av data. Jeg er relativt erfaren som terapeut og vant til samtaler med klienter, men mindre vant til rollen som intervjuer. Gjennom masterstudiet og i pilotintervjuet fikk jeg mye gode tips til hvordan jeg kunne gjennomføre intervjuene. Noen av spørsmålene mine ga korte svar, og jeg måtte be informantene forklare nærmere og komme med eksempler. Jeg tror min erfaring som terapeut er nyttig i intervjusituasjonen, da jeg er komfortabel i samtalen, og innehar en åpen og utforskende holdning. Jeg var nøye med å presisere at jeg her kun er intervjuer og ikke terapeut. Min manglende erfaring som intervjuer kan likevel svekke reliabiliteten i datainnsamlingen.

Et annet forhold som har innvirkning på reliabiliteten i studien er at jeg fikk fire informanter. Det er et ganske lite utvalg, og i tillegg var alle alenemødre. Jeg må ta høyde for at fedrene kunne hatt andre opplevelser, og at dette mangler i mine data. I tillegg har et såpass begrenset utvalg påvirkning på reliabiliteten. Malterud fremhever betydningen av å ha et utvalg med god informasjonsstyrke og mener dette er et bedre vurderingskriterium i kvalitative studier enn begrepet metning, som sikter til at man ved et visst antall informanter når et metningspunkt hvor flere informanter ikke bidrar med særlig ny kunnskap. Målet med å bruke informasjonsstyrke i stedet er å vurdere hva som vil være tilstrekkelig for å belyse den bestemte problemstillingen (Malterud, 2017 s.64-66). Med fire informanter kan det tenkes at jeg har fått et litt svakt datagrunnlag for å tilstrekkelig kunne belyse alle sider ved problemstillingen, noe som igjen gjør reliabiliteten for undersøkelsen noe svak.

Etterprøvnbarheten som ofte er et kriterium for kvalitetsvurdering, kan noen ganger erstattes i kvalitativ forskning med intersubjektivitet (Malterud, 2017 s.25). Jeg har stilt meg selv spørsmål gjennom hele prosessen om mine tolkninger og gyldigheten av disse. Ved å gi gode beskrivelser av datainnhenting, vurderinger underveis og detaljerte beskrivelser av analysearbeidet, har jeg ønsket å gjøre arbeidet mitt transparent og gjøre det lett for leseren å følge og forstå mine vurderinger. Det er likevel ikke slik at en annen forsker nødvendigvis ville kommet frem til de samme resultatene, men en intersubjektiv forståelse kan oppnås. Denne intersubjektiviteten avhenger av en høy kommunikativ validitet som nevnt tidligere.

3.10 Oppsummering

I dette kapitlet har jeg redegjort for de forskningsmessige og etiske valgene jeg har gjort for denne studien. Neste kapittel vil ta for seg studiens funn sett opp mot problemstillingen.

4 Funn

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene fra den kvalitative undersøkelsen slik jeg har identifisert dem gjennom analyseprosessen. Jeg har tatt utgangspunkt i problemstillingen og søkt å besvare den gjennom å belyse ulike sider ved den. Jeg ser forskningsspørsmålene mine som underordnet, da de er preget av min forforståelse. De var førende for utarbeidelsen av intervjuguiden, men ble lagt bort gjennom analysearbeidet for å være tilstrekkelig åpen for hva foreldrene bringer frem som viktig i besvarelsen av hvordan de opplever brukermedvirkning. Funnene i resultatene gir derfor ikke nødvendigvis svar på forskningsspørsmålene jeg formulerte innledningsvis.

Problemstilling:

Hva sier foreldre som har mottatt MST-behandling om opplevelse av brukermedvirkning?

Hovedfunnene fra undersøkelsen har jeg kategorisert i følgende tre tema:

1. Uklar begrepsforståelse, men klar opplevelse.
2. Behandling med utgangspunkt i eget ståsted gir bedre tilpasset behandling.
3. Behov for en ekspert. Balansegang mellom egen styring og eksperthjelp.

De fleste tema har igjen flere undergrupper.

Et av temaene som handlet om opplevelser av manglende brukermedvirkning i møte med andre instanser, har jeg slått sammen med temaet som handler om forståelse av begrepet. Dette valgte jeg å gjøre fordi funnet i seg selv ikke gir noe direkte svar på problemstillingen. Det var likevel et uventet funn som samtlige informanter brakte frem uten at det ble etterspurt, og som derfor ikke kan utelates.

Alle funnene er et produkt av den informasjonen som var tilgjengelig gjennom intervjuene med informantene og min tolkning av disse. Min analyse og tolkning henger sammen med mitt ståsted og min forforståelse. Andre forskere kunne kommet frem til andre resultater avhengig av deres forforståelse og fokus.

4.1 Uklar begrepsforståelse, men klar opplevelse

Gjennom intervjuene ble det tidlig klart at begrepet brukermedvirkning ikke var et godt kjent begrep for informantene. Det var et begrep de ikke var vant til å høre eller bruke selv, og det var uklart for dem hva det innebar. I informasjonsskrivet ble det gitt en definisjon av begrepet. Denne ble også brukt i en ny gjennomgang av begrepet i intervjusituasjon der det var behov for det. Selv om begrepsforståelsen i utgangspunktet var uklar, kunne informantene etter hvert i intervjuet gi gode beskrivelser av opplevelsen av brukermedvirkning i MST-behandlingen. De ulike funnene som omhandler begrepsforståelse og opplevelser av brukermedvirkning presenteres i de påfølgende avsnittene.

4.1.1 Uklar begrepsforståelse

Bare en av de fire informantene hadde en bestemt oppfatning av hva brukermedvirkning var når intervjueren stilte spørsmål om hva brukermedvirkning handler om. Tre av informantene var tydelig usikre og brukte tid på å forstå betydningen av begrepet. Alle hadde i forkant lest helsedirektoratets definisjon av brukermedvirkning i infoskrivet de fikk om undersøkelsen. Dette ble i to av intervjuene lest gjennom på nytt da det var uklart for informantene hva det egentlig betydde. En av informantene hadde likevel vansker med å vurdere videre hvordan hun hadde opplevd brukermedvirkning i MST, og var ærlig på at hun ikke forsto helt betydningen av begrepet. Hun sier det sånn:

«Brukermedvirkning, nei det vet jeg ikke hva betyr. Har aldri hørt om det før jeg. Kan du forklare hva du mener med det?»

To av informantene kom frem til en forståelse av begrepet av seg selv, en ved å bryte ned ordet til å medvirke, og en annen forsto det ut fra helsedirektoratets definisjon. Det er tydelig at dette begrepet ikke var noe de hadde reflektert over i forkant av intervjuet.

«Jeg tenker jo at det er hva erfaringer det har gitt oss på en måte. Brukermedvirkning. Ja! ...å ja, nå skjønner jeg. Medvirkende, det ligger i ordet egentlig. Ja at man blir litt med, et eller annet eierskap til det da.»

Det var bare en av informantene som var tydelig opptatt av det og hadde en klar mening om betydningen både av begrepet og betydningen for behandlingen. Hun var opptatt av

dialogen og den åpne kommunikasjonen og at hun som mor kunne komme med det hun syntes var viktig og bli hørt på det. Hun beskrev det sånn:

«Det er kjempeviktig, for det er den måten vi kommuniserer på. For altså, hvis vi ikke har brukermedvirkning så kan man jo sitte på et seminar da, der noen står og snakker til deg, og du har ikke noe å delta med. Det er jo helt nytteløst. Det må være dialog der, det er det brukermedvirkning er.»

4.1.2 Klare opplevelser av brukermedvirkning

Om forståelsen av begrepet var uklar, så kunne alle informantene beskrive opplevelser som omhandler brukermedvirkning. De forteller om opplevelser av å bli hørt, få komme med egne innspill og oppleve at behandlingen blir tilpasset deres behov og opplevelse av trygghet og støtte.

En av informantene beskrev det som opplevelsen av å være på samme side og tenke likt og oppleve trygghet på den personen som skulle hjelpe dem. En annen fortalte om å ha et samarbeid der både hun og terapeuten bidro med innspill og satte det sammen til noe de hadde tro på ville fungere.

«Vi var jo med og satte opp disse skjemaene da for eksempel, med regler og sånne ting. Jeg var jo med på, og kom jo egentlig med det jeg hadde behov for selv, og så laget vi utover det. Kom med innspill begge to også satte vi det sammen.»

Samtlige var opptatt av relasjonen til terapeuten. Det var viktig at terapeuten kjente dem godt, var lydhør for deres ønsker og behov, og villig til tilpasninger ut fra hva de som foreldre opplevde fungerte eller ikke. Informantene fortalte at de opplevde å få styre mye selv og prøve ut flere ting, at de kunne si fra om det var noe de ikke ønsket og at de kunne forandre på tiltakene slik at de passet dem bedre.

«Vi fikk styre mye som vi ville hele veien, og ble tatt med på planlegging og å sette opp mål og sånn. ...Vi prøvde ut fler ting som ikke fungerte også. Da kunne vi si ifra, også forandra vi litt på det.»

En annen beskriver det slik:

«Han var veldig bevisst på å på en måte følge en slags agenda, samtidig som han var veldig bevegelig for hva som var veldig viktig også lytte til meg hvis det var ting, for det er jo ofte sånn.»

4.1.3 Brukermedvirkning oppleves som betydningsfullt

I sine beskrivelser av brukermedvirkning fremhever samtlige informanter hvor betydningsfullt dette var for dem.

«..det at vi får være med på å finne ting som vi mener hjelper, og blir hørt da, det er veldig viktig.»

En annen fremhever både at brukermedvirkning er viktig, men også at det avhenger av relasjonen, kjemien og kommunikasjon.

«Altså, det er en dialog hele greia der. Alt i alt så er det jo det hele... Og hvis du ikke har kjemi med den som kommer til deg, hvis du føler at den personen liksom «å herregud liksom», så har du jo ikke noe dialog, for da blir det en låsning der. Så det er veldig viktig at man får en god kjemi... og føler at du blir hørt, og kan komme med innspill.»

4.1.4 Opplevelse av eierskap til prosessen og resultatene

Alle informantene begynte spontant å fortelle historier om endringene og om hvordan de hadde jobbet. Det virket som om alle hadde et behov for å vise frem hva de hadde fått til og var stolte av egen innsats. De viste alle et tydelig eierskap til behandlingen og resultatene og kunne gi gode beskrivelser av hva som hadde hatt god virkning.

Noen var opptatt av økt bevissthet og forståelse både av problematikken og samspillet i familien og hvordan dette hadde ført til endring. En uttrykte det slik.

«Det har blitt bedre, veldig mye bedre. Jeg har blitt mer bevisst det og fått mer forståelse for det og hun har fått mer forståelse for hvorfor det er skummelt og ikke bra, og fått henne litt bort fra det, forandret litt på det. Også at vi har fått forstått, spesielt jeg da, hvorfor hun gjorde det, hva behov det var som hun trengte og hvorfor hun skulle gjøre det liksom.»

En annen fortalte om hva hun hadde gjort som hun opplevde som virkningsfullt på denne måten:

«..vi har blitt enige om at kjefting det er ikke noe vits i, da kan vi heller sette oss ned og prate om hvorfor har du gjort dette, hva har du lært av det, også bli enige om en konsekvens som er passende for det de har gjort gæærnt da. Og det har virka veldig, for ungene har ikke gjort noe gæærnt siden.»

Det var flere som kom med utsagn som nærmest lyste av stolthet over hva de hadde fått til gjennom behandlingen. Samtidig var flere veldig tydelige på at det var de selv som hadde gjort dette. En sa det på denne måten:

«Jo, altså skolen her borte ble jo veldig interessert da når vi forklarte hvordan vi jobba og sånn, og ble veldig interessert på det. Det var nesten så de var mer interessert i å høre om det enn åssen det går med barna. Så de ble veldig imponert over hva vi har fått til da.»

4.1.5 Brukermedvirkning i MST sammenlignet med tidligere opplevelser av fravær av brukermedvirkning i møte med andre instanser

Alle fire informantene fortalte historier om manglende brukermedvirkning i møte med andre instanser, og fremhevet MST-behandlingen som en motsetning til dette. Det ble ikke stilt noen spørsmål om dette i intervjuet, men samtlige informanter kom med slike historier. Disse historiene bar preg av en fortvilelse over å ikke bli hørt, ikke bli tatt med på avgjørelser, eller å bli satt i bås. Dette var et uventet funn, og derfor viktig å ta med. Det kan virke som de forsto brukermedvirkning bedre gjennom vonde opplevelser av ikke å ha fått medvirke tidligere. Dette kan tenkes å påvirke hvordan de opplever brukermedvirkningen i MST-behandlingen.

Flere av informantene fremhevet at noe var annerledes i MST-behandlingen enn i andre instanser de har hatt kontakt med. Flere av informantene mente de ble hørt på en annen måte i MST. En av dem mente også at hun hadde mer hun skulle ha sagt i MST enn i møte med barneverntjenesten.

«..det at vi får være med på å finne ting som vi mener hjelper, og blir hørt da, det er veldig viktig. For som regel så har jeg litt på følelsen av med barnevernet og sånn da, de veit ikke

helt hva dem driver med da. De sier at det sånn og sånn, ferdig (dunker hånden i bordet) og vi har liksom ikke noe vi skulle ha sagt.»

En annen fremhevet også tryggheten på terapeuten og mente hun var en annen person i møte med MST sammenlignet med barneverntjenesten.

«Jeg ble veldig fort kjent med han, veldig fort trygg på han egentlig, så hadde det vært sånn at det var barnevernet som skulle ha kommet hjem til meg så hadde jeg gruet meg, men når det var han som skulle komme så gruet jeg meg ikke. Det var liksom helt greit at han kom.»

«Jeg var nok en helt annen person når han var inne enn hva jeg hadde vært hvis det var barnevernet som satt der. Jeg var mer avslappet, følte meg mer trygg da. Følte meg mer trygg rett og slett.»

To av informantene fortalte at de har opplevd det som vanskelig å få kontakt med andre instanser, og at de ikke deltar i møter. De forteller om et godt samarbeid med MST, og fremhever denne manglende kontakten og deltagelsen fra andre instanser som en motsetning. De omtaler disse vanskene med å få andre instanser med på samarbeid som et område hvor brukermedvirkningen har vært lav eller manglet.

«..de deltok aldri. Det var bare oss og MST som møtte opp, også skolen da. ...det gikk mer på dem her i kommunen. Hva dem bidro med og ikke bidro med. Det var veldig vanskelig. Å få dem inn og få satt i gang tiltak.»

En av informantene forteller om fortvilelsen over å ikke ha kjennskap til hjelpesystemene og ikke vite hvor hun skal henvende seg for å få hjelp, og etterlyser en sterkere koordinering av dette, og at noen som kjenner systemet kan ta ansvar for det på vegne av foreldrene.

«...at de som tar kontakt med noen andre instanser følger opp dette pronto. En uke eller to uker etterpå. Ikke la det overlates til en forelder. Altså jeg aner ikke noe om systemet.»

« jeg satt jo og venta da på psykologen og vet ikke hvem jeg skal kontakte, for jeg har jo ikke vært i kontakt med noen, jeg har jo ikke fått noen navn, så skal jeg ringe rundt til kommunen, også skal jeg vite hvem som er barnepsykolog, skolepsykolog, kommunepsykolog, aner ikke.»

Denne informanten ønsket også at MST-terapeuten raskere kunne tatt dette koordinerende ansvaret når foreldrene uttrykte behov for det. Dette gjaldt spesielt i kartleggingsfasen. Hun ga uttrykk for at hun ikke ble hørt tilstrekkelig da.

«Ja, så når man sitter og samler informasjon og foreldrene er fortvila, og får ikke kontakt med skolen, får ikke kontakt med ungen som er deprimert, så burde de ikke bare sitte og samle informasjon. De burde smelt ut noe, ringt rundt og hva er det vi kan trekke i av tråder, og begynne med i tillegg.»

Jeg har i det foregående redegjort for funnene som omhandler begrepsforståelse og opplevelse av fenomenet brukermedvirkning, slik den beskrives av informantene, og har forsøkt å vise hvordan informantene vektlegger ulike aspekter ved brukermedvirkning.

4.2 Behandling med utgangspunkt i eget ståsted gir bedre tilpasset behandling

Samtlige informanter fremhevet betydningen av å bli forstått og hørt. Dette kunne dreie seg om at de opplevde at terapeuten kjente dem godt, at de hadde lik forståelse av problemene eller at terapeuten satte seg nøye inn i familiens forståelse av deres situasjon og lyttet til historiene deres. Også åpenhet fra terapeutens side var viktig for opplevelsen av trygghet og kontroll. Med dette som utgangspunkt opplevde de at behandlingen ble godt tilpasset familien. Med en trygg relasjon til terapeuten var det også lett å si fra om det var noe de ikke var helt fornøyde med og ønsket endringer. Her presenteres disse funnene nærmere.

4.2.1 Foreldrene kjenner familien sin best, og terapeuten må bli kjent med familien for å kunne hjelpe

Alle fire informantene ga uttrykk for at det var familien selv og foreldrene som visste best og kjente best til hvordan de fungerte sammen som familie, og hensynet til dette var viktig for opplevelsen av brukermedvirkning. En informant fortalte om at terapeuten deres tok seg tid til å bli kjent med alle i familien og se hvordan de fungerte sammen. Dette hadde stor betydning for henne.

«Det vi likte med vår terapeut var at han var veldig flink til å ta kontakt med andre familiemedlemmer og bli kjent med familien. Det var veldig viktig, og det gjorde en stor forskjell, for da fikk han på en måte se litt av hvordan familiedynamikken vår er da.»

En annen informant vektla at terapeuten satte seg nøye inn i utfordringene og reflekterte over dem sammen med henne. At de begge fikk en felles dybdeforståelse av problematikken og hva som trengtes, ga informanten både en trygghet på terapeuten, og en motivasjon til å jobbe med utfordringene. Hun beskriver også terapeuten som en viktig del av familien i den perioden MST-behandlingen varte.

«Fordi vi brukte mye mere tid på da, enn kanskje før, å bare sette seg ned og se ordentlig på hva er det som er utfordringene, og hva er det jeg kan gjøre annerledes. Og det var sånn at vi gikk veldig inn i det.»

Samme informant uttalte videre:

«Det at jeg skjønnte meningen og så behovet, og ble veldig interessert i forbedringspotensialet og var veldig motivert for å gjøre noe med det, jobbe med det. Det har veldig mye å si, har nesten alt å si.»

To av informantene fremhever behovet for å være med og bestemme når det er deres eget barn. Da føler de et ekstra ansvar.

« Men når du har ungen din, så har du egentlig ikke lyst til å overlate det, du har lyst til å delta, du har lyst til å være til stede.»

«Også ble det litt enklere at vi også kunne være med og si hva vi tror fungerer siden vi kjenner barna våre bedre...»

En informant fremhevet også at ingen terapeut er til stede hele tiden og opplever situasjonene slik foreldrene gjør, så derfor er det riktig at foreldrene har brukermedvirkning.

«Jeg tror det er riktig også (med brukermedvirkning), for det er på en måte jeg som kjenner situasjonen, som kjenner hva som... Kjenner situasjonen best når han (terapeuten) ikke er der, som ikke er der hele tiden da, kan du si. Det er noe med det.»

4.2.2 Når det blir tatt hensyn til foreldrenes egen forståelse, egne meninger og egen historie, gir det økt tillit og trygghet, og bedre tilpasset behandling

Samtlige informanter forteller om betydningen av å oppleve seg hørt og forstått. Det være seg fortellinger fra eget liv og oppvekst, hva de har prøvd ut av tiltak tidligere, eller hvordan det har gått siden forrige møte. At slike historier blir lyttet til og tillagt vekt, var grunnleggende for opplevelsen av brukermedvirkning i behandlingen. Videre viser flere til hva dette fører til.

At terapeuten hadde tid til å lytte til de historiene familien selv brakte frem som betydningsfulle, ga dem opplevelsen av å bli forstått. En av informantene sa det slik:

«Når jeg forklarte om ting, og om åssen jeg har opplevd barndom og ungdomstida, det å være voksen, så hørte han på det. ...så han gjorde om på ganske mye for å prøve noe annerledes da...»

Alle informantene forteller også at de opplevde å være delaktige og at deres meninger ble lyttet til og deres forslag til løsninger ble tatt hensyn til. En av informantene beskriver at både hun og terapeuten kom med innspill, og så ble de enige om hva de skulle gjøre. To av informantene forteller at et slikt samarbeid hvor de blir lyttet til og deres meninger blir anerkjent, gjør at de stoler på terapeuten og føler seg trygge.

«..det at han lot meg være med og sette preg på eller høre hva jeg mener og sånne ting, og litt sånn, det gjør nok at man føler, hva skal man si, en helt annen trygghet og mer positiv.»

Samtlige av informantene beskrev hvordan de kunne si fra om noe ikke fungerte, eller de var uenige, og at dette førte til endringer og bedre tilpasninger.

«og hvis jeg følte at det ikke fungerte, det vi prøvde, så prøvde de liksom å vinkle det litt annerledes.»

«...vi forandra jo på reglene innimellom etter behov. For når vi hadde jobba en del med det, så kunne vi jobbe mer med noe annet. Og vi forandra en del på det underveis flere ganger, det gjorde vi. Det var han veldig positiv til, og det syntes han var bra.»

I dette avsnittet har jeg gått inn i funnene som omhandler at informantene mener det har betydning at terapeuten tar utgangspunkt i informantenes eget ståsted og perspektiv og har

en tillitsfull og trygg relasjon til terapeuten. Dette beskrives som en forutsetning for god brukermedvirkning.

4.3 Balansegang mellom egen styring og behov for ekspert

Alle informantene reflekterte noe rundt hvilken grad av brukermedvirkning som ville være best. Alle ønsket å være delaktig og oppleve kontroll, men flere så også begrensninger ved egen styring av behandlingen. De ønsket også ærlige tilbakemeldinger fra en ekspert som ser ting som de selv ikke ser, og som sitter med kunnskap og verktøy som kan hjelpe dem. Informantenes beskrivelser av denne balansegangen mellom egen styring og behovet for en ekspert beskrives i det følgende.

4.3.1 Stor grad av brukermedvirkning er nødvendig, men ingen ønsker å styre alt selv

Alle fire informantene ga uttrykk for at brukermedvirkning var nødvendig i MST-behandlingen. De forteller om at de opplevde selv å ha styringen i behandlingen, og følte eierskap til både prosessen og resultatene. Brukermedvirkning har likevel en grense, slik informantene ser det. De ønsker ikke å styre og bestemme det helt selv, og kjenner på egne begrensninger både i forståelse og kunnskap om hva som fungerer. De har behov for nyttige verktøy og friske innspill fra noen utenfra.

To av informantene betegnet terapeuten som en veileder. En annen informant mente at resultatene ikke ville blitt varige om de ikke hadde hatt styringa selv og opplevd eierskap. Da ville det fort gått tilbake til sånn det var før. En av dem sier det slik:

«Hadde vi ikke hatt styringa selv, så tror jeg ikke vi hadde fullført på en ordentlig måte med bra resultat da. Det hadde gått sånn tilbake til av seg selv ei uke etter at de (MST) var ute av huset her.»

Samtidig gir flere uttrykk for at de ikke vil styre alt helt selv. Samme informant fortsetter:

«Det hadde ikke vært noe vits i å ha MST inne da hvis vi skulle bestemme alt i den tralten vi har gjort før.»

En informant snakker om sitt behov for brukermedvirkning som å være til stede og delta, og ha en dialog med terapeuten hele veien. En annen informant snakker om at det er vanskelig å se seg selv og hva som trengs siden de selv står midt i problemene.

«Ikke bare at vi som foreldre skal ramle ut en masse greier som vi skal tenke alt nytt om, for vi står jo oppi en egen konflikt. Så det å få noe utenfra. Både forståelse og litt motmæle holdt jeg på å si.»

4.3.2 Behov for en ærlig ekspert med utenfrablikk og fylldig verktøykasse

Det virker som alle informantene hadde behov for en terapeut med kompetanse og erfaring, en slags ekspert de hadde tillit til og som var ærlig om hva han så i familien.

En informant ga uttrykk for at hun i begynnelsen ikke hadde tro på at terapeuten kunne komme med noe nyttig uten å kjenne barna skikkelig, men fortalte at hun hadde tatt feil, og at hun selv hadde innsett at terapeutens kompetanse på området var til hjelp for dem. To av informantene sier de trenger at terapeuten kan bidra med verktøy, noe terapeuten har erfart at virker.

«Også har de kanskje verktøy som vi ikke har tenkt på, som de har tenkt på i MST som gjør at «oj det har vi ikke tenkt på». For unger kommer jo ikke akkurat med bruksanvisning.»

To av informantene poengterer også at terapeuten kan fortelle dem om hva som er viktig å gjøre, at terapeuten kan bidra med kunnskap om hva som er grunnleggende og psykologisk riktig.

«Det at du kan få noe nytt utenfra på en måte også, noen verktøy man kan bruke for eksempel også. Ja, noen ting som han har erfart med andre da, noen ting som er grunnleggende bra, psykologisk bra, som han veit.»

Bare en av informantene etterlyste mer bidrag fra terapeuten. Hun hadde tydelig tillit til terapeuten og hans kompetanse, og ønsket at han skulle delt mer av den og vært tydeligere.

«Vi hadde god dialog med terapeuten, og han var jo verdens roligste og snilleste, men han kunne godt vært myndigere. At han på en måte tok litt plass, og sånn at han eide det litt. For dette kunne han. Kunnskap er jo makt.»

Alle fire informantene fortalte at de hadde tillit til at terapeuten var ærlig og sa fra om ting han så at de gjorde feil, eller burde endre på, og at dette var viktig for dem. En av informantene sa hun satte pris på at terapeuten ga dem litt motstand også, og sa fra om han var uenig.

«Ja, for han var veldig flink til det å se. Se hva som var hva. Han sa også hvis det var noe han tenkte jeg burde jobbe mer med også. Hvis det var ting jeg skulle forbedre meg på. Og da følte jeg på en måte at han var ærlig og ja. At jeg var trygg på det han sa, og at han visste hva han snakket om på en måte da.»

En annen sa det slik:

«Altså si, jammen det var kanskje ikke helt lurt det dere gjorde. Og (terapeutens navn)gjorde faktisk det. Han hadde vi en god dialog med.»

I det foregående avsnittet har jeg presentert funn som omhandler informantenes fortellinger rundt ønsket grad av brukermedvirkning og deres refleksjoner rundt fordeler og begrensninger ved egen styring av behandlingen. De gir også uttrykk for at de trenger en ekspert som de har tillit til at både har mer kunnskap enn dem, erfaring med lignende problemer, og som gir dem ærlige tilbakemeldinger.

4.4 Oppsummering av funnene

I dette kapitlet har jeg gjort rede for de forskjellige funnene som best besvarer studiens problemstilling og de mest relevante forskningsspørsmålene. Oppsummert forteller funnene om foreldrenes opplevelse av brukermedvirkning i MST-behandlingen. Selv om de hadde en uklar begrepsforståelse kunne de beskrive tydelige opplevelser av brukermedvirkning hvor de fremhever å bli hørt og forstått, og eierskap til prosessen og resultatene. Samtlige vurderer brukermedvirkning som betydningsfullt. Foreldrene vektlegger relasjonen til terapeuten som avgjørende for brukermedvirkning. At terapeuten tar seg tid til å høre deres historier og bli kjent med familien og tar utgangspunkt i deres forståelse og ståsted sees som forutsetninger for brukermedvirkning. Foreldrenes opplevelse av tillit og trygghet fremkommer også klart som viktig for brukermedvirkning i MST-behandlingen. Det er også entydig at alle foreldrene i denne studien uttrykker et behov for en terapeut med kunnskap om feltet og erfaring med lignende problemer. De ser tydelig grenser for egen medvirkning og ønsker en ekspert som kan veilede dem og gi dem ærlige tilbakemeldinger.

I neste kapittel vil jeg drøfte funnene i lys av relevant forskning og den teoretiske konteksten som er presentert for denne studien.

5 Drøfting

I dette kapitlet vil jeg drøfte funnene i denne studien og hvordan de innenfor det teoretiske rammeverket kan besvare oppgavens problemstilling. Først går jeg inn på forståelsen av begrepet og hvordan funnene rundt dette har implikasjoner for opplevelsen av brukermedvirkning. Videre drøfter jeg hva informantene beskrev som betydningsfullt for opplevelse av brukermedvirkning, hvilke forutsetninger de knyttet til opplevelsen, hva de gir uttrykk for at det inneholder, samt hva brukermedvirkning fører til. Jeg drøfter også temaer som eierskap og makt, før jeg går inn på foreldrenes behov for en ekspert og hva dette innebar. Til slutt diskuterer jeg brukermedvirkning opp mot skreddersøm i MST.

5.1 Avgrensning

En viktig avgrensning for denne undersøkelsen og min diskusjon av resultatene er at jeg har valgt å konsentrere meg om foreldrenes opplevelse av brukermedvirkning i MST. Jeg gjør ingen vurdering av tiltaket i seg selv, og har ikke som mål å gi en objektiv vurdering av om brukermedvirkning finner sted. Jeg er interessert i foreldrenes erfaringer og opplevelser knyttet til begrepet og fenomenet brukermedvirkning. Mine drøftinger gjelder foreldrenes forståelse, og hva de ut fra sine beskrivelser av opplevelser legger i begrepet og dets betydning i MST-behandlingen. Jeg kommer også inn på de forutsetningene for brukermedvirkning som foreldrene vektlegger og de begrensninger og dilemmaer som de tar opp.

5.2 Brukermedvirkning - et uklart begrep

Brukermedvirkning har røtter tilbake til menneskerettighetene og respekten for enkeltmenneskets selvbestemmelse. Det finnes nå som begrep i de fleste samfunnsområder hvor det ytes tjenester til mennesker. Samtidig er det et begrep som ikke har et entydig innhold eller en åpenbar betydning for brukerne selv. Foreldrene i MST forstår heller ikke umiddelbart hva det betyr. De forbinder det ikke med hva de opplever konkret i arbeidet sammen med terapeuten. De bruker andre ord. Samtlige trengte en utdyping av begrepet før de kunne gi utfyllende svar på opplevelse av brukermedvirkning i MST-behandlingen. Lignende funn har blitt gjort av andre som har undersøkt ulike brukergruppers medvirkning. I

Slettebøs avhandling fra 2008 var det også mange foreldre i barnevernet som opplevde begrepet som et fremmedord eller faguttrykk som fagfolkene i barnevernet brukte. Selv de som forsto begrepet syntes det var vanskelig å forklare (Slettebø 2008 s. 132-133). Dette er et interessant funn og vitner om et paradoks: De som begrepet og arbeidsmåten er ment å ivareta har ikke noe forhold til det.

Når det ble brukt ord som påvirkning eller innflytelse på behandlingen, medbestemmelse, deltagelse og styring, viste foreldrene en bedre forståelse og uttrykte at det er noe de er opptatt av og har erfaringer rundt. Først i relasjonen mellom intervjuer og foreldre ble begrepet kjent og fikk innhold og mening for foreldrene. Dermed ble det mer enn en språklig konstruksjon, noe de kunne relatere seg til og gjenkjenne i tilbakeblikk på sine opplevelser med MST. Da uttrykte de også sterke meninger om brukermedvirkning. Gjennom økt bevissthet rundt begrepet og fenomenet fikk de et rom for å uttrykke noe de hadde sterke følelser rundt. De har hatt opplevelser av manglende brukermedvirkning, men også opplevelser av god brukermedvirkning, og kjent på forskjellene og hva det gjør med dem.

5.2.1 Hvem bør kjenne til begrepet?

Innholdet i begrepet varierer med hvilket nivå man finner det på, om det er i lovtekst, styringsdokumenter på systemnivå eller i bruk hos den enkelte tjenesteutøver eller terapeut. Like mye kan det variere fra den ene virksomheten til den andre. Jenssen hevder at hvorvidt brukermedvirkning fører til at brukeren faktisk får innflytelse, opplever likeverdig samarbeid og aktiv deltagelse slik det beskrives i offentlige dokumenter, avhenger av de underliggende argumentene for brukermedvirkning, den aktuelle konteksten og den enkelte yrkesutøver (Jenssen, 2012, s.51). En god forståelse av begrepet bør altså sikres på tjenestenivå, og ikke bare i styringsdokumenter og retningslinjer utarbeidet på ledelsesnivå.

Videre kan det virke som også forståelsen varierer sterkt fra ledelsesnivå til terapeutnivå og foreldre- eller brukernivå. Som en konsekvens av dette vil det antagelig være variasjon i hva det ønskes at det skal omfatte også. Brukeren selv kan vektlegge andre sider ved behandlingen og medvirkningen enn det terapeuten eller ledelsen mener er av betydning. Slettebø, Oterholm og Stavrum undersøkte i sin rapport hvordan MST-ledere forsto begrepet og fant at også flere av dem opplevde begrepet som noe diffust, og syntes det var vanskelig

å si hva det innebar (Slettebø, et al., 2010). De anbefalte tydeligere definering av begrepet og bedre rutiner for å sikre forståelsen og utøvelsen i alle ledd. Funnene i denne studien viser at kjennskapen til begrepet er uklar også hos foreldrene, og at det fortsatt er behov for bedre rutiner for å sikre forståelsen av begrepet brukermedvirkning. Brukermedvirkning kan synes å være et begrep som forekommer mest i dokumenter på systemnivå og skal sikre kvalitet i tjenestene. Både nasjonalt og internasjonalt blir brukermedvirkning løftet frem som et sentralt kriterium på kvalitet i hjelpetjenestene, ut fra en grunnide om at kvaliteten oppleves og prøves i møte mellom bruker og tjenesteutøver. Da bør det ikke bare vektlegges hva som skal gis av hjelp, men også hvordan (Hanssen, et al., 2005). Spørsmålet kan stilles om dette er mer et honnørord som virksomhetene smykker seg med for å vise sitt fokus på tilpasning til brukerne. I realiteten har kanskje de fleste brukere lite kjennskap til begrepet. Denne studien antyder at det fortsatt et begrep fra styringsdokumenter, og lite brukt i samtaler med brukerne. Jeg undres på om man kan sikre brukermedvirkning uten at brukeren har en forståelse av begrepet og dermed sin rett til brukermedvirkning. På den ene siden kan det tenkes at brukermedvirkning kan sikres gjennom gode rutiner og kvalitetskrav til terapeuten. På den andre siden kan brukeren legge et annet innhold i brukermedvirkning. De kan vektlegge andre forhold som viktige enn det ledelsen gjør i utarbeidelsen av rutinene og kvalitetskravene.

I Slettebø, Oterholm og Stavrum sin undersøkelse av brukermedvirkning i det statlige barnevernet, ble MST-ledere bedt om å vurdere ulike påstander om hva som kan fremme eller hemme brukermedvirkning (Slettebø, et al., 2010). De fleste MST-lederne vurderte at det trengs både tydeligere rutiner for medvirkning og at brukerne trenger å lære mer om hvordan de kan medvirke. De svarte også at de ansatte i MST, altså terapeutene, hadde gode kunnskaper om brukermedvirkning, men også at de kan trenge å lære mer om dette. Det konkluderes med at det trengs økt bevissthet om hva brukermedvirkning er. Videre svarer samtlige MST-ledere at foreldrene har reell medvirkning, som innebærer å delta i forhandlinger og få mulighet til å bestemme, jamfør Arnsteins stige (Slettebø, et al., 2010). Dette stemmer overens med mine funn om at brukerne ikke kjenner til begrepet i særlig grad, og at det ikke har vært snakket om og forklart av terapeutene. Terapeutene kan likevel se ut til å ha en praksis som ivaretar foreldrenes brukermedvirkning gjennom sine retningslinjer og krav til praksis. Alle de fire foreldrene som ble intervjuet, kom frem til at de

hadde hatt stor medvirkning i behandlingen og at dette var viktig for dem. Det kan virke som om brukermedvirkning kan ivaretas gjennom forståelse av begrepet og gode rutiner for ivaretagelse på terapeutnivå. Jeg lurer likevel på om det kan være et mål at brukere skal kjenne til begrepet for å kunne vurdere selv hvordan de vil medvirke, og at de selv kan gi innhold til begrepet. Denne studien gir et lite innblikk i hvordan fire foreldre i MST forstår begrepet og hvordan de gir det innhold. Det er en viss variasjon mellom foreldrene, og i en større studie ville muligens denne variasjonen vises tydeligere. Innholdet i begrepet burde dermed kanskje heller samskapes i møtet mellom terapeuten og foreldrene. På den måten kunne man muligens unngå at brukermedvirkning blir en språklig konstruksjon som hører hjemme i retningslinjene for tjenesten. Slik jeg ser det handler det om de som skal motta tjenestene sin mulighet til å delta og være med og bestemme for seg selv. For å ha en virkelig medvirkning trenger de å kjenne til at brukermedvirkning tilstrebes i tjenestene. Dernest kan den enkelte familie selv vurdere hvordan de ønsker å medvirke og hva som skal til for at de skal oppleve reell medvirkning. Da trengs en terapeut som er åpen for at begrepet kan ha ulikt innhold for den enkelte bruker, og som er seg bevisst sin rolle i møte med familien når begrepet skal gis mening. I nettopp definering av ordet brukermedvirkning er det av stor betydning å ha en fra-bunnen-og-opp tilnærming hvor det er brukerne selv som blir spurt om hva som er viktigst for at de skal oppleve brukermedvirkning. Hittil har de fleste brukerundersøkelser vært basert på ledere og profesjonelles oppfatning av hva som er viktige komponenter å måle, altså en fra-toppen-og-ned tilnærming. (Hansen, et al., 2005 s.176; Jenssen 2012 s.49-50).

Et tydelig funn er altså at foreldrene i utgangspunktet ikke har noe forhold til begrepet brukermedvirkning. Dette er på linje med funn i andre undersøkelser. Funnet kan indikere at begrepet eies og forvaltes av kun den ene parten i relasjonen, og at det som begrep «lever» primært i styringsdokumenter og retningslinjer. Foreldrene er kanskje heller ikke klar over sine rettigheter rundt brukermedvirkning. Mangelen på bevissthet omkring og kjennskap til begrepet vil, slik jeg ser det, også innebære en begrensning med hensyn til i hvor stor grad det er mulig å realisere brukermedvirkning. Dette er i samsvar med Gergen sine utsagn om at ingenting er virkelig før man er enige om det (Gergen & Gergen, 2005, s.9).

5.3 Opplevelse av brukermedvirkning

Som tidligere nevnt ga foreldrene tydelig uttrykk for at de hadde opplevd brukermedvirkning i MST-behandlingen. I dette avsnittet vil jeg trekke frem noen viktige aspekter ved foreldrenes opplevelse av brukermedvirkning slik det kommer frem i deres beskrivelser.

5.3.1 Trygg relasjon som forutsetning for brukermedvirkning

Når brukerne selv forteller om sine opplevelser av brukermedvirkning, knytter de det raskt til relasjonen til den de skal samarbeide med. De vektlegger det å bli hørt og få komme med egne innspill, oppleve støtte, trygghet og anerkjennelse som viktige sider av brukermedvirkning. Når foreldrene i MST beskriver sine opplevelser forteller de om betydningen av at terapeuten brukte tid på å bli kjent med dem, høre deres historier og at de forsto hverandre godt. Relasjonen, dialogen og kjemien blir dratt frem som viktige forutsetninger. De trengte en terapeut som var ærlig og åpen og som de kunne stole på. En av foreldrene uttrykte at terapeuten ble en viktig del av dem, av familien. Det innebar også at de opplevde å kjenne terapeuten godt. Disse relasjonsfaktorene var viktige forutsetninger for at de selv delte og deltok. Alle gir uttrykk for at de hadde stor tillit til sin terapeut, og opplevde at terapeuten kjente dem veldig godt, både foreldrene og resten av familien. Flere funn fra denne undersøkelsen omhandler relasjonen mellom terapeut og brukere. Og samtlige gir uttrykk for at relasjonen og ulike aspekter ved relasjonen var en forutsetning for deres deltagelse og medvirkning. Det er verdt å merke seg at når brukerne selv blir spurt om sine opplevelser av brukermedvirkning, så dreies fortellingene deres inn på relasjonen til terapeuten. Mange tidligere undersøkelser rundt samarbeid, brukermedvirkning og virksomme faktorer i terapi viser det samme, at relasjonen er viktig (Wampold, 2011; Slettebø, et al., 2019; Christiansen, et al., 2015; Aarthun, 2011; Willumsen, 2005; Andersen, 2010). Kanskje kan det være behov for å tydeliggjøre relasjonsaspektet i større grad i beskrivelser av brukermedvirkning og bevisstheten rundt den i praksis. Når det utarbeides rutiner for ivaretagelse av brukermedvirkning synes det viktig å inkludere det relasjonelle aspektet. Da må det sikres at terapeutene i sitt virke har et sterkt fokus på å sikre en trygg og god relasjon til foreldrene for å kunne få tydelige tilbakemeldinger på hvordan foreldrene ønsker å medvirke. I denne studien beskrev samtlige foreldre opplevelsen av å ha en god relasjon til terapeuten. Jeg tror det handler mye om at de er i en terapeutisk setting der det

er en god tradisjon for å sikre en trygg og god relasjon, da det anses som grunnlaget for engasjement og endring i terapi. I denne trygge relasjonen kan terapeuten få inn i sine rutiner å snakke om brukervedvirkning og sikre at foreldrene selv finner frem til hvordan de ønsker å medvirke. Aarthun fant at foreldre som befant seg i sårbare situasjoner hadde behov for en trygg relasjon preget av god kommunikasjon og støtte, og kvaliteten på relasjonen hadde innvirkning på grad av medvirkning. I krevende situasjoner varierte det også i hvor stor grad de ønsket å medvirke (Aarthun, 2011). Dette gjaldt helsetjenester for barn, men har likevel overføringsverdi til barnevern og MST-behandling. Det gjennomgående er behovet for en trygg relasjon. Da kan foreldrene sammen med terapeuten både finne ut hvordan de ønsker å medvirke, og i hvilken grad.

5.3.2 Anerkjennelse som forutsetning for brukervedvirkning

Skjefstad undersøkte sammenhengen mellom anerkjennelse og brukervedvirkning i en gruppe mennesker som deltok på kurs i regi av enhet for opplæring og arbeidstrening i Trondheim kommune (Skjefstad, 2012). Hun viser hvordan anerkjennelse er en forutsetning for å drive virksomt sosialt arbeid. Anerkjennelse handler om å se hva som er betydningsfullt for den enkelte bruker og dermed en forutsetning for brukervedvirkning. Anerkjennelse er grunnlaget for selvtillit. For å tørre å si sin mening og hevde sin rett trengs selvtillit (Skjefstad 2012 s.54 – 57). I sin analyse fant Skjefstad at brukerne i undersøkelsen oppnådde økt brukervedvirkning på bakgrunn av den anerkjennelsen de opplevde i tiltaket. Hun mener deltagelse krever selvtillit, selvaktelse og selvrespekt. Dermed ble alle former for anerkjennelse viktige for brukerne på individnivå (Skjefstad, 2012 s. 66-67). Dette kan overføres til foreldre i møte med MST. Selv om brukergruppene er forskjellige, er det likheter i det grunnleggende prinsippet for menneskelig verdighet som hjelpetrengende brukere opplever i møte med hjelpeapparatet og dets myndighetsutøvelse. Funnene fra denne undersøkelsen peker i samme retning som hos Skjefstad. Foreldrene trekker frem relasjonen til terapeuten som avgjørende for egen deltagelse, og vektlegger relasjonsfaktorer som anerkjennelse. Anerkjennelse og relasjon er tett knyttet til opplevelsen av tillit, støtte, forståelse og trygghet. Hvis man skiller på følelser og handlinger, kan man se anerkjennelse som en handling som kan føre til disse følelsesmessige opplevelsene, som igjen bidrar til foreldrenes deltagelse. Fra et systemisk perspektiv er

foreldre – terapeutsystemet, deres sirkulære påvirkning av hverandre og bygging av relasjonen av betydning for brukermedvirkning. En av foreldrene uttrykte det så tydelig ved å si at terapeutens anerkjennelse gjorde henne trygg slik at hun delte mer, og hun ble igjen møtt med forståelse og ærlige tilbakemeldinger, som igjen førte til hennes utvidede forståelse og engasjement i å finne løsninger.

5.3.3 Når brukermedvirkning mangler

Når bevisstheten rundt et fenomen økes, vil det være naturlig å reflektere rundt hva fenomenets grenser og motsetninger vil være for å tydeliggjøre hva det dreier seg om. En opplevelse står i kontrast til en annen opplevelse, og tilstedeværelse av et fenomen vurderes mot fraværet av fenomenet. Samtlige av foreldrene i undersøkelsen begynte å fortelle om sin opplevelse av manglende medvirkning i møte med andre instanser. Det bør presiseres at intervjueren ikke etterspurte dette på noen måte, men heller ba dem fortelle om opplevelser rundt brukermedvirkning i MST-behandlingen. Det kan virke som det var lettere for dem å si noe om når de ikke opplevde brukermedvirkning, kanskje fordi dette skaper så store følelsesmessige reaksjoner i dem. Foreldrene beskriver opplevelser i møte med blant annet barneverntjenesten, skole og BUP hvor de ikke fikk innpass, opplevde at noen bestemte over dem, og hadde en formening om hvordan de var uten å kjenne dem. De fortalte om opplevelser av å bli satt i bås, og ikke bli forstått. Dette er opplevelser som føltes som grove overtramp og krenkelser. Disse beskrivelsene illustrerer maktasymmetrien i møte mellom bruker og hjelpeapparatet. Fagpersonenes vurderinger og faglighet tillegges større tyngde enn foreldrenes meninger, og foreldrenes opplevelse av avmakt og fortvilelse er tydelig. Mangel på kjennskap til systemene man møter og hvordan de fungerer, bidrar ytterligere til følelse av å være liten og utilstrekkelig, til forvirring og fortvilelse. Dette tematiserte en av foreldrene i sine historier. Hennes mangel på kjennskap til systemet og hvordan det fungerte gjorde henne passiv og førte til at hun følte seg liten. Det bidro til at det tok lang tid før hun fikk den hjelpen hun trengte. Hun visste ikke hvem hun skulle kontakte, og vegret seg for å ringe rundt og fortelle om sitt hjelpebehov og følte seg mislykket som mor. Hennes opplevelse og følelser er forståelige når man tenker på hvordan kunnskapssamfunnet legger et stort ansvar for barnas utvikling på foreldrene, og barna er mer avhengige av foreldrenes evner og ressurser for å lykkes (Eng & Kjøbli, 2017). Foreldre

opplever et stort press. De skal sørge for tilstrekkelig stimulering og adekvate grenser, og er de første som må forklare seg når barnet får problemer. Når atferdsproblemer oppstår, er det ikke vanskelig å forstå at foreldre kan føle seg usikre i sin rolle, oppleve seg mislykket og føle skyld. Skjefstad påpeker at motsatsen til anerkjennelse er krenkelse, som bidrar til svekket selvtillit og dermed også svekket brukervedvirkning (Skjefstad, 2012 s. 56).

Foreldrene lærte hva brukervedvirkning er gjennom intervjuene. De ble bevisste på et fenomen de hadde vært en del av, men som de ikke kjente begrepet for. I et systemisk perspektiv kan det forklares gjennom at intervjuer og foreldre i møte med hverandre skapte en ny forståelse av den virkeligheten som omhandlet MST-behandlingen og deres deltagelse. Sammen konstruerte vi et nytt perspektiv, et par nye briller som de så tilbake på sine opplevelser med. Dermed så de også tydeligere de opplevelsene som sto i motsetning til opplevelsen av fenomenet brukervedvirkning, og følte behov for å snakke om det. Gjennom fortellingene om manglende brukervedvirkning kom de også frem til hvilke faktorer som var så betydningsfulle for opplevelsen av brukervedvirkning i MST-behandlingen. Dette er gjerne faktorer som står i kontrast til de negative faktorene. Ved manglende brukervedvirkning opplevde de å ikke få innpass, at saksbehandleren ikke kjente dem, at de ble bestemt over, bedømt og krenket. Faktorene de tillot vekt ved opplevd brukervedvirkning var å bli hørt, at terapeuten kjente dem godt og hadde en trygg relasjon, at de fikk være med og bestemme, og oppleve seg forstått og anerkjent. Foreldrene fikk en ny forståelsesramme for de erfaringene de hadde med seg. Den ga dem en tydeligere forståelse av tidligere opplevelser av krenkelse eller det å ikke bli hørt eller forstått.

Det er særlig barneverntjenesten foreldrene har negative opplevelser med når det gjelder brukervedvirkning. Det må tas med i betraktning at barnevernet har en annen rolle i møte med foreldrene. Det er viktig å huske på at den åpenbare makten barnevernet har til å gjøre vedtak om tvang på bakgrunn av skjønn kan virke skremmende. En undersøkelse viste at barnevernet ofte må henlegge saker på grunn av at de ikke oppnår et godt samarbeid med foreldrene (Schjelderup, et al., 2005). Schjelderup Omre, Marthinsen, Horverak og Hyrve minner om at dette kan skyldes flere faktorer, og nevner blant annet utilstrekkelig kompetanse eller metoder for inkludering hos barneverntjenesten (Schjelderup, et al., 2005 s.37-38). Tradisjonelt har barnevernet hatt en noe mer paternalistisk rolle, men har i de senere årene vært i utvikling mot et mer inkluderende barnevern hvor foreldre og barn blir

tatt med i prosesser og avgjørelser i større grad. I tråd med funnene i denne undersøkelsen holdes MST frem som et tiltak som realiserer deltagerperspektivet i en mer inkluderende form for barnevern (Schjelderup, et al., 2005). MST står i en annen posisjon til foreldrene enn saksbehandlere i barnevernet, hvor terapeuten ikke innehar en slik makt eller dobbeltrolle, men er muligens en mer entydig hjelper.

En annen undersøkelse rundt barnevernets hjelpetiltak viser at rundt 84 % av foreldrene vurderte samarbeidet med saksbehandleren som godt og vektla at de hadde en felles forståelse av problemene (Christiansen, et al., 2015). Kan det tenkes at foreldrene i MST er en del av de 16 % som ikke opplevde det slik? Om dette stemmer, kan det tenkes at det har sammenheng med at hjelpetiltakene fra barneverntjenesten ikke har løst problemene, og dette kaster et mer negativt lys over opplevelsen av relasjon og brukermedvirkning i etterkant. Et av kriteriene for MST-behandling er at det skal ha vært prøvd ut hjelpetiltak fra den kommunale barneverntjenesten. Ettersom de får tilbud om MST-behandling er det grunn til å tro at de har erfaring med at kommunale barnevernstiltak ikke har gitt ønsket resultat.

En annen faktor som må vurderes er intervjuerens rolle. Det faktum at intervjueren selv er MST-terapeut og etterspør brukermedvirkning i behandlingen kan påvirke foreldrene. Når de ikke kjenner begrepet og trenger en gjennomgang av definisjon av det, kan det muligens sette dem i en posisjon hvor de føler de burde ha visst, og at de ikke har gjort det de skulle eller «fulgt med i timen». Jeg undrer meg på om de kan ha kompensert ved å gi enda mer positive beskrivelser av MST-behandlingen. Og videre om min dobbeltrolle som intervjuer og terapeut gjør at de føler de bør være lojale. Likevel tenker jeg dette ikke er grunn nok til å sette MST opp mot barneverntjenesten og gi foreldrene et behov for å fremheve hvordan barneverntjenesten ikke lot de medvirke. Det kan godt være at foreldrene har både negative opplevelser og positive opplevelser med hjelpetiltak fra barneverntjenesten, men at det var de negative opplevelsene rundt brukermedvirkning som ble trukket frem her, kanskje nettopp fordi de naturlig nok lette etter en kontrast til den positive opplevelsen av brukermedvirkning i MST-behandlingen.

5.3.4 Brukermedvirkning som tilpasning til familiens ståsted

Opplevelsen av brukermedvirkning er tett knyttet sammen med følelsen av å bli forstått. En opplevelse av tilstrekkelig forståelse av familien og problematikken var viktig for foreldrene i denne studien. De fremhevet at det var de som best kjente sin egen familie og ønsket å delta aktivt selv. De følte også et ansvar og behov for kontroll siden det dreide seg om barna deres. For å få en god behandling trengte de at terapeuten tok seg tid til å bli godt kjent med dem og hele familien. Først når de opplevde at terapeuten forsto dem og kjente dem og historien og meningene deres, kunne terapeuten gi god hjelp. En felles forståelse blir også beskrevet som felles refleksjon og dybdedykk i problematikken. Slik kunne terapeuten og foreldrene komme frem til en ny innsikt og felles forståelse av hva behovet er, og sammen komme frem til løsninger. Felles for disse opplevelsene (deltagelse, felles forståelse og medbestemmelse) er at de mener dette fører til en bedre tilpasset behandling. Foreldrenes utsagn er forenlig med grunnprinsipper i strukturell terapi hvor det vektlegges at terapeuten må bli en del av familiesystemet for å forstå strukturene og samspillet før han kan drive frem endringer (Minuchin, et al., 2010 s. 15-28). Gjennom joining og støtte til hver av familiemedlemmenes historier og opplevelser skaper terapeuten en trygg allianse som grunnlag for endring. Foreldrene ønsker at terapeuten skal ta hensyn til deres ståsted og tilpasse behandlingen etter det. Det omfatter en forståelse av familiens historier og meninger og kjennskap til hvert enkelt familiemedlem.

Foreldrene gir uttrykk for at behovet for egen styring og deltagelse i behandlingen forsterkes av at det er deres egne barn det handler om. Willumsens gjennomgang av forskning rundt foreldre som brukere i barneverntjenesten viser at foreldre ønsker å delta aktivt og medvirke i tiltak rundt sine barn. Videre vektlegger de å bli møtt med respekt og medmenneskelighet, ærlighet og engasjement. Tilfredshet med tjenesten trenger ikke å bety at de har fått hensiktsmessig hjelp (Willumsen, 2005 s.161). Det samme kan sies om brukermedvirkning. At foreldrene opplever en tilstrekkelig brukermedvirkning gir heller ingen garanti for hensiktsmessig hjelp til barnet og familien, men sikrer at foreldrene har blitt hørt og tatt hensyn til. Det betyr ikke at terapeuten skal gå med familien og akseptere tilpasninger som han ser er åpenbart feil eller skadelig. Noen mener at dette er den underliggende faren med brukermedvirkning. Det kan føre til en ansvarsfraskrivelse fra tjenesteyteren, som kan vise til at brukeren ble hørt og ønsket det på denne måten (Backe-Hansen, 2001). Det er åpenbart at brukermedvirkning krever kompetente hjelpere som inngår i et likeverdig samarbeid, hvor

deres kunnskap blir kilde til ny forståelse hos brukeren, slik en av foreldrene beskrev det i denne undersøkelsen. Et dypdykk i problemene sammen med terapeuten ga ny innsikt og engasjerte henne til å prøve nye løsninger. Også den samarbeidsorienterte tilnærmingen gir god forståelse av det foreldrene fremhevet i denne undersøkelsen. Det kan sees mer på som en holdning fra terapeutens side enn en teknikk (Anderson & Goolishian, 1992). Terapeutens nysgjerrighet på familien og vilje til å bruke god tid på å sette seg inn i deres problemforståelse, historier og meninger kan ha likhetstrekk med den ikke-vitende-holdningen.

5.3.5 Eierskap og makt

Et av denne studiens funn gjelder hvordan foreldrene fortalte ivrig om hva de hadde gjort og hva de hadde fått til i MST-behandlingen. Disse historiene kom ofte tidlig i intervjuet og uten at de ble etterspurt. Jeg tolker det som et uttrykk for stolthet over endringen og et tydelig eierskap til behandlingen og resultatene. De fortalte om resultatene og om egen deltagelse og uttrykte stor tro på at det ville vare. En gir uttrykk for at nettopp det at de selv har styrt og deltatt, gjør at hun har større tro på varigheten av resultatene. Denne stoltheten over eget bidrag gikk igjen hos alle foreldrene. Dette er også en side ved brukermedvirkningen. Slettebø et al., beskriver deltagelse i seg selv som noe som oppleves positivt for brukeren og bidrar til økt tilfredshet og har betydning for selvutvikling og selvrespekt. Dermed blir brukeren også bedre rustet til å delta i beslutningsprosessene (Slettebø et al, 2010 s.48).

Brukermedvirkning forutsetter at brukeren våger å være delaktig med sine perspektiver og meninger. Dette kan imidlertid være vanskelig i møte med en instans de føler seg underlegen, og som innehar større makt. Foucault sine tanker om hvordan noen profesjoner forvalter makt gjennom eierskap til faglige sannheter og makt til å definere problemene, kan også være relevante i en MST-kontekst (Foucault, 1999a). Denne asymmetrien i makt uttrykkes ikke nødvendigvis gjennom at terapeuten aktivt påberoper seg større kunnskap. Det kan like gjerne handle om at foreldrene i utgangspunktet føler de er i en underlegen posisjon i og med at de føler de har mislykkes i sin oppdragerrolle og har behov for hjelp. Videre kan de se på terapeuten som utdannet og erfaren innen fagfeltet, og en som råder over en metode som de har tillit til. Terapeut og foreldre har i utgangspunktet en komplementær relasjon. Foucault hevder at det i enhver menneskelig samhandling finnes

makt. Den er ikke nødvendigvis god eller ond. Alt avhenger av hvordan makten blir forvaltet (Foucault, 1999a). I lovverket knyttet til brukermedvirkning heter det at brukeren skal få informasjon, bli hørt, og ha rett til å uttale seg, og ha påvirkning på det tiltaket han skal få. Men det innebærer likevel ikke en balanse i relasjonen hvor bruker og hjelpeinstansen er likeverdige, at brukerens meninger og ønsker har like stor betydning og legger like store føringer som hjelperens tolkninger og meninger. Eierskapet til prosessen og resultatene som foreldrene fortalte om tror jeg man oppnår når brukeren føler seg så delaktig i intervensjonen og endringene at det kanskje er mer snakk om et likeverdig partnerskap, og dermed reell brukermedvirkning, slik det beskrives i Arnsteins stige (Arnstein, 2019). Slik Bateson påpeker at en komplementær relasjon trenger en motvekt i det symmetriske for å utvikle seg (Ølgaard, 2004). Dette finner vi igjen også i det som kalles brukerstyring slik det legges opp til gjennom bruk av KOR-skjemaer (Klient- og Resultatstyrt praksis). Det er en skjematisk tilbakemelding fra brukeren på endring og vurdering av samtalen for hver kontakt med behandlingsapparatet, og hvor hjelpetilbudet rettes inn etter disse tilbakemeldingene (Duncan et al., 2008).

Slettebø og Askeland sin rapport fra 2013 om utprøving av KOR-skjemaer i blant annet barneverntjenesten, viste at saksbehandlere opplevde en slik strukturert tilbakemelding på sin jobb som både nyttig og klargjørende, men også vanskelig å bruke i en forvaltningskontekst hvor innslaget av kontroll er sterkt til stede (Slettebø & Askeland, 2013). Dette gjaldt spesielt i undersøkelsessaker. Samtidig reises det spørsmål om foreldre føler seg trygge nok til å svare åpent og ærlig på spørsmålene, eller om den er preget av asymmetrien i maktforholdet mellom bruker og fagfolk. For eksempel var skåringene på skjema for samtalevurdering overveldende gode. Tør foreldrene noe annet med saksbehandler til stede i rommet, spør Slettebø og Askeland (Slettebø & Askeland, 2013 s. 25-30). Makt og innflytelse må sees i sammenheng når det gjelder brukermedvirkning innen barnevernet. Barnevernet har en lovhjemlet makt til å gripe inn når de vurderer at det er fare for et barns liv, helse eller utvikling. Foreldrene kan være uenige, men er prisgitt barnevernets skjønnsmessige vurderinger. Når konteksten er barnevern, kreves det mer av hjelperen.

Det er naturlig å spørre om dette også kan gjelde i MST, som er en del av det statlige barnevernet og jobber på oppdrag fra og rapporterer til den kommunale saksbehandler i

barneverntjenesten. Kan den maktasymmetrien som også er til stede i MST gjøre reell brukermedvirkning vanskelig? De sterke uttrykkene for eierskap til prosessen som foreldrene i denne undersøkelsen formidler, kan tyde på at maktasymmetri og følelse av underlegenhet ikke stilte seg i veien for reell brukermedvirkning i MST-behandlingen.

I en terapeutisk setting som MST er det ingen overraskelse at foreldrene vektlegger ulike mellommenneskelige faktorer som avgjørende for at brukermedvirkning skal finne sted. Når de skal ta viktige og vanskelige valg for å hjelpe barna sine, trenger de å føle seg trygge i møte med terapeuten. Foreldrene fremhevet en trygg relasjon og anerkjennelse som viktige forutsetninger for brukermedvirkning. Samtidig kom alle foreldrene uoppfordret inn på historier hvor de hadde opplevd at brukermedvirkning manglet, og hva dette gjorde med dem. Dette kontrasterte og brakte frem enda tydeligere hva brukermedvirkning innebærer. På hvert sitt vis vektla foreldrene at brukermedvirkning må ta utgangspunkt i familiens ståsted gjennom tilstrekkelig forståelse av familiens historier, meninger og ønsker. På samme tid kan brukermedvirkning sees som en tilpasning til nettopp dette. Når brukermedvirkning er til stede, opplever foreldrene eierskap til både prosess og resultat. Da kan det virke som maktforholdet jevnes mer ut. Foreldrene opplever å være i førersetet, med terapeuten ved siden av som en veileder.

5.4 Behovet for en ekspert

Ved oppstart av MST-behandlingen står familien i en sårbar posisjon, og har ofte vært det i en periode hvor flere andre hjelpetiltak har blitt prøvd ut før de blir henvist til MST-behandling. Det kan være vanskelig å ha tro på seg selv etter å ha opplevd flere nederlag. I møte med en evidensbasert metode for atferdsendring kan foreldrene kanskje håpe på at de får de endelige svarene fra ekspertisen. Det kan tenkes at de har behov for at noen forteller dem hva de skal gjøre, samtidig som de er redde for å bli styrt av noen som ikke har forstått hvordan deres familie fungerer.

5.4.1 Brukermedvirkningens grense

Foreldrene i undersøkelsen ser brukermedvirkning som viktig og nødvendig for behandlingen, men gir også uttrykk for at det er en grense for brukermedvirkningen. De

ønsker ikke å styre alt selv, og kjenner på egne begrensninger i forståelse og kunnskap. De gir tydelig uttrykk for at de trenger en terapeut med kompetanse og erfaring, som de kan diskutere med og få tilgang til viktig kunnskap fra. Samtidig ønsker de en terapeut som ser familien med nye øyne, som er ærlig og sier fra når de trår feil. Flere har opplevd å bli blinde på det de selv står midt oppi. Det blir som om foreldrene har et kart som de sliter med å bruke, som ikke stemmer overens med terrenget. Terapeuten bidrar med ny informasjon, og gir dem verktøy for å finne vei, som et kompass som de kan peile ut kursen med. Dette kan for eksempel være kunnskap om hva ungdom trenger, et blikk utenfra på samspillsmønstre, eller erfaring om hva som har fungert for andre med lignende problemer.

Skauli trekker frem kunnskapsbasert praksis som en type endringsarbeid som tar hensyn til nettopp disse faktorene (Skauli, 2007a). Kombinasjonen av terapeutens forskningsbaserte kunnskap og kliniske erfaring på den ene siden og brukerens erfaringer og kunnskap på den andre utgjør en kunnskapsbasert praksis. Utfordringen består i å balansere disse kunnskapskildene slik at brukeren føler seg forstått, og at hjelpen oppleves som tilpasset brukerens egen endringsteori (Skauli, 2007a; Duncan et al., 2008). Med en slik innfallsvinkel til endringsarbeid kan et samarbeid styres av brukerens endringsteori, hvor brukeren drar nytte av terapeutens fagkunnskap gjennom god og trygg kommunikasjon. Terapeutens oppgave er å bidra i refleksjoner over ulike forståelser og løsninger og tilby ulike innfallsvinkler basert på brukerens ønsker. Skauli viser hvordan brukermedvirkning eller til og med brukerstyring kan fungere med en terapeut som gir brukerens stemme avgjørende vekt samtidig som terapeuten bidrar med sin faglige kunnskap (Skauli, 2007a). Foreldrene ga uttrykk for at det var en grense for hvor mye de kunne medvirke, men regnet da ikke bruk av terapeutens kunnskaper og erfaring som en del av medvirkningen. Hvis man tar utgangspunkt i en kunnskapsbasert praksis, trenger ikke dette å utgjøre en grense. Brukermedvirkning handler ikke om å styre nesten alt selv, men å medvirke i en gjensidig relasjon med terapeuten.

En annen side ved brukermedvirkning kan være at det tas hensyn til når foreldrene ønsker å ha styring og påvirkning, og når de ønsker at terapeuten skal ta styring og gjøre det de faglig sett mener er riktig. Kristin Humerfelt beskriver dette som brukernes rett til reservasjon (Humerfelt, 2005, s.91). Brukermedvirkning handler også om å respektere brukerens ønske om å ikke medvirke i noen sammenhenger. Dette var også foreldrene i denne undersøkelsen

opptatt av: Å medvirke når de skal medvirke, men også slippe å måtte finne ut av ting selv, og å få gode faglige råd fra en ekspert der de selv strever med å se klart hva som bør gjøres. Tjelflaat og Midjo poengterer i sin evaluering av et statlig foreldreveiledningsprosjekt i barnevernet at mens veileder var opptatt av å involvere og myndiggjøre foreldrene, og tenkte at manualer og ekspertråd virket fremmedgjørende, ønsket foreldrene selv at veilederne skulle gi råd og hjelp og være eksperter (Tjelflaat og Midjo, 2000). Hvis foreldrene i tillegg opplever å være i en sårbar situasjon, kan det påvirke i hvilken grad de ønsker å medvirke (Aarthun, 2011).

5.4.2 Empowerment

I MST er det et avgjørende prinsipp at man i behandlingen støtter opp om foreldrenes sterke sider og bruker disse for å utvikle de nødvendige ressurser for å hjelpe ungdommen (Henggeler et al., 2009).

Dette er i tråd med empowerment, som ofte oversettes med myndiggjøring. Empowerment handler om at brukere med i utgangspunktet lite myndighet og begrenset innflytelse på sine liv, tar kontroll ved å utnytte sitt iboende potensiale og bruke sine ressurser. En av foreldrene fremhevet betydningen av å føle seg trygg. Hun ble inspirert til handling gjennom en terapeut som så ressursene hennes og anerkjente hennes innsats og følelser. Tidligere drøftet jeg hvordan en trygg relasjon og anerkjennelse var en forutsetning for brukermedvirkning, da den bidrar til økt selvtillit. Terapeutens bruk av familiens ressurser er i samsvar med empowerment-tankegangen, og setter foreldrene i bedre stand til selv å være endringsagenter. Dette stemmer godt med de fire dimensjonene som vektlegges i empowerment-tilnærmingen (Schjelderup, et al., 2005). De fire dimensjonene er *autonomi* som frihet til å velge selv, *kompetanse* i form av tro på egne ressurser og forståelse, *meningsfullhet* og *innflytelse* (Schjelderup et al., 2005 s.36).

Alle foreldrene fortalte om en terapeut som tok seg tid til å bli kjent med familien, høre deres historie og erfaringer, og som anerkjente det slitet de hadde vært gjennom og fortvilelsen og maktesløsheten de følte. Terapeuten var tilgjengelig og hadde hyppig kontakt med familien. Foreldrene gir uttrykk for at de har hatt en terapeut som kjente dem godt og forsto dem, og det ga en trygghet som igjen førte til engasjement og pågangsmot, selvtillit

og tro på egne ressurser. Foreldrenes opplevelse av eierskap, engasjement og aktiv deltagelse kan også ses i sammenheng med empowerment-dimensjonen autonomi. Aschjem finner i sin studie av foreldres erfaringer med autonomistøtte i PMTO-behandling at foreldrene opplevde å ha fått en styrket opplevelse av frihet gjennom den støtten og skreddersømmen og selvbestemmelsen de opplevde i møte med terapeuten (Aschjem, 2020, s. 83). Hun beskriver det som en bevegelse fra å stå i en hjelpetrengende maktesløshet hvor de gir fra seg noe av sin autonomi til terapeuten, til at de følte seg mer frie, mer autonome sammen med terapeuten (Aschjem, 2020, s. 83). På en lignende måte vektlegger Seim og Slettebø brukernes makt og styring over egne liv og mulighet til å bestemme gjennom et samarbeid preget av partnerskap (Seim & Slettebø, 2007). Også i studien til Andersen gir foreldre uttrykk for at opplevelsen av å ha støtte fra MST-terapeuten var viktig. Alle opplevde at de hadde vokst på det de hadde vært igjennom, uavhengig av utfallet av behandlingen. De opplevde seg styrket som foreldre og var blitt bedre til å se sine sterke sider og ta dem i bruk for å løse problemer. De hadde også fått økt tro på seg selv (Andersen, 2010).

Dagens profesjonalitet dreier seg mer om å inneha en dialogkompetanse og bruk av empowerment enn å forvalte vitenskapelige kunnskaper som gir løsninger. Gjennom trygg relasjon skal den profesjonelle avdekke brukerens forståelseshorisont og være en ressursperson i familiens tjeneste (Schjelderup, et al., 2005).

Likevel er vissheten der om at det er en ekspert som vet mer, som man kan stole på når han vurderer ens innsats som god og som også sier ærlig fra om man trår feil. Det synes å være et poeng at denne personen som myndiggjør foreldrene er en person med kompetanse og erfaring. Anerkjennelsen får mer kraft da. Nettopp dette synes jeg informantene gir et godt bilde av. De ønsker seg en ekspert som innehar den vitenskapelige kunnskapen, men som samtidig kjenner familien og tar deres ønsker i betraktning. Først da kan han være ekspert.

Dette synes jeg får en ekstra klangbunn i teorier om empowerment og makt. Ut fra Foucaults perspektiv på makt kan det se ut til at terapeuten i sin maktposisjon har en disiplinerende påvirkning gjennom sin rolle og relasjon som brukerne spiller med i (Foucault, 1999a). Brukerne får utbytte av behandlingen, og føler eierskap og myndighet, men fortsatt innenfor den rådende diskursen om hva som er riktig og anerkjennes av noen i en maktposisjon.

Brukerne blir konforme i sin omsorgs- og oppdragerpraksis. Det kan også tenkes at MST sine brukere gjennom en egen initiert empowerment ville kunne komme frem til andre måter å få bukt med problemene på, ut fra andre teorier og strategier enn de som de profesjonelle terapeutene råder over. Jeg tenker at en likeverdig og samarbeidende relasjon hvor ulike former for brukermedvirkning kan reflekteres over kan bringe oss langt på vei. Likevel skal det godt gjøres at alle MST-terapeuter er seg bevisst de diskurser som ligger i deres rolle og behandlingsmodellen de representerer.

Foreldrene ga uttrykk for at de opplevde en grense for brukermedvirkning, og knyttet dette til begrensninger i egen forståelse og kunnskaper. De erfarte at de trengte hjelp fra en ekspert. Dette kan gjenspeile en forståelse av brukermedvirkning som i nokså liten grad vektlegger jevnbyrdighet og samarbeid mellom terapeut og foreldre. De oppga at de ikke ønsket å styre alt selv, som om det var en motsetning mellom terapeutens styring og foreldrenes brukermedvirkning. Med kunnskapsbasert praksis kan man nærme seg det foreldrene uttrykker behov for, hvor de har tilgang til terapeutens kunnskap og erfaring i en samarbeidende relasjon. Slik kan også viktige prinsipper i empowerment ivaretas, samtidig som foreldrene opplever at de får hjelp og støtte av en person med mer kompetanse og kunnskap enn de selv har.

5.5 Brukermedvirkning og skreddersøm i MST

En diskurs innen det terapeutiske feltet dreier seg om at manualbaserte metoder ikke tar hensyn til den unike brukeren og overser betydningen av relasjonelle faktorer i terapi. På den ene siden har det blitt hevdet at manualbaserte metoder som MST skjærer alle over en kam, og at tilnærmingen blir for teknisk og instrumentell (Angel, 2003). Videre har det også blitt hevdet at MST mangler fokus på de enkelte familiemedlemmene og betydningen av å opparbeide relasjoner til dem, og da spesielt ungdommen selv (Sagatun, 2008). På den annen side hevdes det at slike innvendinger ser bort fra skreddersømmen, hvor de overordnede behandlingsprinsippene skal sikre en god kvalitet på det faglige arbeidet og stor grad av tilpasning til familiens behov og forutsetninger (Christensen, et al., 2017). Man kan også hevde at kritikken av MST som instrumentell og ikke tilstrekkelig relasjonelt fokusert overser i hvor stor grad MST trekker veksler på systemisk familiterapeutiske tradisjoner. Lorås oppsummerer 11 betydningsfulle prinsipper i manual- og

etterlevelsesprotokoll for systemisk familieterapi (Lorås, 2016). Disse er i stor grad sammenfallende med behandlingsprinsippene i MST. Foreldrene i denne undersøkelsen bekrefter dette i sine beskrivelser av hvordan de opplevde at familiens historie, forståelser og prioriteringer styrte utformingen av behandlingen. De opplevde å ha eierskap og være aktive deltagere, med støtte og veiledning fra terapeuten. Alle opplevde å ha stor påvirkning på behandlingen. Slik sett gir ikke funnene i denne undersøkelsen støtte til den type kritikk som blant andre Angel og Sagatun framfører.

Med utgangspunkt i Arnsteins stige kan man si at graden av medvirkning øker i takt med at hjelpetjenestenes makt avtar, altså omvendt proporsjonalt (Arnstein, 2019). På denne stigen tenker jeg at brukermedvirkning, brukerstyring og empowerment ligger på rekke og rad oppover. Brukermedvirkning, slik foreldrene i denne undersøkelsen sier de opplever den, og slik de gir uttrykk for at de ønsker den, vil ikke ligge helt øverst i stigen, i det som Arnstein betegner som borgermakt. Der finner vi empowerment i sin rette betydning når brukerne selv bestemmer form og mål for sin maktutøvelse, og det ikke er en strategi brukt på dem av profesjonelle terapeuter. Like under vil jeg se for meg at vi finner brukerstyring gjennom kunnskapsbasert praksis, som har store likhetstrekk med det som foreldrene her ønsker seg og har opplevd som betydningsfullt. Jeg vil tro de befinner seg i partnerskapsnivået i Arnsteins stige.

Det kan se ut som skreddersømmen i MST bidrar til en praksis blant terapeutene som i stor grad sikrer brukermedvirkning på en måte som er i overenstemmelse med systemisk familieterapi. Det gjenstår likevel at foreldrene får kjennskap til hva brukermedvirkning er slik at de kan nyttiggjøre seg sine rettigheter fullt ut, og ikke bare vurdere den i retrospekt.

5.6 Oppsummering

I dette kapittelet har jeg drøftet funnene fra undersøkelsen i lys av det teoretiske rammeverket. Jeg har sett på hvordan foreldrene forstår begrepet, og drøftet betydningen av kjennskap til begrepet og på hvilken måte et begrep som brukermedvirkning kan gis innhold og sikres i MST-behandling. Gjennom sine beskrivelser fremhevet foreldrene en trygg relasjon og anerkjennelse som forutsetninger for brukermedvirkning.

Brukermedvirkning har også sammenheng med hvordan terapeuten tar hensyn til familiens

eget ståsted i form av historier, problemforståelse, meninger og kjennskap til hele familien. Brukermedvirkningen foreldrene gir uttrykk for at de har opplevd er i samsvar med en systemisk familieterapi hvor samskaping av forståelse og løsninger finner sted i en likeverdig relasjon preget av gjensidighet og åpenhet. Foreldrene gir uttrykk for et eierskap til prosess og resultater og en deltagelse som har gjenklang i empowerment-tankegangen og som bidrar til en maktutjevning mellom rollene som hjelpetrengende foreldre og terapeut. Foreldrenes behov for en ekspert med kunnskap og erfaringer som de kan dra veksler på er i overensstemmelse med en kunnskapsbasert praksis og brukerstyring. Denne studien kan peke i retning av at praksisen i MST-behandlingen slik disse foreldrene opplevde den favner brukermedvirkning gjennom sin skreddersøm. Når systemiske behandlingsprinsipper styrer terapeutenes praksis trenger ikke manualer å bli et hinder. Det kan likevel argumenteres for bedre rutiner for å sikre foreldrenes forståelse av begrepet brukermedvirkning og dermed rettigheter, slik at de kan være mer bevisste på hvordan de kan medvirke fra starten av behandlingen.

6 Avslutning

6.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

Denne studien tydeliggjør behovet for mer informasjon om brukernes muligheter for medvirkning i behandlingen. Det er en klar mangel på kjennskap til begrepet blant brukerne selv. Informantene i denne studien fikk en forståelse av begrepet gjennom intervjuene, og vurderte sin brukermedvirkning i MST i tilbakeblikk på behandlingen. Alle vurderte brukermedvirkning som betydningsfullt. Selv om informantene oppga at de hadde hatt brukermedvirkning i MST, hadde de lite kjennskap til begrepet og at det er noe som etterstrebes i behandlingen de mottok. Jeg håper studien kan bidra til en økt bevissthet hos terapeuter og ledere om behovet for å informere mottakerne av behandlingen om deres medvirkningsmuligheter. Videre er det tydelig behov for klarere rutiner i alle ledd i tjenesten, helt ned til den enkelte terapeut som i sin praksis bør informere og få frem i hvilken grad og hvordan den enkelte bruker ønsker å medvirke i behandlingen.

Foreldrenes beskrivelser av sine opplevelser av brukermedvirkning i MST-behandlingen står i sterk kontrast til det kritikerne av MST drar frem som svakheter med slike evidensbaserte og manualiserte metoder. Foreldrenes vektla at en trygg og anerkjennende relasjon og grundig tilpasning til deres familier var avgjørende for deres opplevelse av eierskap og tro på resultatene. Forhåpentligvis kan disse perspektivene være med på å synliggjøre graden av skreddersøm og gi ny innsikt i et felt hvor det er lett å ha fordommer om oppskrifter på behandling og eksperter som driver opplæring.

Selv om utvalget er lite og overførbarheten dermed blir begrenset, tenker jeg likevel denne studien har en relevans i den grad den reiser noen viktige spørsmål rundt brukermedvirkning i MST og ser behovet for mer forskning på dette området.

6.2 Undersøkelsens begrensninger

Dette utvalget er ikke på noen måte representativt for MST-foreldre. Med et større utvalg kan det tenkes at vi hadde fått frem andre opplevelser av MST-behandlingen og av

brukermedvirkning. Det kan også hende at andre informanter hadde hatt bedre kjennskap til begrepet.

En annen begrensning ved studien er at jeg er uerfaren som forsker, og spesielt i det kvalitative feltet. Dette opplevde jeg da jeg intervjuet foreldrene. Intervjuguiden hadde sine begrensninger og andre spørsmål kunne kanskje fått frem fyldigere informasjon rundt temaet. Likevel synes jeg det virket som om foreldrene åpnet seg og snakket fritt rundt temaet.

En tredje begrensning er forskerens påvirkning. Det faktum at jeg selv er MST-terapeut og forsker på eget felt utgjør en svakhet. Det er alltid en fare for at man blir mindre åpen for nyanser, og lettere finner bekreftelser på det man selv antar. Denne utfordringen ble diskutert allerede i planleggingsfasen, og jeg har forsøkt å være meg bevisst min forforståelse gjennom hele prosessen og ta et skritt tilbake og være åpen for nye perspektiver. En forsker fra et annet fagfelt ville mest sannsynlig tolket og forstått materialet på en annen måte.

En fjerde begrensning ligger i at alle informantene også visste at jeg også jobbet som MST-terapeut. Det er en viss fare for at informantene var mer lojale i svarene sine og vegret seg for å komme med mer negative opplevelser på grunn av dette.

6.3 Avsluttende kommentar

Målet med denne studien var å få en forståelse av hvordan foreldre som har fått MST-behandling har opplevd brukermedvirkning. Jeg har også vært nysgjerrig på hva slags forståelse de har av begrepet og hvordan det kan henge sammen med deres brukermedvirkning i behandlingen. Studien har ikke tatt sikte på å bedømme om brukermedvirkning finner sted eller ikke, men å utforske foreldrenes opplevelser av brukermedvirkning i behandlingen, hva som var av betydning for dem og hva de tenker de kan oppnå gjennom brukermedvirkning.

Foreldrene hadde en uklar forståelse av begrepet, men gjennom definering og utdyping kunne de gi klare beskrivelser av opplevelsene sine rundt brukermedvirkning i behandlingen. Gjennom en trygg relasjon til terapeuten kunne de åpne seg og være ærlige, gå i dybden på

problemene sine. I vissheten om at terapeuten kjente dem, forsto dem og anerkjente dem, fant de frem til egne ressurser og ble mer handlekraftige og håpefulle. Foreldrene ga uttrykk for at de ikke kunne ha styrt alt selv, men trengte et blikk utenfra og nye innspill og verktøy. De følte seg tomme og trengte påfyll for å finne igjen egne ressurser og bli trygge på veien frem. En bedre forståelse av begrepet i forkant kunne likevel ført til at de på en mer bevisst måte medvirket og la tydeligere føringer for MST-behandlingen.

Denne studien er et lite bidrag i utforskingen av brukernes egne opplevelser og forståelse av brukermedvirkning og tydeliggjør behovet for videre utforsking av temaet.

Ut fra foreldrenes fortellinger og deres meninger om hvor betydningsfullt det var for dem, er det verdt å vie mer oppmerksomhet, som forsker, som terapeut og som foreldre.

Referanseliste

Andersen, M. (2010). *Foreldres opplevelse av multisystemisk terapi. En fenomenologisk studie av tre foreldres opplevelse av å ha vært med i et multisystemisk terapitiltak.*

[Masteroppgave]. Norges teknisk naturvitenskapelige universitet Trondheim.

<https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/268307/403953>

Anderson, H. (2003). *Samtale Sprog og terapi* (1. utg.) København: Hans Reitzels forlag.

Anderson, H., & Goolishian, H. (1992). The client is the expert: A not-knowing approach to therapy. *Therapy as social construction*, 25-39.

Angel, B. Ø. (2003). Evidensbaserte programmer–kunnskapsformer og menneskesyn i sosialt arbeid. *Nordisk sosialt arbeid*, 23(02), 66-72.

Arnstein, S. R. (2019). A Ladder of Citizen Participation. *Journal of the American Planning Association*, 85(1), 24–34. <https://doi.org/10.1080/01944363.2018.1559388>

Aschjem, S.C. (2020). *Autonomi og Foreldreskap: En kvalitativ studie av foreldres erfaringer med autonomistøtte i PMTO-behandling.*[Masteroppgave]. VID Vitenskapelige høyskole.

Ask, K-S. & Gorseth, S. (2004). *Forsterket foreldresamarbeid når situasjonen krever det.*

Unikurs.

Backe-Hansen, E. (2001): Profesjonell kunnskap – i brukernes tjeneste? I Sandbæk, M.

(2001). *Fra mottaker til aktør : brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning* (s.129-149). Gyldendal akademisk.

Braye, S. (1995). *Empowering practice in social care.* McGraw-Hill Education (UK).

- Christensen, B., Tollefsen, N., & Ogden, T. Multisystemisk terapi (MST). I H. Eng,, S. K. Ertesvåg, I. Frønes og J. Kjøbli (Red), *Den krevende foreldrerollen: Familierettede intervensjoner for barn og unge* (s. 47-68). Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, Ø. Bakketeig, E. Skilbred, D. Madsen, C. Havnen, K. J. Aarland, K. & Hansen, E.B. (2015) *Forskningsskunnskap om barnevernets hjelpetiltak*. Uni Reasearch Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest).
- Duncan, B., Ystanes, O., Tuseth, A.-G., Fjeldstad, T., & Sparks, J. (2008). *I fellesskap for endring : en håndbok i klient- og resultatstyrt praksis* (p. 214). Gyldendal akademisk.
- Eng, H & Kjøbli, J. (2017). Foreldrerollen og samfunnet – Familiestøtte som forebyggende strategi. I H. Eng,, S. K. Ertesvåg, I. Frønes & J. Kjøbli (Red), *Den krevende foreldrerollen: Familierettede intervensjoner for barn og unge* (s. 21-46). Gyldendal Akademisk.
- Foucault, M. & Schaanning, Espen. (1999a). *Seksualitetens historie : 1 : Viljen til viten* (Vol. 1, p. 198). EXIL.
- Foucault, M. & Schaanning, E. (1999b). *Diskursens orden : tiltredelsesforelesning holdt ved Collège de France 2. desember 1970* (Vol. 3, p. 61). Spartacus.
- Gergen, K. J. & Gergen , M. (2005) *Sosial Konstruksjon ind i samtalen*. 1 utg. Dansk Psykologisk forlag A/S.
- Gruber, J., & Trickett, E. J. (1987). Can we empower others? The paradox of empowerment in the governing of an alternative public school. *American Journal of Community Psychology*, 15(3), 353-371.

Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode.*

J.W. Cappelens Forlag.

Hansen, H., Humerfelt, K., Kjellevoid, A., & Willumsen, E. (2005). Brukermedvirkning: retorikk eller realisme. I E. Willumsen (Red.) *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 173 - 178). Universitetsforlaget.

Haughem, H. (2013). *Balansegangen mellom frihet og ansvar. MST-terapeuter og mødres opplevelse av mestring, identitet og forventninger knyttet til oppdragelse og foreldreskap.*

[masteroppgave] Høgskolen i Telemark. <http://openarchive.usn.no/usn-xmlui/bitstream/handle/11250/2438611>

Henggeler, S.W., Schoenwald, S. K., Borduin, C.M., Rowland, M. D., & Cunningham, P. B. (2009). *Multisystemic therapy for antisocial behavior in children and adolescents.* (2. utg.) Guilford Press US.

Hårtveit, H. & Jensen, P. (2004) *Familien pluss én* (2. utg.). Universitetsforlaget.

Jensen, A. G. (2012). Brukermedvirkning – hva er så det? I A.G. Jensen, & I. M. Tronvoll (Red.) *Brukermedvirkning: Likeverd og Anerkjennelse* (s.42 – 53). Universitetsforlaget.

Jensen, P. (2009) *Ansikt til ansikt.* Gyldendal Norsk Forlag.

Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011) *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis.* 1 utg. Gyldendal Norske Forlag.

Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* Abstrakt Forlag AS.

Johnsen, A. & Torsteinsson, V.W. (2012). *Lærebok i Familieterapi.* Universitetsforlaget.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3 utg. Gyldendal Akademisk.

Lorås, L. (2016). *The map of competences in systemic therapy. A qualitative study and the systemic competences in Norwegian child and adolescent mental health that target the associated abnormal psychosocial situations in axis 5 (ICD-10)*. [Doctorate of systemic psychotherapy] University of East London in conjunction with the Tavistock Clinic.

Lundby, G. (1998) *Historier og terapi. Om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. Tano Aschehoug.

Malterud, K. (2017). *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*. 4.utg. Universitetsforlaget.

Mikkelsen, T. (2005). MST- multisystemisk behandling. I L. Schjeldrup, C. Omre, og E. Marthinsen (Red), *Nye metoder i et moderne barnevern*.(s. 193- 214). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Ogden, T., & Amlund-Hagen, K. (2006). Multisystemic Treatment of Serious Behaviour Problems in Youth: Sustainability of Effectiveness Two Years after Intake. *Child and Adolescent Mental Health*, 11(3), 142–149. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2006.00396.x>

Ogden, T., & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 77–83. <https://doi.org/10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x>

Pedersen, M. (2012). *Innsikt utenfra. 5 ungdommers og deres foresattes opplevelse av MST*.

[Masteroppgave]Universitetet i Nordland. <https://nordopen.nord.no/nord-xmlui/bitstream/handle/11250/140065>

Rønning, R. & Solheim, L.J. (1998). *Hjelp på egne premisser?: Om brukermedvirkning i velferdssektoren*. Universitetsforlaget.

Sagatun, S. (2008). Kunnskapsforståelser i hjemmebaserte barneverntiltak. *Nordisk sosialt arbeid*, 28(01), 28-41.

Schjelderup, L., Omre, C., Marthinsen., Horverak, S., & Hyrve, G. (2005). Mot et nytt barnevern. I L Schjelderup, c. Omre, og E. Marthinsen (Red). *Nye metoder i moderne barnevern*. (s. 9 – 51). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Seim, S. & Slettebø, T. (2007). *Brukermedvirkning i barnevernet*. Universitetsforlaget.

Skauli, G. Ø. (2007a). Å arbeide i tråd med klientens endringsteori. I A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A. Tuseth, og T. Fjeldstad (Red.), *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. (s. 94 – 113). Gyldendal Norsk Forlag.

Skauli, G. Ø. (2007b). Modell for klientrettet og resultatstyrt praksis. I A.K. Ulvestad, A.K. Henriksen, A. Tuseth, & T. Fjeldstad (Red.), *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. (s. 114 - 147). Gyldendal Norsk Forlag.

Skjefstad, N. (2012). Brukermedvirkning sett i et anerkjennelsesteoretisk perspektiv. I A.G. Jensen, & I. M. Tronvoll (Red.) *Brukermedvirkning: Likeverd og Anerkjennelse* (s. 54 - 72). Universitetsforlaget.

Slettebø, T. (2008). *Foreldres medbestemmelse i barnevernet. En studie av foreldres erfaringer med individuell og kollektiv medvirkning*. [Doktoravhandling]. Norges Teknisk Naturvitenskapelige universitet Trondheim. <https://ntnuopen.ntnu.no/ntnu-xmlui/bitstream/handle/11250/267646/124503>

Slettebø, T. & Askeland, G.A. (2013). Kvalitetskriterier i sosialfaglig arbeid. *Utprøving av Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) i Arbeids- og velferdsforvaltningen, barneverntjenesten, habiliteringstjenesten og kriminalomsorgens friomsorg*. (Rapport 12/ 2013). Diakonhjemmet Høgskole.

Slettebø, T., Oterholm, I., & Stavrum, A. (2010). *Brukermedvirkning i det statlige regionale barnevernet*. (Rapport 2010/3). Diakonhjemmet Høgskole.

Slettebø, T., Briseid, K., Brodtkorb, E., Skjeggstad, E., Sverdrup, S., og Sørensen, T. (2019). *Godt nok barnevern? Forståelser av forsvarlighet og internkontroll i den kommunale barneverntjenesten*. (Rapport 2019/3). VID vitenskapelig høgskole.

Thagaard, T. (2009). *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Tjelflaat, T., & Midjo, T. (2000). *Foreldrekompetanse – et tema for læring? Evaluering av foreldreveiledningsprogrammet*. Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge.

Van der Stouwe, T., Asscher, J.J., Stams, Geert, J.J.M., Deković, M., & van der Laan, P.H. (2014). The effectiveness of Multisystemic Therapy (MST): A meta-analysis. *Clinical Psychology Review*, 34(6), 468–481. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2014.06.006>

Wampold, B. E. (2001). *The great psychotherapy debate: Models, Metodes, and findings*.

Mahwah, Lawrence Erlbaum Associates.

Willumsen, E. (2005). Foreldre som brukere og deltakere i tverrfaglig samarbeid med barneverntjenesten. I E. Willumsen (Red.) *Brukernes medvirkning. Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s. 158 – 172). Universitetsforlaget.

Wilson, A. (2000). 'Anti-oppressive practice': emancipation or appropriation? *The British Journal of Social Work*, 30(5), 553–573. <https://doi.org/10.1093/bjsw/30.5.553>

Øfsti, A.K.S. (2010). *Parterapi. Kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*.

Universitetsforlaget.

Ølgaard, B. (2004). *Kommunikation og Økomentale systemer. En introduktion til Gregory Batesons forfatterskab*. 3 utg. Akademisk Forlag.

Aarthun, A.(2011). *En integrert kunnskapsoppsummering som tilnærming til foreldres medbestemmelse i helsetjenester for barn*. Masteroppgave i helse- og sosialfag. Universitetet i Stavanger.

Lovverk og offentlige dokumenter:

Lov om endringer i barnevernloven mv. (2018). Bedre rettssikkerhet for barn og foreldre.

(LOV-2018-04-20-5) Lovdata. <https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100/§1-6> og

<https://lovdata.no/lov/1992-07-17-100/§1-7>

Lov om endringer i barnelova mv (2017). Likestilt foreldreskap. (LOV-2017-03-31-13).

Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/LTI/lov/2017-03-31-13>.

FNs barnekonvensjon, vedtatt av De forente nasjoner 20 november 1989. Ratifisert av Norge 8 januar 1991. Regjeringen.

https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvebsjon.pdf

Den Europeiske menneskerettighetskonvensjonen av 4 november 1950 (EMK). Regjeringen.

<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/den-europeiske-menneskerettighetskonvens/id88366/>

Helsedirektoratet (u.å) Brukermedvirkning. Hentet 20 april 2018 fra

<https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>

Vedlegg

Informasjonsskriv til informanter vedrørende forskningsprosjektet:

«Brukermedvirkning i MST»

En studie av foreldrenes opplevelse av brukermedvirkning i MST-behandlingen.

Mitt navn er Elin Guttormsen, jeg jobber til daglig som MST-terapeut i Bufetat, og har hovedfag i psykologi. For tiden er jeg også mastergradsstudent ved VID vitenskapelige høyskole i Oslo. Jeg har studert Familierapi og systemisk praksis i 3 år, og skal nå gå i gang med å skrive en masteroppgave det siste året i studiet. Veilederen min er Hans Christian Michaelsen, høyskolelektor ved VID vitenskapelig høyskole.

Dette er en forespørsel om du kan tenke deg å delta i mitt forskningsprosjekt. Alle informantene, både foreldre og terapeuter har blitt kontaktet av Bufetat fordi dere har deltatt i MST-behandling i løpet av det siste halvåret.

Bakgrunn og formål:

Helsedirektoratet beskriver brukermedvirkning slik:

Brukermedvirkning innebærer at brukeren betraktes som en likeverdig partner i diskusjoner og beslutninger som angår hans eller hennes problem. Brukere har rett til å medvirke, og tjenesten har plikt til å involvere brukere i undersøkelser, behandling og valg av tjenestetilbud. Brukermedvirkning kan bidra til økt treffsikkerhet i forhold til utformingen og gjennomføringen av både generelle og individuelle tilbud. I tillegg har brukermedvirkning en egenverdi i at mennesker som søker hjelp, på linje med andre, gjerne vil styre over viktige deler av eget liv, motta hjelp på egne premisser og bli sett og respektert i kraft av sin grunnleggende verdighet. (Informasjon om brukermedvirkning er hentet fra Helsedirektoratets nettsider: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/psykisk-helse-og-rus/brukermedvirkning>)

Bakgrunn for prosjektet er at jeg selv har jobbet som MST-terapeut i mange år, og blitt opptatt av hvordan foreldre som har fått MST-behandling har opplevd sin egen brukermedvirkning.

Problemstillingen min er: *Hvordan opplever foreldre i MST brukermedvirkning?*

Tema jeg ønsker å se nærmere på er hva foreldre forstår med brukermedvirkning og hvordan de har opplevd dette i behandlingen, samt hvilken betydning de tenker

brukermedvirkning har for behandlingen? Opplever terapeut og foreldre brukermedvirkning likt?

Ved å delta vil dere bidra til å få belyst nettopp deres opplevelser av behandlingen. Jeg ønsker at resultatene fra denne undersøkelsen kan bidra til en større forståelse av foreldrenes perspektiv og opplevelse av MST-behandlingen, og medvirke til enda bedre tilpasning for familiene.

Hva innebærer deltakelse i undersøkelsen?

Prosjektet innebærer at jeg som forsker skal intervju 4 foreldrepar i ca 1 time hver om deres opplevelse av brukermedvirkning. Intervjuene vil foregå hjemme hos foreldrene, eller på annet egnet sted som de velger. I tillegg vil jeg sende ut et enkelt spørreskjema til foreldrenes MST-terapeut som omhandler foreldrenes brukermedvirkning i deres behandling.

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Det er kun jeg som forsker og min veileder som har tilgang til personopplysninger. Intervjuene vil tas opp på bånd, og deretter kodet og anonymisert, og oppbevart adskilt fra navnelister. Alle opplysninger oppbevares i låst rom og på PC med passord. Eventuelle sitat fra samtalen gjengitt i masteroppgaven vil bli anonymisert. Det vil kanskje kunne bli gjenkjent av den som har sagt det, men man kan ikke vite om noen andre kan ha sagt det samme. Spesielle gjenkjennbare forhold og fakta vil ikke knyttes til sitat, for å beholde deltakernes anonymitet. Fakta og navn i sitat vil bli endret, men ikke innholdet.

Jeg vil ikke innhente opplysninger på andre måter enn gjennom intervjuene med foreldrene og spørreskjema til terapeutene. Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av 2018. Når oppgaven er bestått vil alle personopplysninger og lydopptak bli slettet og makulert.

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Da vil alle opplysninger bli slettet og makulert.

Hvis du kunne tenke deg å delta, eller har spørsmål rundt dette prosjektet, ta kontakt med

Elin Guttormsen på telefon 97708892, eller send epost til elin.guttormsen@gmail.com helst innen en uke etter invitasjonen og samtykkeskjema ble mottatt.

Med vennlig hilsen Elin Guttormsen

Samtykkeerklæring

For deltakelse i undersøkelsen:

«Brukermedvirkning i MST»

En studie av foreldrenes opplevelse av brukermidvirkning i MST-behandlingen.

Jeg..... samtykker til følgende punkter:

- Jeg har mottatt og lest informasjonsskriv datert 2017 om masterprosjektet «brukermidvirkning i MST», og vil delta i undersøkelsen.
- Jeg samtykker i at det blir gjort lydbandopptak av intervjuet (gjelder foreldre). Lydopptak og alle data vil bli slettet i løpet av 2018 etter endt prosjekt.
- Jeg samtykker i at uttalelser fra intervjuene (gjelder foreldre) eller fra spørreskjema (gjelder terapeuter) kan refereres og siteres i masteroppgaven og i evt. artikler og presentasjoner i forbindelse med prosjektet. Informasjonen blir anonymisert og kan ikke identifiseres til informanten.
- Jeg gir også tillatelse til at prosjektets veileder, som også er underlagt taushetsplikt, kan få lese materialet.
- Jeg er kjent med at jeg kan trekke meg fra undersøkelsen når som helst, uten begrunnelse og uten noen form for konsekvenser. Innsamlede data vil da bli slettet.

Sted/dato.....

Underskrift deltaker.....

Underskrift forsker.....

Hans Christian Michaelsen

0370 OSLO

Vår dato: 20.02.2018

Vår ref: 58680 / 3 / AGL

Deres dato:

Deres ref:

Tilråding fra NSD Personvernombudet for forskning § 7-27

Personvernombudet for forskning viser til meldeskjema mottatt 24.01.2018 for prosjektet:

58680	<i>Brukermedvirkning i MST - En studie av foreldrenes opplevelse av brukermedvirkning i MST-behandlingen.</i>
Behandlingsansvarlig	<i>VID vitenskapelig høyskole, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Hans Christian Michaelsen</i>
Student	<i>Elin Guttormsen</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon finner vi at prosjektet er unntatt konsesjonsplikt og at personopplysningene som blir samlet inn i dette prosjektet er regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. På den neste siden er vår vurdering av prosjektopplegget slik det er meldt til oss. Du kan nå gå i gang med å behandle personopplysninger.

Vilkår for vår anbefaling

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet og øvrig dokumentasjon
- vår prosjektvurdering, se side 2
- eventuell korrespondanse med oss

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 30.10.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Formålet er å undersøke hva foreldre forstår med brukermedvirkning og hvordan de har opplevd dette i behandlingen, samt hvilken betydning de tenker brukermedvirkning har for behandlingen, og sammenligne dette med terapeuters erfaringer og tanker om samme spørsmål.

Du har opplyst i meldeskjema at utvalget vil motta skriftlig og muntlig informasjon om prosjektet, og samtykke skriftlig til å delta. Vår vurdering er at informasjonsskrivet til utvalget er greit utformet.

Data innhentes fra terapeuter via spørreskjema med mange spørsmål hvor terapeuten skal skrive svar i fritekst. Dette øker sannsynligheten for å avgi opplysninger til foreldre og barn. Vi minner derfor om at det av hensyn til terapeutenes taushetsplikt ikke kan fremkomme identifiserbare opplysninger om enkeltbarn, foreldre eller familier. Vi anbefaler at forsker minner informanten om dette ifm. undersøkelsen.

Det fremgår av meldeskjema at du/dere vil behandle sensitive opplysninger om helseforhold.

Personvernombudet forutsetter at du/dere behandler alle data i tråd med VID vitenskapelig høgskole sine retningslinjer for datahåndtering og informasjonssikkerhet.

Prosjektslutt er oppgitt til 30.10.2018. Det fremgår av meldeskjema/informasjonsskriv at du/dere vil anonymisere datamaterialet ved prosjektslutt.

Anonymisering innebærer vanligvis å:

- slette direkte identifiserbare opplysninger som navn, fødselsnummer, koblingsnøkkel
- slette eller omskrive/gruppere indirekte identifiserbare opplysninger som bosted/arbeidssted, alder, kjønn
- slette lydopptak

For en utdypende beskrivelse av anonymisering av personopplysninger, se Datatilsynets veileder:

<https://www.datatilsynet.no/globalassets/global/regelverk-skjema/veiledere/anonymisering-veileder-041115.pdf>