

Terapeuten - terapirommets portvokter  
Terapeuters inkludering av barn i terapeutiske samtaler

Silje Anita Skaaraas Leitet  
VID vitenskapelige høyskole  
VID Oslo

Masteroppgave  
Master i familierterapi og systemisk praksis, Mafam 18-1

Antall ord: 25547

27.05.2022

### **Opphavsrettigheter**

Forfatteren har opphavsrettighetene til oppgaven.  
Nedlasting for privat bruk er tillatt.

## Sammendrag

Hovedmålet med masteroppgaven er å øke forståelsen av terapeuters valg om å inkludere barn i terapeutiske samtaler. Bakgrunn for valg er tema er at barns deltakelse i familierapi har vært tema i fagfeltet gjennom flere tiår, samtidig som tall fra familievernnet viser at barn i 2019 kun deltok i rundt syv prosent av samtaleene ved norske familievernkontor (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Problemstillingen er: «Hvilke sammenhenger ses mellom individuelle, kontekstuelle og faglige faktorer hos terapeuter og inkludering av barn i terapeutiske samtaler i familievernnet?» Prosjektet har i tillegg underforsknings spørsmålet «Hvilke implikasjoner kan eventuelle sammenhenger gi, om målet for familierapifeltet er å inkludere barn mer i terapeutisk arbeid?»

Dataene er samlet inn gjennom en digital spørreundersøkelse med vignetter som er distribuert til samtlige familievernkontor i Norge. Spisskompetansemiljøet for barn og unge i familievernnet bistod i rekruttering av informanter ( $n = 104$ ). Familievernnet består av terapeuter med ulik utdanning og yrkesbakgrunn, og ble på bakgrunn av dette vurdert å være en godt egnet kontekst for å undersøke problemstillingen. Spørreskjema ble utformet med utgangspunkt i tidligere forskning og teori. Studien er inspirert av Ajzens (2002b) teori om planlagt atferd, og en studie gjennomført i USA av Johnsen og Thomas (1999). Jeg har med meg et vitenskapelig ståsted i kritisk realisme. Statistiske analyser er benyttet for å analysere data.

Undersøkelsens to hovedfunn er:

- a) En statistisk signifikant sammenheng mellom informantenes forventning til nytte av å inkludere barn og informantenes plan om å inkludere barna i vignettene i terapeutiske samtaler.
- b) Informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn planla oftere å inkludere barna i vignettene, sammenlignet med informanter med hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne. De hadde høyere forventning til nytte, og tro på egne ferdigheter.

Gjennom oppgaven har jeg utforsket informantenes plan om inkludering av barn gjennom teorien om planlagt atferd, og perspektiver knyttet til makt og diskurser. Jeg har argumentert for at kompetansehevende tiltak spesifikt knyttet til terapeutens vurdering av barns deltakelse i terapirommet, og ivaretagelse av samtalens deltakere, kan være ett aktuelt tiltak. I tillegg argumenterer jeg for at det rettes mer oppmerksomhet mot terapeutenes konstruksjoner og diskurser knyttet til barn både på arbeidsplassen og i videre forskning.

**Nøkkelord:** familieterapeut, terapeut, inkludering, barn, terapi, vignetter, familievern, familieterapi.

**Veileder:** Øyvind Reehorst Kalsås

## Abstract

This master thesis's main goal is to increase the understanding of the therapist's choice to include children in therapeutic conversations. Children's participation in family therapy has been a topic in the field of family therapy for decades. However figures from Family counselling services shows that children participated in only around 7 percent of the conversations at Family counselling offices in 2019 (Statistisk sentralbyrå, 2020).

The thesis's research question is "Which connections are seen between individual, contextual and professional factors in therapists and the inclusion of children in therapeutic conversations in Family counselling services?" An additional research question is "Which implications may such connections have, if the goal for the family therapy field is to include children more often in therapeutic conversations?"

The data was collected through a digital survey with vignettes that was distributed to all family counseling offices in Norway. The National expertise environment for children (SKM) assisted in recruiting informants (n=104). Family counseling offices consists of therapists with different educational and professional backgrounds and are therefore considered to be a well-suited context for the study. The questionnaire is designed based on previous research and theory. The study is inspired by Ajzen's (2002b) "Theory of Planned Behavior", and a study conducted in the USA by Johnsen and Thomas (1999). Critical realism is my applied theoretical framework. Statistical analyzes have been used to interpret the data.

The study's two main findings are:

- a) A significant statistical relationship between the informants' expectation of the benefit of including children in therapeutic conversations and the extent to which the therapists planned to invite the children from the vignettes into the therapy room.
- b) Informants with work experience from fields where children are the main service recipient more often plan to include the children in the vignettes. These informants also had greater belief in their own skills and a higher expectation of the benefit of including children in therapeutic conversations.

Throughout the thesis, I have explored the informants' plan for the inclusion of children through the "Theory of Planned Behavior", and perspectives related to power and discourses. I argue that competence-enhancing measures specifically related to the therapist's assessment of children's participation in the therapy room, and taking care of the conversation's participants, may be a relevant measure. Also that more attention is given to therapists' constructions and discourses related to children in the workplace and in further research.

**Keywords:** Therapist, inclusion, children, therapy, vignette, Family counselling services, Family therapist, Family therapy.

**Supervisor:** Øyvind Reehorst Kalsås

# Forord

Jeg ønsker å takke alle som har heiet på meg i denne prosessen! Familie og venner, medstudenter og kollegaer – tusen hjertelig takk! Jeg er så takknemlig for å ha så mange flotte mennesker i livet mitt! Først i rekken, min kjære Kristian!

## **Tusen takk til alle dere som har bidratt inn i masterprosjektet:**

Veilederen min i denne prosessen Øyvind Reehorts Kalsås.

Spisskompetanse miljøet i Tromsø for bistand til rekruttering.

Kollegaer som har delt raust av sin tid, nysgjerrighet, klokskap og engasjement, og som var med å sette meg på sporet.

VID veiledningsgruppene og PPU gruppene mine, og veilederne Anne-Lene og Tone.

Prosessveiledningsgruppen min gjennom fire år; Alicia, Benedicte, Heidi, Knut, Sølvi, Torun og Renate. Veilederne våre Anne, Gudmund, og Ellen. Vi har hatt så mange kjekke, lærerike og bevegende stunder sammen- jeg er så takknemlig! Veilederen min Elin, som har gitt viktige bidrag til min prosess!

Heidi for dine avgjørende bidrag til prosjektet. Kamilla, Maria og Terje for hjelp med korrekturlesing. Anne Kyong Sook Øfsti for betraktninger og kunnskap du raust har delt gjennom disse årene. Jan Stokkebekk som i prosjektets tidlige fase tok seg tid til å komme med innspill og tips til det å gjøre en kvantitativ masterstudie på familierapifeltet. Megan Oed for å gi tilgang på tidligere brukt spørreskjema.

Alle informanter – **tusen takk til hver og en av dere** – uten dere hadde dette ikke blitt noe! Jeg heier på dere og den viktige jobben dere gjør!

Jeg vil sist, men virkelig ikke minst, takke alle barna, ungdommene og familiene jeg har vært så heldig å få jobbe sammen med gjennom årene - mine fremste og beste læremestre!

# Innhold

1	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	2
1.2	Begrepsavklaringer.....	3
1.3	Oppgavens oppbygning.....	3
2	Juridisk rammeverk, forskningsstatus og relevant teori.....	5
2.1	Juridisk rammeverk.....	5
2.2	Forskningsstatus.....	6
2.3	Teori.....	13
3	Forskningshypoteser.....	16
4	Metodologi.....	19
4.1	Vitenskapsteoretisk ståsted.....	19
4.2	Valg av forskningsdesign.....	23
4.3	Kvantitativ metode.....	24
4.4	Validitet.....	24
4.5	Reliabilitet.....	26
4.6	Utvalg.....	26
4.7	Datainnsamling gjennom surveyundersøkelse.....	29
4.8	Vignettstudier.....	30
4.9	Målenivå.....	31
4.10	Statistiske analyser.....	32
4.11	Utforming av spørreskjema.....	36
4.12	Prestudie.....	38
4.13	Operasjonaliseringen av variablene.....	39
4.14	Etiske perspektiver.....	42
5	Analyse og funn.....	45
5.1	Informantene.....	45
5.2	Frafallsanalyse.....	46
5.3	Regresjonsanalyse.....	47
5.4	Andre analyser.....	54
5.5	Oppsummering av funn.....	61
6	Drøfting.....	63
6.1	Å forstå inkludering av barn i terapeutiske samtaler som en «planlagt handling».....	64
6.2	Terapeuten som terapirommets portvokter.....	66



6.3	Informantenes arbeidserfaring .....	69
6.4	«Det sårbare barnet» .....	72
6.5	Implikasjoner for videre praksis .....	75
6.6	Implikasjoner for videre forskning .....	77
6.7	Styrker og begrensninger ved undersøkelsen .....	78
7	Avslutning.....	81
	Litteraturliste.....	82
	Vedlegg.....	87

## Tabeller

<b>Tabell 1.</b>	Undersøkelsens informanter.....	45
<b>Tabell 2.</b>	Undersøkelsens indekser.....	48
<b>Tabell 3.</b>	Variablene som er benyttet i analyser, med spørsmål og Cronbachs alfa.....	49
<b>Tabell 4.</b>	Rotert faktoranalyse.....	51
<b>Tabell 5.</b>	Oversikt vignetter.....	54
<b>Tabell 6.</b>	Svar på vignettene fordelt på grunnutdanning .....	56
<b>Tabell 7.</b>	Hovedarbeidserfaring.....	58
<b>Tabell 8.</b>	Informantenes svar på spørsmål om «tid og arbeidsmengde» .....	59
<b>Tabell 9.</b>	Informantenes svar på spørsmål om «barnesyn».....	61

## Vedlegg

Vedlegg 1.	Utvalgsstyrke .....	87
Vedlegg 2.	Spørreskjema.....	88
Vedlegg 3.	Informasjonsbrev.....	99
Vedlegg 4.	Godkjenning fra Norsk senter for forskningsdata (NSD).....	101
Vedlegg 5.	Distribusjon i de uavhengige variablene .....	103
Vedlegg 6.	Kaiser-Meyer-Olking og Bartletts sfæretest.....	103
Vedlegg 7.	Histogram av de uavhengige variablene .....	104
Vedlegg 8.	Spredningsplott- uavhengige variabler .....	106
Vedlegg 9.	Korrelasjonsmatrise.....	109
Vedlegg 10.	Variance Inflation Factors (VIF):.....	110
Vedlegg 11.	Residualdiagram .....	110
Vedlegg 12.	Histogram over residualene .....	111
Vedlegg 13.	Residualene sammenlignet med normalfordelingen .....	111
Vedlegg 14.	Regresjonsanalyse .....	112

# 1 Innledning

Da jeg startet som familieveileder i et kommunalt lavterskeltilbud til barn, unge og familier var jeg opptatt av å sette meg inn i hvordan jeg på best mulig måte kunne involvere barna i samarbeidet. Jeg hadde i mange år jobbet tett med ungdom og deres familier, og var vant til å sentrere arbeidet rundt og med den unge og dens familie og nettverk. Jeg oppdaget da jeg skiftet jobb at det var mange ulike tanker hos mine kollegaer om, når eller hvordan barn skulle involveres i samarbeidet. Jeg ble nysgjerrig på hva det var som gjorde at noen av mine kollegaer som hovedregel aktivt involverte barn, og hva som gjorde at noen i mye mindre grad valgte å involvere barn. Spørsmål knyttet til inkludering av barn var flere ganger tema i veiledning med kollegaer.

Jeg forsøkte å finne svar i forskning og litteratur og oppdaget at temaet inkludering av barn i familierapi har vært et tema som har versert i familierapifeltet over tid. Flere røster i feltet har gjennom flere tiår argumentert for at familierapi bør inkludere alle familiens medlemmer, også barna, og det har vært skrevet mange sider med faglitteratur om hvordan barn kan inkluderes i familierapi (Lund et al., 2002, s. 445). Artikler og forskningsprosjekter i Norge og internasjonalt har satt fokus på barns deltakelse i familierapi (Bartle-Haring et al., 2018; Helgeland, 2016; Lund et al., 2002; Rober, 1998, 2008; Ruble, 1999; Sori & Sprenkle, 2004).

Barns rettigheter og behov for deltakelse har de siste årene blitt satt på agendaen gjentatte ganger av Forandringsfabrikken, Statsforvaltere og andre (Arianson et al., 2016; Barneombudet, 2020; Fjeld, 2020; Forandringsfabrikken, 2019). Barns deltakelse i terapeutiske samtaler synes å være et viktig og aktuelt tema å undersøke nærmere, både med utgangspunkt i barns rettigheter og i engasjerte terapeuters ønske om å yte god hjelp.

Familierapiutdanningene i Norge er organisert som videreutdanninger eller masterprogram hvor personer med ulike grunnutdanninger kan søke opptak. Denne organiseringen bidrar til at norske familierapeuter er en mangfoldig og variert gruppe, med ulik fagbakgrunn og kompetanse.

Familievernet er et gratis og offentlig tilbud til befolkningen i hele landet, hvor familierapeuter og andre terapeuter tilbyr hjelp til individer, par og familier. Familier med

hjemmeboende barn prioriteres (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 28. januar 2015). Med dette som grunnlag anser jeg familievernet å være en egnet kontekst for å undersøke terapeuters inkludering av barn i terapi.

Familieveiledning eller foreldreveiledning er en velkjent aktivitet for terapeuter i familievernet. Mens parterapi hovedsakelig drives med begge partene til stede, viser tall fra familievernet at mye av virksomheten og kontakt med familier skjer uten inkludering av barn (Hareide, 2011, s. 8). På tross av mål om å inkludere barn (Hareide, 2011, s. 8), viser tall fra 2019 at barn under 18 år bare deltar i rundt syv prosent av samtalen ved norske familievernkontor (Statistisk sentralbyrå, 2020).

Forventningen om at familievernet skal inkludere barn er kommunisert i ulike fora og dokumenter gjennom årene. I familievernets skriftserie nr. 1/2011 var hele utgaven dedikert til temaet «Barn i familievernet». Hareide (2011, s. 12) utforsker i en artikkel familievernets barneperspektiv hvor han løfter frem behovet for å inkludere barn: «Det hjelper ikke å ta et barneperspektiv hvis en ikke involverer barna direkte».

Jeg har gjennom min praksis og dialog med andre terapeuter hørt mange forklaringer på hva som påvirker terapeuters valg om å inkludere/ikke inkludere barn. Noen peker på ubehag og opplevelse av å ikke ha nok kompetanse i møte med barn, noen peker på at barn må beskyttes fra slike typer samtaler, mens andre peker på at barna kan bidra til at man i samtalen snakker om familiens utfordringer på nye måter.

Mer kunnskap om hvilke faktorer som har sammenheng med terapeuters valg om å inkludere eller ikke inkludere barn i terapeutiske samtaler, kan bidra til å gjøre det enklere å lage treffsikre tiltak dersom målet er å sikre at barn i større grad inkluderes. Basert på dette ønsker jeg å undersøke sammenhenger mellom faktorer ved terapeuter i familievernet og inkludering av barn i terapeutiske samtaler.

## **1.1 Problemstilling**

Problemstillingen for dette masterprosjektet er «Hvilke sammenhenger ses mellom individuelle, kontekstuelle og faglige faktorer hos terapeuter og inkludering av barn i terapeutiske samtaler i familievernet?» Prosjektet har i tillegg underforskningsspørsmålet

«Hvilke implikasjoner kan eventuelle sammenhenger gi, om målet for familierapifeltet er å inkludere barn mer i terapeutisk arbeid?»

## 1.2 Begrepsavklaringer

I denne oppgaven innbefatter «terapeuter» de fagpersonene som i sitt arbeid tilbyr samtaler i familievernet. «Terapeutiske samtaler» betegnes i denne sammenheng som den terapeutiske virksomheten som skjer på familievernkontor, uavhengig av om den utføres av psykolog, systemisk familierapeut, terapeut eller fagperson med annen bakgrunn.

Meglingsamtaler anses i denne sammenheng ikke å være en del av den terapeutiske virksomheten. De reguleres av andre bestemmelser enn de øvrige arbeidet i familievernet, selv om det i praksisutøvelsen kan være mindre klare skillelinjer.

Jeg ønsker å undersøke sammenhengene mellom ulike individuelle, faglige og kontekstuelle faktorer og terapeuters valg om å inkludere eller ikke inkludere barn. Som systemisk praktiker viser jeg med disse kategoriene til ulike kontekster og systemer som terapeutene inngår i. Faglige forutsetninger knyttes til utdanning, opplæring og arbeidserfaring.

Individuelle forutsetninger knyttes blant annet til terapeutens tro på egne ferdigheter knyttet til å jobbe med barn. Kontekstuelle forutsetninger knyttes til sammenhengene terapeutene jobber i, som arbeidsfellesskap, kontorets fysiske fasiliteter og arbeidsmengde.

Med inkludering av barn i familierapi menes det i denne studien at terapeuten inviterer barn, definert som mennesker under 18 år, til å delta i en eller flere terapeutiske samtaler på familievernkontoret.

## 1.3 Oppgavens oppbygning

Oppgaven er delt inn i syv hovedkapitler. Første kapittel presenterer tema og problemstilling. Andre kapittel presenterer juridisk kontekst, status på forskningsfeltet og litteratur jeg vurderer som relevant for forskningsprosjektet. Forskningshypotesene mine presenteres i kapittel tre. Kapittel fire er viet til metodologi. Her blir mitt vitenskapelige ståsted og forskningsdesign presentert. Videre blir metode og fremgangsmåte redegjort for. Etske perspektiver ved forskningsprosjektet blir også gjennomgått i dette kapittelet. I

kapittel fem blir analysene og funn beskrevet. Kapittel seks består av drøfting av funn, implikasjoner for praksis og videre forskning. Oppgaven avsluttes med en kort oppsummering i kapittel syv.

## 2 Juridisk rammeverk, forskningsstatus og relevant teori

Jeg vil her redegjøre for forskningskonteksten for undersøkelsen, i form av det juridiske rammeverket familievernkontoret operer under, forskningsstatus på feltet og en gjennomgang av relevant teori.

### 2.1 Juridisk rammeverk

Terapeuter ved familievernkontoret jobber innenfor et juridisk rammeverk bestående av flere ulike lover som regulerer deres arbeid, mellom andre Norges Grunnlov (1814), Lov om familievernkontorer (1998), Lov om barn og foreldre (1981) og Lov om barneverntjenester (1981).

FNs konvensjon om barns rettigheter ble vedtatt 20. november 1989 (Barnekonvensjonen, 1989). I denne fremgår det av artikkel 12 at:

Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

(Barnekonvensjonen, 1989, Art. 12)

Barnekonvensjonen er en del av Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett, også kalt menneskerettsloven. Jf. § 3 skal konvensjonens bestemmelser og protokoller gå foran bestemmelser i annen lovgivning dersom det er motstrid (Menneskerettsloven, 1999).

Familievernutvalget ble i 2018 oppnevnt for å helhetlig gjennomgå familievernkontoret med det formål å gi anbefalinger som skulle styrke tjenestetilbudet (NOU 2019:20, s. 5). Utvalget kom i sin rapport med en rekke forslag når det kommer til inkludering av barn i familievernkontoret. Mest relevant her er utvalgets forslag om å «Lovfeste i barneloven og familievernloven at barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal få tilbud om en samtale med familievernkontoret i forbindelse med foreldres samlivsbrudd eller

foreldrekonflikter» (NOU 2019:20, s. 222). De ønsket å lovfeste barns rett til å delta uten samtykke fra foreldre, og «at familieverntjenesten skal tilby rådgivning og behandling til barn som har vansker i familien», samt få med en presisering av «at barn kan henvende seg direkte til familieverntjenesten» (NOU 2019:20, s. 222). Utvalget løftet frem behovet for en mer tilgjengelig tjeneste både geografisk, digitalt og med tanke på åpningstider. De foreslo også videreutvikling av barnefaglig kompetanse ved kontorene (NOU 2019:20, s. 222). Oppsummert ordsatte rapporten en klar forventning om at barn i større grad inkluderes i familievernets arbeid i tråd med Barnekonvensjonen.

## **2.2 Forskningsstatus**

Jeg vil her gjennomgå tidligere forskning på undersøkelsens tema. Jeg vil først redegjøre for mine litteratursøk.

### **2.2.1 Litteratursøk**

Med utgangspunkt i temaet og problemstilling har jeg gjort søkt etter relevant litteratur i følgende databaser: Oria, Google Scholar, Epistemonikos og Scopus. Jeg har hovedsakelig brukt varianter av søkeordene: barn, terapi, familieterapi, inkludering, ekskludering, barns deltakelse, terapeutens vurdering, samtaler med barn i familieterapi.

Jeg har i mine søk funnet mye forskning om hvordan en på best mulig måte inkluderer barn i terapeutiske samtaler. Jeg har imidlertid funnet mindre forskning på mitt forskningstema som handler om terapeutens valg om å inkludere, eller ikke inkludere, barn i terapeutiske samtaler.

Jeg har hovedsakelig benyttet forskning som er fagfellevurdert. Da det er gjort begrenset forskning på temaet har jeg også valgt å inkludere noen artikler og rapporter som ikke er fagfellevurdert.

Jeg har hovedsakelig benyttet forskning fra Norge. Valget er tatt, til tross for at det foreligger en del internasjonal forskning, på bakgrunn av at norsk og internasjonal forskning virker å være i overensstemmelse. Når jeg har benyttet kvantitativ forskning fra USA handler dette om at jeg ikke har funnet tilsvarende forskning fra norsk kontekst.

## 2.2.2 Kvalitet i familievernet

Molden, Ulseth og Røe (2019) undersøkte på bestilling fra Barne- og familiedepartement og sekretariatet for Familievernutvalget, ansattes vurdering av betingelser for kvalitet i familievernet. Studien ble gjennomført ved hjelp av kvalitative intervju og spørreskjema (Molden et al., 2019, s. ix). Molden et al. (2019, s. 29) fant at ansatte i liten grad opplever manglende kompetanse som et hinder for kvalitet i tjenesten, da kompetansenivået er høyt. Økende tidspress og tilleggsoppgaver ble imidlertid løftet frem som mulige hindre for god kvalitet på tjenestene av en tredjedel av de ansatte. Lite rom for faglig skjønn og for mye standardisering nevnes som utviklingstrekk av en del av de ansatte (Molden et al., 2019, s. 30). Over halvparten av de ansatte var enige i at for mye fokus på resultatkrav og effekter av arbeidet kan være til hinder for gode tjenester (Molden et al., 2019, s. 31). Flesteparten av de ansatte mente at kontorfasilitetene er av betydning, men at brukernes behov knyttet til dette blir ganske godt ivaretatt (Molden et al., 2019, s. 35-36).

## 2.2.3 Barn i familierapi

Ask og Kjeldsens (2015) rapport om samtaler med barn er en kunnskapsoversikt utarbeidet på oppdrag fra Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. Den belyser ulike modeller, metoder og teknikker for samtaler med barn (Ask & Kjeldsen, 2015, s. 3). De peker på fire hovedargumenter som taler for å involvere barn i familierapi; det første handler om at systemiske intervensjoner har vist seg effektiv i behandling av ulike typer barne- og familierelaterte problemstillinger. Det andre dreier seg om at barn utvikler seg i kontakten med sine omsorgspersoner i en gjensidig og delt handling- og meningsverden. Barnets opplevelse av trygghet, sammenheng og omsorg ivaretas ved at barnet medopplever og samforstår med sine omsorgspersoner. Det tredje argumentet handler om at barn beveges fra en objekt-posisjon til en subjekt-posisjon når de deltar i familierapi. Det fjerde argumentet handler om at barn skal høres i saker som angår dem selv, i tråd med Barneloven (Ask & Kjeldsen, 2015, s. 56-57).

Rapporten peker også på fire hovedargumenter som taler mot å inkludere barn. Det første argumentet handler om at barn kan hjelpes indirekte ved systemiske intervensjoner som retter seg mot barnas omsorgspersoner uten barns deltakelse. Det andre går på at barn og



unge kan utelate informasjon grunnet omtanke eller lojalitet dersom omsorgspersoner deltar i samtalen. Det tredje argumentet handler om forestillinger om det sårbare barnet som trenger beskyttelse mot det smertefulle. Dette beskrives som mulig årsak til at barn ikke blir invitert inn i det familieterapeutiske rommet, og at det kan ha sammenheng med terapeutens ønske om å beskytte seg selv mot ubehagelige følelser som kan oppstå i samarbeid med barn og foreldre. De pekes på at dette særlig aktualiseres i terapeutiske samtaler som ikke ivaretar barn. Dette settes i sammenheng med det fjerde argumentet mot at barn deltar i familieterapisamtaler; at familieterapeuters ikke klarer å gjøre det meningsfullt eller nyttig for barn å delta i familieterapi grunnet manglende kunnskap og metoder (Ask & Kjeldsen, 2015, s. 57). Ask og Kjeldsen understreker at barn både kan være kompetente og sårbare, og at det er nødvendig at det enkelte barnets behov vektlegges (Ask & Kjeldsen, 2015, s. 89).

Foreliggende forskning peker på at barn ønsker og har nytte av å delta i terapeutiske samtaler med sine familier. I Johnsen og Torsteinssons (2012, s. 68-75) oppsummering av forskning om barns erfaringer i familieterapi, løfter de frem flere ulike forskningsprosjekter som har sett på barns deltakelse i familieterapi, og konkluderer med at barn og unge verdsetter å delta i samtaler med familiene sine. Også senere forskning finner at barn ønsker og har nytte av å delta i terapeutiske samtaler (Bartle-Haring et al., 2018, s. 671; Fauske, 2014, s. 241).

En amerikansk Delphi-studie identifiserte forhold hvor det var konsensus om at barn bør ekskluderes fra terapeutiske samtaler. Studien var en panelstudie bestående av utvalgte fagpersoner, som gjennom runder med spørreundersøkelser og tilbakemeldinger jobbet frem enighet knyttet til tema (Sori & Sprenkle, 2004, s. 479-480). Dette gjaldt temaer som omhandlet voksenproblemer relatert til seksualitet og temaer der informasjon som var sensitiv for barnet måtte diskuteres. Delphi-panelet var imidlertid enige om at også disse problemene påvirket barnet, og at barnet burde inkluderes i samtale på et senere tidspunkt (Sori & Sprenkle, 2004, s. 483).

## 2.2.4 Forhold som påvirker terapeuters inkludering av barn

I en amerikansk studie undersøkte Korner og Brown (1990) familieterapeuters holdninger og praksis knyttet til beslutninger om å ekskludere barn fra familieterapi, og personlige og profesjonelle faktorer relatert til beslutningen (Korner & Brown, 1990, s. 421). De utviklet et spørreskjema, The Family Therapy Questionnaire, som ble benyttet i en studie hvor 173 amerikanske familieterapeuter deltok (Korner & Brown, 1990, s. 422). Studien konkluderte med at barn i stor grad ekskluderes fra familieterapi. Terapeutene som hyppigst ekskluderte barn fra terapirommet var de med flere års erfaring som familieterapeuter, de som var mindre komfortable i møte med barn, og de som hadde kontorer og fasiliteter som i mindre grad var tilpasset barn (Korner & Brown, 1990, s. 425). Videre fant studien at tendensen til ekskludering av barn hadde en direkte sammenheng med terapeutenes gjennomgåtte utdanning, veiledning og opplevelse av adekvat opplæring i å jobbe med barn (Korner & Brown, 1990, s. 426). Terapeutene som hadde spesifikk opplæring i samtaler med barn inkluderte barn i større grad enn de som ikke hadde det (Korner & Brown, 1990, s. 427).

Johnson og Thomas (1999, s. 117) undersøkte faktorer som påvirker familieterapeuters vurderinger om å inkludere eller ekskludere barn fra familieterapeutiske samtaler.

De videreutviklet Korner og Browns (1990) spørreskjema, og gjennomførte en undersøkelse blant 143 amerikanske familieterapeuter (Johnson & Thomas, 1999, s. 118). Studien omhandlet inkludering av barn under 12 år i familieterapeutiske samtaler. Studien undersøkte fire spørsmål; om familieterapeuter som er ukomfortable med barn er mer tilbøyelig til å ekskludere barn fra familieterapi enn terapeuter som er komfortable med barn. Om terapeuter er mer tilbøyelig til å inkludere barn med internaliserende symptomer (f.eks. angst, depresjon) enn barn med eksternaliserende symptomer (f.eks. aggressivitet). Om familieterapeuter er mer tilbøyelige til å inkludere barn som bor sammen med aleneforsørgere enn barn som bor med to foreldre, og videre om familieterapeuter er mer tilbøyelige til å inkludere barn i terapi når familien presenterer mer barne-orienterte problemer enn voksen-orienterte problemer (Johnson & Thomas, 1999, s. 118-119).

Studien konkluderte med at familieterapeutens opplevelse av komfort i møte med barn påvirket inkluderingen av barn. 49 % av undersøkelsens respondenter sa seg enig i påstanden om at det er greit at familieterapeuter ekskluderer barn fra familieterapi dersom

de foretrekker å ikke jobbe med barn (Johnson & Thomas, 1999, s. 119). Undersøkelsen fant støtte for hypotesen om at familieterapeutene i større grad inkluderte barn med internaliserende symptomer enn barn med eksternaliserende symptomer. Informantene i studien var også mer tilbøyelige til å inkludere barn av aleneforsørgere enn barn som bor med to foreldre. Informantene inkluderte barn oftere i familieterapi når det presenterte problemet var «barne-orientert» sammenlignet med «voksen-orienterte» problemer (Johnson & Thomas, 1999, s. 119-120).

Oed og Gonyea (2019, s. 135) undersøkte i sin studie 73 familieterapistudenter og nylig utdannede familieterapeuters tro og holdninger knyttet til inkludering av barn i familieterapi i USA. Studien benyttet spørreskjemaet videreutviklet av Johnson og Thomas (1999) i tillegg til spørreskjemaet «The Brief Family Relationship Scale», som utforsket en families kjennetegn som samhold, uttrykksevne og konflikt. Studien fant en statistisk signifikant sammenheng mellom informantenes opplevelse av egen oppveksthistorie og deres villighet til å inkludere barn i familieterapeutiske samtaler. Informantene som opplevde å ha høy grad av støtte og tilhørighet i egen oppvekstfamilie rapporterte oftere at de inkluderte barn i familieterapi (Oed & Gonyea, 2019, s. 140-142). Studien fant at informantene som hadde kommet lengst eller var ferdig med utdanningen uttrykte mer tro på inkludering av barn, men at dette ikke samsvarte med responsen på vignettene som målte inkludering. Oed og Gonyea setter dette i sammenheng med at de nyutdannede og eldre studentene har bedre kjennskap til holdningene i familieterapifeltet. De stiller spørsmål ved om familieterapistudenter tilegner seg holdninger om å inkludere barn, men ikke en praksis som faktisk inkluderer barn. Oed og Gonyea peker på behov for videre forskning, og trekker frem behov for å se nærmere på forhold ved terapeuten som kan påvirke og influere terapeutens profesjonelle virke (Oed & Gonyea, 2019, s. 143).

Ella Kopperud (2007) undersøkte diskurser terapeuter ved familievernnet i Norge tar i bruk i møte med barn ved foreldres samlivsbrudd. Hun fant at det var to konkurrerende diskurser som var rådende for hvordan terapeutene så barn. Den ene ser barn som «sårbare mottakere for voksnes handlinger», mens den andre diskursen handler om et syn på barn som «kompetente og legitime deltakere» i samtaler om samlivsbrudd og familieomforming (Kopperud, 2007, s. 3). Kopperud etterlyser en organisering og praksis ved familievernkontor som i større grad legger til rette for barns deltakelse i familieterapi (Kopperud, 2008, s. 332).

Kopperud trekker frem at det er behov for å «ominnrede terapirommene», og viser til at de tekniske og fysiske fasilitetene ikke nødvendigvis er tilpasset samtaler med barn, verken med tanke på møblement eller muligheter for kreative tilnærminger i samtalen. Hun peker også på behov for å sette av tid til å snakke med barn og mulighet for å benytte co-terapeut (Kopperud, 2007, s. 80-83). Terapeutenes opplevelse av egen kompetanse og trygghet trekkes også frem som faktor når det kommer til om terapeutene inkluderer barn (Kopperud, 2007, s. 80-81). Kopperud oppfordrer til å lytte mer til barn, og til å se dem som både kompetente og som avhengige deltakere med rett til beskyttelse og omsorg på samme tid. Hun mener at dette vil kreve både kompetanseheving, ressurser, prioritering og samarbeid med andre instanser som har ansvar for barn (Kopperud, 2007, s. 4).

Flåm og Handegård undersøkte arbeid med barn, familier og vold i en studie på 106 saker ved et større norsk familievernkontor. De fant at barn i liten grad inkluderes i samtaler ved familievernet (Flåm & Handegård, 2015, s. 72). Terapeutene med mer omfattende erfaring med terapeutisk arbeid med barn inkluderte ifølge undersøkelsen oftere barn. Disse terapeutene inkluderte barn langt oftere både i totalt antall saker og i antall samtaler. Som et resultat av dette pekes det på økt tidsbruk per sak når barn inkluderes i samtaler (Flåm & Handegård, 2015, s. 77). Forskerne anbefaler å investere i kompetanse, terapeutiske virkemidler, profesjonelt mot, samt evaluering av familievernkontor, som nødvendige virkemidler for å sikre økt inkludering av barn (Flåm & Handegård, 2015, s. 83). De presiserer at det er behov for «å snakke med», og ikke bare «om eller på vegne av» barna (Flåm & Handegård, 2015, s. 83).

Anne Gangvik-Østgård og Thea Hegerland (2019) utforsket i sin masterstudie terapeuters inkludering av barn i terapi ved familievernkontor der familien er berørt av vold- og/eller sinneproblematikk. De konkluderer med at barn i liten grad involveres, til tross for klare føringer om å inkludere barn, og selv om terapeutene ønsker og ser behov for å snakke med barn. De deler vurderingen om å inkludere barn i terapi inn i fire kategorier; «ubehaget om å skape håp og forventninger for barnet, terapeuters arbeid med foreldrene som en viktig faktor, at samtaler med barn skal ha en nytte og intensjon samt begrensninger i de rammene terapeutene opplever å ha» (Gangvik-Østgård & Hegerland, 2019, s. 66). Den siste kategorien rommer beskrivelser av mangel på kompetanse i møte med barn, samt beskrivelser av begrensninger knyttet til rammer og ressurser hvor tid og fasiliteter trekkes

frem (Gangvik-Østgård & Hegerland, 2019, s. 53, 66). Gangvik-Østgård og Hegerland (2019, s. 53) knytter terapeutens vurdering av inkludering av barn til terapeutens opplevelse av inkluderingen av barnet som nyttig og til om terapeuten er komfortabel nok.

Anne Helgeland (2016) har undersøkt terapeuters etiske utfordringer i møte med foreldre og barn. Helgeland skisserer tre hovedutfordringer; at barn blir utsatt for foreldrenes problemer, at barn blir definert negativt og gjort til syndebukker, og at det i rollen som familieterapeut oppleves som utfordrende å ivareta både foreldre og barn (Helgeland, 2016, s. 281). Helgeland viser til at terapeutens stress, ubehag eller opplevde avmakt i møte med etisk utfordrende situasjoner i samtaler med barn og foreldre, kan være noe av årsaken til at barn i så liten grad inkluderes i terapeutiske samtaler (Helgeland, 2016, s. 289-290).

Oppsummert viser studier, både kvalitative og kvantitative, fra Norge og andre land, at barn i liten grad inkluderes i familieterapi. I overnevnte studier trekkes det frem flere ulike faktorer som antas å påvirke terapeutens valg om å inkludere eller ikke inkludere barn i terapeutiske samtaler. Særlig pekes det på terapeutens fagkompetanse, tro på egen mestring, holdninger til å inkludere barn, samt faktorer som tid, arbeidsmengde og kontorfasiliteter når det kommer til terapeutens valg om å inkludere eller ikke inkludere barn. Terapeuters etiske utfordringer trekkes også frem som en mulig årsak til at terapeuter ikke inkluderer barn.

### **2.2.5 Betydningen av organisasjonstilhørighet**

Oterholm (2018) beskriver i sin studie organisasjonens betydning for sosialarbeiderens vurderinger. Sosialarbeidere ansatt i Nav og Barneverntjenesten vurderte de samme ungdommenes oppfølgingsbehov ulikt. Dette forstås som en følge av at sosialarbeidernes organisasjon influerer hvilke forhold som vektlegges (Oterholm, 2018, s. 9). En av forskjellene som ble løftet frem, som er sentral for min studie, er hvordan sosialarbeiderne fra de ulike organisasjonene konstruerte ungdommene. Sosialarbeidere fra barneverntjenesten så ungdommene mer som barn, mens sosialarbeiderne fra Nav så ungdommene mer som voksne (Oterholm, 2018, s. 10-11). Sosialarbeiderne på Nav og barneverntjenesten vurderte sin rolle og målsettingene de hadde med seg i samarbeidet med ungdommen ulikt, til tross for at lovverkene åpner for individuelle vurderinger ut ifra ungdommens behov (Oterholm, 2018, s. 13-14).

## 2.3 Teori

Jeg vil her presentere teori og litteratur jeg vurderer som relevant for forskningsprosjektet.

### 2.3.1 Teorien om planlagt atferd

I denne studien undersøker jeg terapeuters inkludering av barn i terapeutiske samtaler ved familievernkantor som en planlagt handling, inspirert av Icek Ajzen (2002b, s. 665) sin teori «Theory of Planned Behavior», ofte kalt teorien om planlagt atferd på norsk, som er utbredt innen atferdsforskning. Bakgrunnen for at jeg har valgt å inspireres av denne teorien er at den er enkel og at den gir et rammeverk for å operasjonalisere kvantitative størrelser.

Teorien bygger på en forutsetning om at menneskelig atferd styres av tre hensyn: forestillinger om mulige utfall av adferden og personens egne evalueringer av disse, forestillinger om andres forventninger og ens villighet til å tilpasse seg disse, og i hvilken grad en opplever seg kompetent til å utføre adferden og å forsere eventuelle hindre (Ajzen, 2002b, s. 665). Teorien legger til grunn at menneskers opplevelse av å ha kontroll fungerer som stedfortreder for faktisk kontroll. I følge Ajzen former disse tre faktorene ett individs atferds intensjon og antas å være en umiddelbar forgjenger til adferd. (Ajzen, 2002b, s. 665-666)

Albert Banduras begrep «Self-efficacy» handler om «a judgement of capability to execute given types of performances» (Bandura, 2006, s. 309). Ajzen har tatt inn Self-efficacy begrepet inn i sin teori om planlagt atferd (Ajzen, 2002b, s. 680). Bandura hevder at opplevd Self-efficacy både har direkte og indirekte påvirkning på menneskers liv. Self-efficacy påvirker både hvilke ambisjoner og målsettinger som settes, opplevde forventninger og muligheter. I tillegg hvor mye krefter som brukes for å nå disse målene og ambisjonene, samt utholdenheten i møte med utfordringer og hvordan mennesker håndterer omgivelsenes krav, konsekvenser og effektene av livsvalg og prestasjoner (Bandura, 2006, s. 309). For noen typer atferd er det ikke mestringstroen alene, men heller motivasjonen for å gjøre atferden sammen med troen på om en klarer det, som er utslagsgivende for om aktiviteten utføres (Bandura, 2006, s. 311). Samtidig kan høy vurdering av egen mestringstro ha effekt på motivasjon, tanker, følelser og handling (Bandura, 2006, s. 319).

Task-specific Self-efficacy (TSSE) eller oppgavespesifikk Self-efficacy er et begrep som handler om troen på at en er i stand til å utføre en spesifikk oppgave (Leganger et al., 2000, s. 53). TSSE vil ofte kunne forutsi spesifikk atferd mer presist sammenlignet med Self-efficacy (Leganger et al., 2000, s. 54).

### **2.3.2 Makt**

Makt handler om «et potensiale for handling i relasjon til noe eller noen» (Reichelt, 1999, s. 21). Makt er til stede i alle relasjoner og opptrer åpent eller skjult (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 72). Michel Foucault så frihet som det motsatte av makt, og ønsket å avsløre makten og tydeliggjøre dens virkning. Makt er avhengig av motmakt og vil således alltid kunne spores (Holmgren, 2010, s. 57-58).

Makt fremtrer på ulike måter; i strukturer, i diskurser, politisk og i relasjoner (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 73). Diskurser influerer hvordan vi oppfatter oss selv og hvordan vi forstår verden. Tilgang på ulike diskurser vil således muliggjøre ulike forståelser av oss selv og verden (Davies & Harré, 2007, s. 46-47). Makt virker gjennom diskurser ved at de skaper «virkelighetsbilder vi lever etter og forholder oss til» (Øfsti, 2010, s. 19).

Profesjonsutøvere i velferdsstaten betegnes av Molander (2016, s. 5) som portvoktere. I kraft av sin posisjon forvalter de velferdsstatens goder og har myndighet til å ta avgjørelser på vegne av samfunnet. Selv om profesjonsutøvere er forvaltere av regelbundne goder er det fremdeles nødvendig å gjøre skjønnsmessige vurderinger av hvem som skal få tilgang til disse godene (Molander, 2016, s. 5).

Relasjoner mellom terapeuter og klienter er asymmetriske i sin karakter, ved at klientene har oppsøkt terapeuten, som er på jobb ved familievernnet, for hjelp. Terapeutens maktutøvelse kan ha mange former, noe som fordrer at terapeuten er sin makt bevisst og holder øye med hvordan denne virker i relasjonen. Terapeuter har gjennom sin kunnskap og sitt fagspråk makt til å definere og få gjennomslag for sin versjon av virkeligheten (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 198-199). Terapeuten står for eksempel i en særstilling til å påvirke hvem som inviteres inn i terapirommet.

Likestilling er et viktig ideal i vårt samfunn og brukermedvirkning står sterkt (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 200). Jensen og Ulleberg (2011, s. 201) trekker frem at spenningsforholdet mellom maktperspektivet og medvirkningen kan gi utfordringer og dilemmaer.



### 3 Forskningshypoteser

Jeg har laget forskningshypoteser som del av bestrebelsene med å belyse undersøkelsens problemstilling «Hvilke sammenhenger ses mellom individuelle, kontekstuelle og faglige faktorer hos terapeuter og inkludering av barn i terapeutiske samtaler i familievernet?»

Forskningshypotesene er laget med utgangspunkt i tidligere forskning, teorien om planlagt atferd og min egen forforståelse av de underliggende dynamikkene som påvirker terapeuters inkludering av barn. Målet med å hente inspirasjon fra Ajzens teoretiske og metodiske rammeverk har vært å skape meningsfulle holdepunkter for å kvantitativt undersøke terapeuters inkludering av barn i familievernet. Jeg vil i det følgende presentere forskningshypotesene og kort beskrive bakgrunnen for disse.

Ifølge teorien om planlagt atferd er forventninger til nytte av å gjennomføre handlingen en sentral faktor. Forventninger til nytte av å inkludere barn er også i tidligere forskning knyttet til terapeutens vurdering av inkludering av barn (Gangvik-Østgård & Hegerland, 2019, s. 53):

*H<sub>1</sub>: Terapeuter med forventninger til nytte av å inkludere barn i terapeutiske samtaler planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Tro på egne ferdigheter knyttet til å ivareta barn og foreldre i terapirommet er både en del av teorien om planlagt atferd og en av faktorene som flere studier har pekt på (Flåm & Handegård, 2015, s. 83; Johnson & Thomas, 1999, s. 119; Kopperud, 2007, s. 80-81; Korner & Brown, 1990, s. 425):

*H<sub>2</sub>: Terapeuter med tro på egne ferdigheter planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler*

Sosial norm, eller opplevde forventninger, er sentral i teorien om planlagt atferd:

*H<sub>3</sub>: Terapeuter som opplever forventninger på arbeidsplassen om å inkludere barn, planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Hypotesen er formulert ut ifra forskning som tyder på at terapeutens syn på barn og barns rolle i terapi påvirker terapeutens inkludering av barn (Ask & Kjeldsen, 2015, s. 57; Gangvik-Østgård & Hegerland, 2019, s. 66; Kopperud, 2007, s. 3):

*H<sub>4</sub>: Terapeuter som mener at voksne er de viktigste aktørene for endring i terapi, planlegger sjeldnere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Hypotesen er formulert basert på teorien om planlagt atferd, at en skal ha mulighet til å inkludere barn, samt at studier har pekt på terapirommets fasiliteter som en faktor når det kommer til barns deltakelse (Gangvik-Østgård & Hegerland, 2019, s. 53; Kopperud, 2007, s. 82-83; Korner & Brown, 1990, s. 425):

*H<sub>5</sub>: Terapeuter som mener at arbeidsplassen har tilfredsstillende fasiliteter, planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Å ha, eller oppleve å ha, mulighet til å gjennomføre handlingen er sentral del av teorien om planlagt atferd.

*H<sub>6</sub>: Terapeuter som opplever autonomi på egen arbeidsplass planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Tid og arbeidspress er i tidligere forskning (Flåm & Handegård, 2015, s. 30; Molden et al., 2019), løftet frem som en faktor som antas å kunne påvirke inkludering av barn, i tillegg til at det ses som en del av det å ha mulighet, i tråd med teorien om planlagt atferd.

*H<sub>7</sub>: Terapeuter som opplever tidspress og stor arbeidsmengde, planlegger sjeldnere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Terapeuter i familievernet har ulik utdanning. Jeg ønsker å undersøke om det er forskjeller i plan om inkludering av barn tilknyttet de ulike utdanningene.

*H<sub>8</sub>: Terapeuter med ulik grunnutdanning planlegger i ulik grad å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

*H<sub>9</sub>: Terapeuter som har videreutdanning i familierapi, planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

*Terapeuter i familievernet har ulik arbeidserfaring. Jeg ønsker å undersøke om det er forskjeller mellom informantene uti fra deres tidligere arbeidserfaring.*

*H<sub>10</sub>: Terapeuter med erfaring fra arbeid med barn planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Målet mitt med forskningsprosjektet er å undersøke forskningshypotesene og om mulig trekke slutninger som kan være nyttige å ta med seg videre i forskningsfeltet. For samtlige hypoteser representerer nullhypotesen  $H_0$  at teoretiserte sammenhenger ikke finnes. For å godta prosjektets forskningshypoteser  $H_{1-10}$  må en kunne avvise nullhypotesen  $H_0$ .

# 4 Metodologi

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for mitt vitenskapelige ståsted, forskningsdesign og mine metodevalg, samt hvordan metoden er anvendt i undersøkelsen. Jeg begynner med mitt vitenskapelige ståsted.

## 4.1 Vitenskapsteoretisk ståsted

Vitenskapsteori handler om studie av vitenskap, og er en samlebetegnelse for de forskjellige perspektivene en kan studere vitenskapene ut ifra, som for eksempel historisk, filosofisk eller sosiologisk perspektiv (Snævarr, 2017, s. 13; Thomassen, 2006, s. 15). Kvantitativ forskning forbindes ofte med en positivistisk kunnskapstradisjon og har tradisjonelt vært relativt lite brukt på familierapifeltet. Positivismen er knyttet til vitenskapsteori som søker å forutsi og årsaksforklare, som metodisk tester målbare og direkte registrerbare data innhentet gjennom observasjoner eller eksperimenter, og hvor forskeren er en nøytral observatør (Thomassen, 2006, s. 44). Denne kunnskapstradisjonen står sterkt i blant andre matematikk-, fysikk- og ingeniørfagene hvor systemteorien har sin opprinnelse, og hvor familierapifeltet har hentet inspirasjon fra (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 27).

### 4.1.1 Kritisk realisme

I forskerrollen har jeg med meg et vitenskapsteoretisk ståsted forankret i kritisk realisme. Filosofen Roy Bhaskar utviklet kritisk realisme, en annerledes realisme som også kalles transcendental realisme, som en filosofi om vitenskap (Jakobsen, 2021, s. 9,191, 193). Kritisk realisme er en vitenskapsposisjon som kritiserer både positivismen og postmodernismen.

Positivistene hevder at man kan observere virkeligheten og slik avdekke kausale sammenhenger (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 26-27). Postmodernistene på sin side hevder at vi ikke har tilgang på den eksterne virkeligheten, og at menneskers forestillinger og kunnskap skapes og eksisterer i språket (Jakobsen, 2021, s. 137-138). Kritisk realisme inntar en slags mellomposisjon, at det finnes en virkelig verden og at det finnes kausale sammenhenger, men at disse ikke kan observeres direkte (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 26-27, 79).

### **4.1.2 Ontologi**

Ontologi kan defineres som teori om væren, hva som eksisterer i verden (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 12). Begrepet den intransitive dimensjon benyttes i kritisk realisme om den ontologiske dimensjonen, det vitenskapen produserer viten om. Kritisk realisme fastholder at det finnes en intransitiv dimensjon, som eksisterer uavhengig av vår kunnskap om den (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 22). Verden er ifølge kritisk realisme strukturert og ordnet, uavhengig av mennesket og vitenskapen (Jakobsen, 2021, s. 193). Sentralt i kritisk realisme er fokus på de underliggende strukturene og mekanismene som forårsaker det vi kan observere, men som vi ikke kan observere direkte (Jakobsen, 2021, s. 193). For eksempel at det er noen underliggende dynamikker som vi ikke kan observere direkte, men som medfører at terapeuter velger å ikke inkludere barn i terapeutiske samtaler. Dette igjen gjør at vi kan observere at det ikke er barn som deltar i terapi samtalene.

Kritisk realisme deler virkeligheten inn i tre domener: det empiriske som inneholder erfaringer og observasjoner, det faktiske som inneholder begivenheter og fenomener, og det virkelige som består av ikke direkte observerbare strukturer og mekanismer som ved gitte omstendigheter kan forårsake fenomener og begivenheter innen det faktiske domenet (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 24). De tre domenene kan ikke reduseres til hverandre, da alle de tre domenene er virkelige. Både strukturer og mekanismer er virkelige, så også de begivenhetene og mønstrene disse skaper, på samme måte som de opplevelser som de blir erkjent gjennom er virkelige (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 24).

### **4.1.3 Epistemologi**

Epistemologi, teori om viten, handler om hva og hvordan vi kan vite om verden (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 12). Kritisk realisme omtaler vår viten om verden som den transitive dimensjon (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 21-22). Denne dimensjonen består av det Bhaskar kaller vitenskapens råmateriale, som innbefatter beskrivelser, begreper, teorier, data og analyseteknikker som foreligger til enhver tid (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 22). Kritisk realisme anser vitenskap som en sosial, dynamisk og historisk betinget aktivitet, som innebærer at en kan få forskjellige perspektiver og svar på det som studeres, og det er rom for refleksivitet (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 22; Jakobsen, 2021, s. 195). Kritisk realisme

legger til grunn at det ikke finnes absolutt, evigvarende, ufeilbar og sikker kunnskap om verden. Kunnskap anses innen kritisk realisme for å være feilbar og åpen for kritikk. Ulike perspektiver og beskrivelser anses som en styrke heller enn en trussel mot kunnskapsgrunnlaget i vitenskap, da mangfold av forståelser bidrar til å drive kunnskapen og vitenskapen videre mot ny og bedre forståelse (Jakobsen, 2021, s. 195). Den vitenskapelige prosess anses også å påvirkes av ulike forhold som økonomi, normer, akademiske strukturer og sosiale relasjoner (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 102). Kritisk realisme åpner for kreativ tenkning, og mener at en kan bruke både logikk og metode i tillegg til metaforer, retorikk, bilder og analogislutninger når en i vitenskap forsøker å avdekke virkelighetens underliggende strukturer (Jakobsen, 2021, s. 208).

Kunnskap innen kritisk realisme beskrives av Jakobsen (2021, s. 199) som et «dypdykk» i virkeligheten for å finne mekanismene eller strukturene, årsakene, som er de skjulte kreftene som er virksomme og skaper de fenomenene vi kan observere. Det er disse årsakene vitenskapen forsøker å ordsette for å skape forståelse gjennom retroduksjon (Jakobsen, 2021, s. 199).

Retroduksjon kan beskrives som en slutning til den beste og mest meningsfulle forklaringen (Jakobsen, 2021, s. 198-199). Et resonnement basert på retroduksjon vil forklare og gi mening til et fenomen eller virksomme krefter hvor kun virkning og ikke mekanismen eller kreftene i seg selv kan observeres. Det settes ord på noe, eller det legges til noe annet i forklaringen utover det som kan observeres som forklarer det som er virksomt eller årsaken som medfører det vi kan observere. Kriteriet for at noe «eksisterer» er dermed ikke at det kan observeres eller sanses, men at det utgjør en forskjell og har en virkning i verden (Jakobsen, 2021, s. 199-200). Vitenskap innen kritisk realisme handler om bevegelsen fra det empiriske nivå til det virkelige nivå, ved at fenomener forsøkes å forklares ut fra uobserverte, strukturer og relasjoner (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 60).

Et eksempel på forklaring gjennom retroduksjon er hvordan vi forstår jordskjelv. Ved jordskjelv skapes vibrasjoner. Disse vibrasjonene kan medføre skade på bygninger og muligens kan man se at gjenstander beveger seg. Retroduksjon er anvendt når en forklarer jordskjelv som bevegelser i jordskorpen som skaper og er årsak til vibrasjonene som kan observeres. I de fleste tilfeller kan en ikke direkte se bevegelsene i jordskorpen, men en

slutter seg til en forståelse av underliggende mekanismer som forklarer de observerbare mønstrene (NORSAR, u.å.).

#### **4.1.4 Kritisk realisme og kvantitativ tilnærming**

Kritisk realisme foreskriver ikke forskningsmetode, men forutsetter at metode må være tilpasset forskningsobjektet (Pocock, 2015, s. 176). Kritisk realisme har innen samfunnsvitenskapene lent mot kvalitative forskningsmetoder (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 63). Resonnementet har vært at kvantitativ måling innen naturvitenskapene gir god mening, mens det er mer komplekst innen samfunnsvitenskapene grunnet begrensninger knyttet til begrepsklarhet (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 63). Jones (2010, s. 204) argumenterer imidlertid for at kritiske realister som benytter en kvantitativ tilnærming ikke venter å finne universelle lovmessigheter, men at underliggende kausale strukturer kan skape kontraster og forskjeller som er relativt stabile over tid. Videre kan disse være et godt utgangspunkt for å oppdage dynamikkene som skaper dem.

Kritisk realisme ser ikke datamateriale innhentet gjennom kvantitative metoder som speilbilder av virkeligheten, men som mulige nyttige kilder til forklaring (Jones, 2010, s. 208). Ifølge kritiske realister består verden for det meste av åpne systemer, og mange ulike årsaker og mekanismer virker inn når en i forskning forsøker å undersøke sosiale fenomener (Jakobsen, 2021, s. 201,203). Kvantitativ forskning med utgangspunkt i kritisk realisme kan bidra med kunnskap og tegne kart over et fenomen gjennom informasjon om mønster, avvik og utbredelse, med formål om å bidra til endring (Jones, 2010, s. 209). Forskning, inkludert kvantitativ tilnærming, kan slik sett sammenlignes med virksomheten med å tegne kart. Kartet er ikke terrenget, men er den hittil beste gjettingen en har om terrenget.

#### **4.1.5 Kritisk realisme i denne studien**

Et vitenskapelig ståsted forankret i kritisk realisme fordrer at jeg er bevisst at jeg som forsker påvirker min studie. Spørreskjemaets utforming, med de ord og formuleringer som anvendes, påvirker svarene og dermed også studiens materiale. Selv om mine analyser er gjennomført etter statistiske metoder, vil kunnskapen som kommer ut av undersøkelsen ikke

kunne gi absolutte beskrivelser av virkeligheten. Den vil være en skisse av et øyeblikksbilde, og vil være foreløpig og feilbarlig.

Sentralt for min studie er hvordan kritisk realisme forstår kausalitet. Objekters kausale potensialer og tilbøyeligheter handler om kapasitet til å virke på bestemte måter og mottakelighet for bestemte påvirkninger (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 25). Objekter har forskjellige kausale potensialer og kan være mottakelig for ulik påvirkning. Hvorvidt objektets kausale potensiale utløses, avhenger også av andre objekters mekanismer, da det er mange aktive mekanismer som kan utløse, blokkere eller modifisere hverandres konsekvenser (Buch-Hansen & Nielsen, 2005, s. 26). Dette er særlig relevant for min undersøkelse. Når informantene besvarer om de ville inkludert en fiktiv skikkelse i en vignett, er det mulig at de i situasjoner hvor de skal ta stilling til virkelige mennesker tar andre valg, ut ifra at det er andre påvirkningsmekanismer i sving. Dette betyr at en informant som svarte noe i undersøkelsen, kan være påvirket av andre forhold i det «virkelige domene», og kan velge å gjøre noe annet i de faktiske situasjonene.

Min undersøkelse søker å belyse sammenhenger mellom individuelle, faglige og kontekstuelle faktorer hos terapeuter i familievernet og inkludering av barn i terapeutiske samtaler. Dette gjøres ved å benytte statistiske analyser i det empiriske domenet. Den sosiale verden som terapeuter og familievernkontorer inngår i er et åpent system som påvirkes av mange ulike krefter. Ved å systematisere kunnskap på det empiriske domenet kan jeg utlede forklaringer om det virkelige domenet gjennom retroduksjon.

## **4.2 Valg av forskningsdesign**

Med utgangspunkt i tidligere forskning og studiens problemstilling, virker et kvantitativt forskningsdesign å være best egnet til å svare på problemstillingen. I Norge er forskning på terapeuters inkludering av barn i familieterapi hovedsakelig kvalitative studier ved enkelte familievernkontor. Forskningen jeg har funnet peker på en rekke områder som synes å være viktige og som kan studeres nærmere i et kvantitativt forskningsdesign.

En rekke av funnene fra de amerikanske undersøkelsene kan være aktuelle også i Norge, men kan ikke uten videre overføres til vår kontekst. Både sosiale forhold og offentlige



hjelpetjenester i USA er svært forskjellige fra Norge. I arbeidet med å erverve ytterligere kunnskap om terapeuters inkludering av barn i familierapi er det aktuelt å undersøke om de faktorene som pekes på i foreliggende forskning også kan ses igjen hos et større utvalg av familierapeuter i Norge.

Tidligere kvalitative studier har pekt på faktorer som påvirker den enkelte terapeuts vurdering av inkludering av barn. Jeg ønsket med denne studien å se om slike sammenhenger også kan ses i et mye større utvalg av terapeuter. En av fordelene med en kvantitativ tilnærming er muligheten til å innhente informasjon fra mange terapeuter ved flere ulike familievernkontor. En kvantitativ tilnærming gjør at en kan undersøke fenomener på en annen måte enn det kvalitativ forskning gjør, og muliggjør å studere de ulike faktorene som hittil er løftet frem i kvalitativ forskning. En kvantitativ tilnærming er godt egnet til å peke på mulige sammenhenger mellom terapeuters individuelle, faglige og kontekstuelle faktorer, og inkludering av barn i terapeutiske samtaler. Studien er en tverrsnittsundersøkelse som gir informasjon om situasjonen på tidspunktet undersøkelsen er gjennomført (Johannessen et al., 2016, s. 70).

### **4.3 Kvantitativ metode**

Kvantitativ metode opererer med tall, og skiller seg fra kvalitativ metode som bruker tekst, ved hvordan data registreres og analyseres (Johannessen et al., 2016, s. 237). Ved anvendelse av kvantitativ metode samles et stort tallmateriale inn, ofte i form av spørreundersøkelse, som benyttes til å lese sammenhenger og tendenser (Johannessen et al., 2016, s. 93). Kvantitativ metode har formaliserte fremgangsmåter for analyse av data, statistiske prosedyrer, som omfatter både enkle frekvensopptellinger og avanserte statistiske analyser. Selv om den kvantitative metoden har tydeligere og mer formaliserte prosedyrer krever også denne metoden, i likhet med kvalitativ metode, at data tolkes (Johannessen et al., 2016, s. 237).

### **4.4 Validitet**

Reliabilitet og validitet er sentrale begreper og knyttes til forskningens kvalitet. Data er representasjoner av virkeligheten, og validitet eller gyldighet handler om hvor godt data

representerer fenomenet en undersøker (Johannessen et al., 2016, s. 66). Validitet er ikke absolutt, men er et kvalitetskrav som kan være tilnærmet oppfylt (Johannessen et al., 2016, s. 67). Validitet vurderes på ulike måter og deles inn i ulike typer som innholdsvaliditet, begrepsvaliditet, kriterievaliditet, og ytre validitet. Innholdsvaliditet handler om hvorvidt indikatorene dekker de viktigste aspektene av det teoretiske begrepet. Vurdering av innholdsvaliditet bygger på subjektive vurderinger (Ringdal, 2018, s. 105). Begrepsvaliditet handler om hvorvidt en måler de teoretiske begrepene en ønsker å måle, og omhandler relasjonen mellom indikatorene og det teoretiske begrepet (Ringdal, 2018, s. 105). Kriterievaliditet handler om hvorvidt undersøkelsens mål samsvarer med praksis, om målet fungerer etter forventningene ut i fra de teoretiske betraktningene (Ringdal, 2018, s. 105). Ytre validitet er knyttet til generaliserbarhet (Johannessen et al., 2016, s. 387). Altså å overføre kunnskap som undersøkelsen produserer om utvalget til populasjonen (Løvås, 2018, s. 27). Overføring av kunnskap handler om å overføre informasjon om undersøkelsens informanter til øvrige terapeuter som jobber i familievernnet. Systematisk bortfall, som betydelig forskjeller i svarprosent mellom grupper, ville forringet utvalgets representativitet. Dette ville videre svekket muligheten for å generalisere undersøkelsens resultater (Johannessen et al., 2016, s. 246).

For denne undersøkelsen handler innholdsvaliditet først og fremst om spørreskjemaet synes å dekke de viktigste dimensjonene knyttet til terapeuters inkludering av barn i terapirommet. I oppbygningen av spørreskjemaet har jeg forsøkt å hente inspirasjon fra en rekke kilder og jeg har i tillegg gjennomført en pilot.

Faktoranalyse (EFA) vil være ett av verktøyene jeg benytter til å vurdere begrepsvaliditet for å avdekke om spørsmålene jeg benytter i indeksene synes å måle samme teoretiske begrep eller om de i praksis måler forskjellige ting.

Siden jeg benytter et nytt spørreskjema vil jeg være særlig opptatt av kriterievaliditet i betydningen av at jeg kontinuerlig har søkt å knytte resultatene mine til annen teori og forskning.

Ytre validitet eller mulighet for generalisering vurderes særlig med bakgrunn i spørreundersøkelsens utvalg og frafallsanalyse.

## 4.5 Reliabilitet

Reliabilitet eller pålitelighet, er et sentralt begrep innen forskning knyttet til dataenes nøyaktighet. Reliabilitet handler om hvilke data som undersøkes og hvordan de innhentes og anvendes (Johannessen et al., 2016, s. 36). Om gjentatte målinger med samme måleinstrument gir det samme resultat kan en si at det er høy reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 103). Et mye brukt reliabilitetsmål på tverrsnittsdata er Cronbachs alfa som måler graden av internkonsistens mellom indikatorene i en indeks (Ringdal, 2018, s. 104). I denne undersøkelsen benyttes Cronbachs alfa for å sikre indeksenes reliabilitet.

Der tilfeldige målefeil påvirker reliabiliteten, vil systematiske målefeil påvirke validiteten (Ringdal, 2018, s. 103). En er avhengig av høy reliabilitet for å få høy validitet (Ringdal, 2018, s. 103). Pilotering av spørreundersøkelsen er gjennomført som ledd i å sikre undersøkelsens reliabilitet og validitet.

## 4.6 Utvalg

Populasjonen for denne studien er terapeuter som jobber ved familievernkontor. Familievernet er et gratis tilbud som tilbyr behandling og rådgivning over hele landet, som en kan kontakte uten henvisning. Familievernet prioriterer familier med hjemmeboende barn (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 28. januar 2015). Å velge familievernet som populasjon medfører at jeg kan samle inn svar fra mange ulike informanter på tvers av landets regioner, samtidig som informantene har et felles mandat og rammeverk de jobber innenfor.

### 4.6.1 Utvalgsstørrelse

For å sikre at studiens aktuelle analyser kunne gjennomføres, var det nødvendig å avklare hvor mange informanter som minimum måtte delta for å sikre at spørreskjemaets utforming og tilhørende analyse ikke krever flere informanter enn det som er realistisk å oppnå. For å finne ut av dette ble en statistisk styrketest, eller poweranalyse, benyttet (Bjørndal & Hofoss, 2020, s. 201-202). En slik styrketest sikrer at spørreskjemaet er utformet på en måte og med et antall variabler som bidrar til at faren for type 1-feil, «å tro på noe som er en ren

tilfeldighet», og type 2-feil, «å la være å tro på en realitet», holdes på et akseptabelt nivå (Bjørndal & Hofoss, 2020, s. 201-202) .

Som ledd i planleggingen av studien gjennomførte jeg en poweranalyse i dataprogrammet G\*Power 3.1.9.7 (Faul et al., 2007), med lineær multippel regresjon f-test med effektstørrelse ( $f^2$ ) 0.15,  $\alpha$  på 0.05, power/styrke ( $1-\beta$ ) på 0.8 og antall uavhengige variabler på 7 (vedlegg 1). Den viste behov for minimum 103 informanter.

Effektstørrelse betyr i denne sammenhengen hvor mye av variasjonen i den avhengige variabelen som kan forklares av variasjonen i den uavhengige variabelen. En effektstørrelse på 0.15 refereres gjerne til som «medium effektstørrelse» (Cohen, 1988, s. 413). Jeg valgte 0.15 som en passende effektstørrelse i poweranalysen basert på effektstørrelsene fra tidligere forskning på temaet (Oed & Gonyea, 2019, s. 141).

«Power» vil si at en med 80 % sannsynlighet vil kunne påvise en eventuell reell sammenheng med utgangspunkt i oppgitt effektstørrelse (Bjørndal & Hofoss, 2020, s. 201-202). Dette betyr at jeg i denne studien velger å sette grensen for fare for type-1 feil til 95% og faren for type-2 feil til 80 %. Med utgangspunkt i dette, ønsket jeg å gjennomføre en studie med minimum 103 informanter.

Det må i alle spørreundersøkelser regnes med bortfall, at noen av informantene av ulike grunner ikke gjennomfører undersøkelse. Bruttoutvalget inkluderer alle informantene som er invitert til å delta i undersøkelse, mens nettoutvalget består av alle informantene som faktisk deltar i undersøkelsen (Johannessen et al., 2016, s. 245). Det er ved surveyundersøkelser vanlig med en svarprosent på 30-40 % (Johannessen et al., 2016, s. 245). Tidligere kvantitative studier på terapeuter i familievernet har imidlertid hatt høyere svarprosent. Stokkebekk (2013, s. 38) hadde i sin studie en svarprosent på 57,3% mens Molden, Ulset og Røe (2019, s. 8) hadde en svarprosent på 67 %. Denne studien gjennomføres i en tid preget av en global pandemi, og en betydelig økning i etterspørsel av hjelpetjenester til barn, unge og familier. Med dette utgangspunktet valgte jeg å ta høyde for en svarprosent på 40 %. Med et nettoutvalg på minimum 104 informanter ble det tatt høyde for at det var behov for et bruttoutvalg på 295 informanter.

Målsettingen med denne undersøkelsen er å få en bedre forståelse av mekanismene knyttet til terapeuters inkludering av barn og ikke å generalisere enkeltfunn til populasjonen. I den grad det er nyttig for leseren ville det, gitt ett randomisert utvalg og at populasjonen på terapeuter i familievernet er på 473 (se 5.2), vært nødvendig med 212 respondenter for å generalisere funn med et konfidensintervall på 95 % ( $p < 0,05$ ) til hele populasjonen. Utregningen er gjort ved hjelp av Creative Research Systems sin Sample Size Calculator (Creative Research Systems, u.å.).

#### **4.6.2 Rekruttering av informanter**

Å knytte nøkkelpersoner og/eller ledere til prosjektet for å gi studien legitimitet ble vurdert som viktig for rekruttering av informanter, da gjennomføringen av studien forutsetter at aktuelle informanter gis mulighet og tid til å svare på spørreundersøkelsen. Jeg kontaktet derfor Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) for bistand til å rekruttere informanter til undersøkelsen. Bufdir uttrykte positivitet til prosjektet, men informerte om at de på det tidspunktet ikke hadde mulighet til å gi tilgang til familievernkontorene. Jeg ble anbefalt å kontakte Spisskompetansemiljøet for barn og unge i familievernet i Tromsø (SKM), eller å kontakte de ulike Bufetat-regionene som står som eiere av familievernet.

Jeg kontaktet SKM, som sa seg villig til å bistå med rekruttering av informanter. De ville sende epost med invitasjon om deltakelse i undersøkelsen, sammen med anbefaling om å delta, til sine kontaktpersoner ved hvert av landets familievernkontor. En slik anbefaling om deltakelse fra Spisskompetansemiljøet anså jeg som svært verdifullt, da den ble vurdert å gi prosjektet kredibilitet og støtte, som igjen kunne bidra til å øke rekrutteringen. SKM informerte om at tidligere undersøkelser, sendt ut via dem, hadde fått rundt 200 respondenter. Alternativet til denne fremgangsmåten, å rekruttere informanter gjennom de ulike Bufetat-regionene, ble ansett som risikabelt, med større mulighet for å støte på vansker med å få tilgang og tilstrekkelig med informanter til prosjektet.

Utvalget er rekruttert med bistand fra SKM. De sendte 28.09.2021 ut invitasjon til deltakelse, med Informasjonsskrivet (vedlegg 3) og en anbefaling fra dem om å delta, til sine kontaktpersoner ved landets familievernkontorer, med oppfordring om å videreformidle til sine kollegaer. Dette ble fulgt opp med en påminnelse om undersøkelsen på epost fra SKM

27.10.2021. Det ble i påminnelsen også informert om at familievernet ville få tilsendt oppgaven i etterkant.

I midten av november hadde undersøkelsen 50 besvarelser, noe jeg vurderte som utilstrekkelig. På bakgrunn av dette, samt at undersøkelsen nærmet seg avslutning, valgte jeg 15.11.2021 å sende ut invitasjon til deltakelse i undersøkelsen på epost til de 49 familievernkontorene som står opplyst på Bufdir sine nettsider med avtale med Bufdir (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2015). Alle familievernkontor som ikke hadde besvart eposten ble fulgt opp med en telefonhenvendelse. I alt 18 familievernkontor tilbakemeldte, via epost eller telefonkontakt, at de hadde formidlet undersøkelsen videre til sine ansatte som arbeidet terapeutisk.

Denne måten å rekruttere utvalg på fremstod som nødvendig for å sikre nok informanter, men medførte at antall aktuelle informanter som har fått invitasjonen er ukjent. Undersøkelsens utvalg er ikke et tilfeldig trukket utvalg, men vil være å anse som et tilgjengelighetsutvalg (Johannessen et al., 2016, s. 114, 120). Utvalget består sannsynligvis av omkring 20 % av den totale populasjonen.

## **4.7 Datainnsamling gjennom surveyundersøkelse**

Det ble i datainnhenting benyttet en digital surveyundersøkelse. Spørreskjema er en metode for datainnsamling som gir høy grad av standardisering, som skal bidra til å sikre pålitelige data og fjerne tilfeldige feil, og hvor man kan se likheter og variasjoner i måten respondentene svarer på (Johannessen et al., 2016, s. 259; Ringdal, 2018, s. 124-125). Det anvendte spørreskjemaet er prekodet, med forhåndsoppgitte svaralternativer som gjør det lettere for informantene å besvare i tillegg til at det er tidsbesparende. Det er også en fordel at svarene eksporteres direkte inn i det digitale analyseprogrammet (Johannessen et al., 2016, s. 261-263). Den digitale spørreskjemaløsningen Nettskjema ble benyttet i datainnsamlingen, og lenke til undersøkelsen ble sendt informantene på epost.

Etter at undersøkelsen ble avsluttet 30. november 2021, med 107 svar, ble data overført til et statistikkprogram og anonymisert. Programmet IMB SPSS Statistics Versjon 27, release 27.0.1.0 64-bite Edition, er benyttet i behandling av undersøkelsens data. Datamaterialet ble

ryddet, og ved denne gjennomgangen ble det oppdaget at tre informanter hadde besvart undersøkelsen to ganger. Der en informant hadde levert to besvarelser, ble den siste besvarelsen beholdt. Det endelige utvalget besto altså av 104 informanter.

## 4.8 Vignettstudier

Atzmüller & Steiner (2010, s. 128) beskriver vignetter slik: «A vignette is a short, carefully constructed description of a person, object, or situation, representing a systematic combination of characteristics». Taylor (2006, s. 1198) viser til at responsen på vignetter brukt i spørreundersøkelser ligner de vurderingene som gjøres i møte med virkelige klienter, og at bruk av vignetter kan gi mer gyldige resultater enn beskrivelser av prosessen gitt i etterkant av den som tok beslutningen. Aguinis og Bradley (2014, s. 366) argumenterer for at en ved å benytte vignettmetodologi kan lage realistiske nok scenarioer og valgmuligheter samtidig som de gjøres målbare. De argumenterer for at dette bidrar til at en kan få resultater som en kan bruke i statistiske analyser, samtidig som resultatene ikke er for distanserte fra den kliniske virkeligheten.

Kritikken mot vignettstudier handler om at de er urealistiske, at resultatene ikke nødvendigvis er generaliserbare, i tillegg til at de bare viser mulige og ikke reelle resultater (Aguinis & Bradley, 2014, s. 361). Argumentet om at et tenkt scenario kan gi andre vurderinger enn et mer virkelighetstro scenario er viktig. Jeg har imøtekommet dette ved å gjennomgå vignettene med en ansatt i familievernet for å sikre at de fremstår realistiske og mest mulig «typiske» for familievernet (Aguinis & Bradley, 2014, s. 362). Vignettene plasseres i informantenes arbeidskontekst ved at de presenteres som en henvendelse til informantenes arbeidssted. Dette sikrer at mengden og type informasjon i vignettene ligner informasjonen informantene får i en reell henvendelse i sin arbeidshverdag. Dette bidrar også til at rammen for vurderingen plasseres tydelig i informantenes daglige arbeidssted, og dermed fremstår mest mulig realistisk. At vurderingene tas på informantens eget arbeidssted, taler også for at vurderingene informantene gjør ved besvarelsen av spørreskjemaet ligger tett opp til den naturlige konteksten informantene vanligvis vurderer og tar beslutninger i vedrørende inkludering av barn i terapeutiske samtaler (Aguinis & Bradley, 2014, s. 363). Ved utarbeidelsen av vignettene er det sett til statistikk over hvilke

temaer familievernkontoret er i kontakt med for å lage problemstillinger som er vanlige ved familievernkontorene (Statistisk sentralbyrå, 2020).

## 4.9 Målenivå

Undersøkelsens variabler er samlet inn gjennom Likert-skala og er på ordinalnivå. Det vil si at verdiene er rangerte, og at avstanden mellom verdiene ikke nødvendigvis er like store. Det er ikke nødvendigvis like stor avstand mellom «helt enig», «litt enig» og «verken enig eller uenig», slik det er mellom 1, 2 og 3 meter som er et kontinuerlig mål (Ringdal, 2018, s. 96). Ringdal (2018, s. 98) påpeker imidlertid at målenivå er en konstruksjon, og ikke er fast og uforanderlig, men avhenger av vår tolkning, og at den ikke bør stå i veien for søking etter mønster i data. Det er vanlig å benytte ordinale variabler som kontinuerlige når det er teoretisk meningsfylt og det er minst fem kategorier (Johannessen, 2009, s. 144; Ringdal, 2018, s. 98-99). Å samle spørsmål som er ment å måle det samme teoretiske begrepet, og kombinere disse til en sammensatt indeks, vil videre bidra til at indeksen blir langt mer kontinuerlig enn hvert enkelt spørsmål (Ringdal, 2018, s. 399). I denne undersøkelsen velger jeg å behandle de uavhengige variablene og den avhengige som kontinuerlige variabler. Fordelen med dette er at kontinuerlige variabler kan benyttes i lineær regresjon, en analyse jeg vurderer som godt egnet til å belyse problemstillingen min, og som vil bli videre beskrevet senere i teksten.

Det er delte meninger rundt hvor mange punkter en Likert-skala bør ha. Med utgangspunkt i at European Social Survey benytter en 5-punkt tekstet Likert-skala (se Ringdal, 2018, s. 358), og at spørsmålene ber om informantenes subjektive vurdering, besluttet jeg å benytte 5-punkts Likert-skala (Løvås, 2018, s. 385). Johannessen et al. (2016, s. 271-275) viser til at 5-punkts skalaer gir bedre datakvalitet og mulighet til mer omfattende statistiske analyser. Skalaer med oddetall med fem eller syv verdier gir mest konsistente svar, høy reliabilitet og validitet, samt at skalaer hvor alle punktene er tekstet gir høyere reliabilitet (Johannessen et al., 2016, s. 271-272).



## 4.10 Statistiske analyser

Kvantitative metoder samler inn data i former som gjør at de kan telles og analyseres statistisk gjennom en tallmessig beskrivelse (Johannessen et al., 2016, s. 277). I møte med datasettet har jeg jobbet med utgangspunkt i prosjektets problemstilling, «Hvilke sammenhenger ses mellom terapeuters individuelle, faglige og kontekstuelle faktorer og inkludering av barn i terapeutiske samtaler i familievernet?» Jeg har stilt spørsmål i form av hypoteser som besvares ved analyser av datasettet. I statistisk analyse testes to parallelle hypoteser; nullhypotesen ( $H_0$ ) som ofte er formulert som en påstand om det motsatte av det vi tror, for eksempel at det ikke er sammenheng, og den alternative hypotesen ( $H_1$ ) som formuleres som en påstand om at det er sammenheng. Dersom nullhypotesen forkastes styrkes altså troen på den alternative hypotesen (Ringdal, 2018).

Jeg vil i det følgende redegjøre for noen sentrale begreper samt beskrive de statistiske analysene jeg benyttet for å belyse problemstillingen.

### 4.10.1 P- verdier

Ved signifikanstesting, benyttes P verdier, som står for probability value eller signifikanssannsynlighet og viser til sannsynligheten for at en forkaster en nullhypotese som er sann. P varierer mellom 0 og 1, og kan uttrykkes som prosent ved å ganges med 100 (Johannessen et al., 2016, s. 375-376). Statistisk signifikans sier ikke noe om resultatene har teoretisk eller klinisk signifikans (Ringdal, 2018, s. 287).

Ved testing av hypotesene velger jeg å benytte et signifikansnivå på  $p = 0,05$ , da dette er det mest brukte nivået. Jeg vil i hovedsak forholde meg til dette signifikansnivået, som innebærer å forkaste  $H_0$  der det er mindre enn 5 % sjanse for at resultatene jeg observerer gjennom testene er tilfeldige. Samtidig har jeg med meg at det er flere som har gått bort fra å benytte signifikansnivå på  $p = 0,05$  og som argumenterer for at dette fremmer en sort/hvit-tenkning (Pripp, 2015, s. 1462-1463). Forskjeller som ikke er signifikante kan også være reelle, og å overse disse kan medføre en fare for type 2-feil.

#### **4.10.2 Cronbachs alfa**

Cronbachs alfa ( $\alpha$ ) er det mest brukte reliabilitetsmålet i tverrsnittsdata og måler intern konsistens som beskrives som et tall mellom 0 og 1 (Ringdal, 2018, s. 104, 374). Cronbachs alfa måler, basert på et sett indikatorer, reliabiliteten i en summert indeks.  $\alpha$  påvirkes av to størrelser, den gjennomsnittlige korrelasjonen mellom indikatorene og antall indikatorer (Ringdal, 2018, s. 367). Målt med Cronbachs alfa blir reliabiliteten bedre dess sterkere sammenheng mellom indikatorene, og jo flere indikatorer som inngår i indeksen (Ringdal, 2018, s. 104). En høy  $\alpha$ -verdi indikerer at den målte indeksen har en tilfredsstillende reliabilitet (Ringdal, 2018, s. 104). Det er ingen enighet om nedre grense for en tilfredsstillende høy Cronbach alfa, men en mye brukt regel er at alfanivå på 0,6-0,7 anses å være akseptabelt (Ursachi et al., 2015, s. 681). Jeg velger i denne undersøkelsen å sette nedre grenser på 0,6. Dette da jeg i undersøkelsen benytter et nyutviklet spørreskjema og flere av indeksene består av få spørsmål, noe som kan påvirke Cronbachs alfa. Indekser med lav Cronbachs alfa nivå kan medføre begrensninger ved studien som må tas i betraktning ved tolkning av dataene.

#### **4.10.3 Korrelasjon**

Korrelasjon, som også kalles samvariasjon, handler om det gjensidige forholdet mellom to variabler (Johannessen et al., 2016, s. 300; Løvås, 2018, s. 159). Pearsons produktmomentkorrelasjon, ofte kalt Pearsons  $r$ , er et standardisert og mye brukt korrelasjonsmål som angir hvor sterk den lineære sammenhengen mellom to variabler er, og varierer mellom -1 og +1 (Johannessen et al., 2016, s. 300; Ringdal, 2018, s. 315).

#### **4.10.4 Faktoranalyse**

Faktoranalyse er en statistisk teknikk som i denne undersøkelsen benyttes for å kvalitetssikre de sammensatte indeksene (Ringdal, 2018, s. 358). Siden spørreundersøkelsen er egenutviklet og ikke tidligere benyttet, er bruken av faktoranalyse spesielt viktig for å validere spørreskjemaet som et forskningsverktøy. Dersom spørreskjemaet hadde vært benyttet på et tidligere tidspunkt ville det vært viktig å bekrefte at det fungerte på samme måte i møte med populasjonen terapeuter i familievernet. Dette da det er bruken av

spørreundersøkelsen, og ikke bare skjemaet i seg selv som valideres (Knekta et al., 2019, s. 16).

Faktoranalyse er en betegnelse som favner ulike analyser og tilnærminger, blant andre eksplorerende faktoranalyse (EFA), den mest brukte faktoranalysen, og den som benyttes i denne undersøkelsen. EFA benytter statistiske kriterier for å finne antall faktorer eller dimensjoner som er utgangspunktet for korrelasjonene i et konkret datasett (Ringdal, 2018, s. 359-360).

Målet med faktoranalysen er å samle alle variablene til et mindre antall faktorer, noe som kalles ekstraksjon (Johannessen, 2009, s. 173). Det er vanlig å inkludere de faktorene som har egenverdi over 1 (Kaisers kriterium) (Ringdal, 2018, s. 360-361). En egenverdi over 1 indikerer at faktoren forklarer tilstrekkelig varians til at det er meningsfullt å inkludere den i analysen.

I min undersøkelse benyttes faktoranalysen til å se om spørsmålene som er ment å måle det samme klumper seg sammen i mønstre tilknyttet samme faktor. Dersom spørsmålene i en sammensatt indeks for eksempel viser seg å dele seg i to faktorer, kan dette muligens være en indikasjon på at de ikke måler samme teoretiske begrep. Om mønsteret klumper seg sammen i tråd med de sammensatte indeksene kan dette indikere at spørsmålene måler det samme.

Rotasjon benyttes ved faktoranalyse for å få et tydeligere mønster ved at variablene lader høyere på en faktor og mindre på øvrige faktorer. Det er to rotasjoner en kan benytte, ortogonal som er aktuell om faktorene ikke er korrelert, og oblik rotasjon om faktorene er korrelert. Ortogonal rotasjon er lettere å beskrive og tolke enn oblik rotasjon. Johannessen (2009, s. 177) viser til en tommelfingerregel som sier at en kan vente at resultatet av forskjellige rotasjoner blir det samme, dersom dataene er egnet for faktoranalyse, ved at det er sterk korrelasjon mellom variablene og det er en eksplorativ analyse. I slike tilfeller kan ortogonal rotasjon benyttes. Varimax, den mest vanlige ortogonale rotasjonen, bidrar til at variablene lader mest mulig på en faktor og mindre på de øvrige (Johannessen, 2009, s. 178)

For å undersøke om et datasett er egnet for faktoranalyse benyttes gjerne Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) og Bartlett's sfæretest (Johannessen, 2009, s. 169,171-172). Kaiser-Meyer-Olkin

(KMO) undersøker om høye korrelasjoner skyldes reelle sammenhenger kontrollert for de øvrige variablene. KMO varierer mellom 0 og 1, og for å kunne benytte faktoranalyse anbefales KMO å være minst 0,60 (Johannessen, 2009, s. 172). Bartlett's sfæretest tester nullhypotesen «om at korrelasjonene i korrelasjonsmatrisen kunne ha kommet fra en populasjon hvor samtlige korrelasjoner er lik null» (Johannessen, 2009, s. 172). Den anbefales å være statistisk signifikant på ,05 nivå for at dataene skal være egnet for faktoranalyse (Johannessen, 2009, s. 172).

#### **4.10.5      Multippel lineær regresjonsanalyse**

Regresjonsanalyse er en statistisk analyse som kan anvendes for å beskrive, predikere, beregne eller årsaksforklare hvordan verdier på de uavhengige variablene forventes å påvirke den avhengige variabelen (Johannessen et al., 2016, s. 316-317). Regresjonsanalyse benyttes til å undersøke hvordan gjennomsnittsverdien på en avhengig variabel varierer med en eller flere uavhengige variabler, og er en statistisk analyse som er godt egnet til å håndtere mange uavhengige variabler (Johannessen et al., 2016, s. 425). I denne undersøkelsen benyttes regresjonsanalyse for å undersøke sammenheng mellom de uavhengige variablene og den avhengige variabelen, «inkludering av barn».

Ved å anvende regresjon kan en beregne hvor mye av variansen i den avhengige variabelen som kan forklares ut ifra de uavhengige variablene i regresjonsmodellen. Den måles ved  $R^2$  som varierer mellom 0 og 1, hvor 0 ikke forklarer noe av variasjonen i den avhengige variabelen og 1 forklarer all variasjon i den avhengige variabelen (Johannessen et al., 2016, s. 329). Regresjonsanalysen vil altså kunne beregne om og eventuelt i hvor stor grad de uavhengige variablene forklarer variasjon i den avhengige variabelen.

Forutsetningene for å benytte lineær regresjon på datasett fra tverrsnittsundersøkelse handler om modellens spesifisering, at aktuelle uavhengige variabler er inkluderte, og at det ikke er statistisk samspill mellom de uavhengige variablene. Videre er det en forutsetning om fravær av multikollinearitet. Dette betyr at de uavhengige variablene ikke kan være perfekt korrelerte med hverandre. Forutsetninger om residualene handler om homoskedastitet i residualene, som betyr lik varians i residualene for de uavhengige variablene, samt at residualene er normalfordelte (Løvås, 2018, s. 303-305; Ringdal, 2018, s. 422-423, 430, 467).

Det vil si at en ser på dataene som regresjonsmodellen ikke kan forklare, og forsikrer seg om at det ikke finnes et mønster i disse dataene.

#### **4.10.6 T-test**

T-tester undersøker forskjellene i gjennomsnitt mellom to grupper. Det handler i hovedsak om forholdet mellom utvalg og populasjon, og den statistiske sannsynligheten for hvilken hypotese som er rett. (Johannessen, 2009, s. 130). T-test er en parametrisk test som bygger på forutsetninger om t-fordelingen, som innebærer at ikke-parametriske alternativ bør vurderes når utvalg er  $n < 30$  (Ringdal, 2018, s. 287).

#### **4.10.7 Mann-Whitney- U test**

Mann-Whitney-U test benyttes for å sammenligne grupper (Bjørndal & Hofoss, 2020, s. 90-91; Løvås, 2018, s. 357). Testen er en ikke-parametrisk signifikanstest, en type statistisk test som benyttes når dataene ikke er normalfordelte (Løvås, 2018, s. 357). Ikke-parametriske tester har mindre teststyrke enn parametriske tester (Ringdal, 2018, s. 288). P-verdier benyttes for å rapportere resultat av testen (Løvås, 2018, s. 359).

### **4.11 Utforming av spørreskjema**

Undersøkelsens spørreskjema består av 44 spørsmål (vedlegg 2). I utarbeidelsen av spørreskjema har jeg dratt veksel på tidligere forskning, teori og egen erfaring fra praksisfeltet. Spørreskjemaet er utviklet med inspirasjon fra «The Family Therapy Questionnaire- Revised» (FTQ-R), som er benyttet i tidligere undersøkelser av samme tema i USA (Johnson & Thomas, 1999; Oed & Gonyea, 2019). Jeg har forsøkt, men ikke lykkes med å kontakte de amerikanske forskerne Steven Korner, Gary Brown, Laura Johnson og Volker Thomas. Jeg fikk imidlertid kontakt med Megan Oed, som sammen med Jennifer Gonyea benyttet spørreskjemaet i sin studie blant studenter og nyutdannede familierapeuter (Oed & Gonyea, 2019). Oed sendte meg spørreskjemaet FTQ-R, som har vært til inspirasjon når jeg har laget mitt eget spørreskjema.

Jeg hadde i utgangspunktet tenkt å benytte et spørreskjema som var vesentlig likere det originale spørreskjemaet, men har endt opp med et spørreskjema som er ganske annerledes.

Bakgrunnen for dette er at jeg har dratt veksler på kvalitativ forskning på inkludering av barn i en norsk sammenheng, samt at jeg ut ifra vignettforskning har valgt å benytte vignetter med utforming av den avhengige variabelen på en litt annen måte. Blant annet har jeg begrenset antall spørsmål per vignett til ett, hvor FTQ-R har 16 spørsmål per vignett (Taylor, 2006, s. 1193). Kulturelle og kontekstuelle forskjeller, som hvordan samfunnet, hjelpeapparatet og arbeidskonteksten til familierapeutene er utformet i henholdsvis Norge og USA, utelukker at skjemaet uten videre kan oversettes til en norsk kontekst. Hovedfokus for min undersøkelse er terapeutens vurdering, i lys av faktorer ved terapeuten, mens «The Family Therapy Questionnaire- Revised» har noe mer fokus på terapeutens vurdering i lys av forhold ved barna og familiene når det kommer til inkludering av barn.

Jeg har valgt å inspireres av Ajzens teori i utformingen av spørreskjemaet. Teorien om planlagt adferd er et mye brukt rammeverk for å forstå atferd, som jeg benytter for å kvantitativt identifisere viktige drivere for adferd og potensiale for endring (La Barbera & Ajzen, 2021, s. 35). Å inspireres av teorien og metodeverket til Ajzen har hjulpet meg med å konstruere kvantitative størrelser og bidratt med ett perspektiv på hvordan en kan tolke disse størrelsene.

Ved utformingen av spørreskjemaet er det tatt mange valg. Jeg har valgt å benytte funksjonen i nettskjema som medfører at alle spørsmål må besvares før informantene kan levere besvarelsen. Samtidig som dette sikrer at alle spørsmål besvares, risikeres det at noen informanter ikke fullfører undersøkelsen. Det er også tatt valg om at informanten ikke får mulighet til å formulere åpne svar, verken på spørsmål om utdanning, hvor kun «annet» kan velges om aktuell utdanning ikke er listet, eller ved bruk av alderskategorier. Jeg valgte dette med hensyn til studiens omfang.

Spørreskjema som metode gir ikke noe rom for improvisasjon eller mulighet for oppfølgingsspørsmål når undersøkelsen er startet, og det har vært viktig i planleggingen av spørreskjemaet å tenke igjennom ulike aspekter og faktorer som kan påvirke terapeutens beslutning om å inkludere barn i terapi. Jeg har undersøkt om det finnes etablerte spørsmålssett som har vært brukt til å studere samme eller lignende tema i tidligere studier, og jeg har oppsøkt teori om bygging av spørreskjema. Jeg fant ingen spørreskjema som jeg

direkte kunne benytte meg av, men har funnet ulike spørsmålssett og teori som jeg har benyttet i utformingen av spørreskjemaet.

## 4.12 Prestudie

En prestudie eller pilotstudie benyttes ofte for å få en tilbakemelding på hvordan spørsmålene og utformingen av et spørreskjema oppleves (Johannessen et al., 2016, s. 274-275). Jeg gjennomførte en prestudie hvor kollegaer i kommunen som arbeider med samtaler og veiledning til barn, unge og familier besvarte undersøkelsen.

I forkant av prestudien gjennomgikk jeg spørreskjemaet sammen med en medstudent som arbeider i familievernet, som ledd i å sikre innholdsvaliditet. Bakgrunnen for dette var å søke å sikre at spørsmålene kan relateres til arbeidskonteksten i familievernet og at spørsmålene har en viss relevans for feltet. Videre for å unngå at spørsmålene ikke er formulert på en måte som oppleves å gi føringer, samt for å sikre at språkdrakten i spørreskjemaet er gjenkjennelig for ansatte i familievernet. I denne gjennomgangen ble jeg blant annet gjort oppmerksom på at familievernet definerer samtalene ut ifra hvem som deltar i samtalen; par-, barne-, foreldre, - og familiesamtaler. Dette medførte at jeg i spørreskjemaet har valgt å bruke begrepet «terapeutiske samtaler» når jeg referer til samtalene som foregår i familievernet.

Ved gjennomføringen av prestudien sendte jeg ut invitasjon til å fylle ut spørreskjema. pr. epost. Prestudien hadde 11 respondenter av 17 inviterte. Undersøkelsen ble gjennomført anonymt og jeg kunne ikke se hvem som hadde deltatt. Tilbakemeldingene fra prestudiens informanter samt test-dataene ble benyttet til å gjøre justeringer av spørreskjemaet.

Målet med preundersøkelsen var mellom annet å få indikasjoner på om spørsmålene som er ment å måle det samme oppnår tilstrekkelig internkonsistens. Jeg fikk i tillegg kommentarer på innhold og utforming.

Prestudien hadde få respondenter, og resultatet av analysene fordret behandling deretter. At noen av dimensjonene hadde lite variasjon, ble delvis forstått ut ifra prestudiens kontekst. At det var jeg som gjennomførte undersøkelsen, at informantene som var mine kollegaer kjenner til mitt engasjement for temaet, samt at alle nylig hadde deltatt på

foredrag relatert til undersøkelsens tema. Jeg brukte imidlertid resultatene av analysen som del av beslutningsgrunnlaget da jeg valgte å flytte, slette, legge til og omformulere spørsmål i spørreskjemaet knyttet til flere dimensjoner.

## **4.13 Operasjonaliseringen av variablene**

Studien undersøker faktorer ved terapeutene og deres inkludering av barn i terapeutiske samtaler. For å gjøre disse fenomenene målbare må de konkretiseres, eller operasjonaliseres, til variabler. En variabel representerer en egenskap eller et kjennetegn ved enheten, og varierer med verdier eller kategorier (Johannessen et al., 2016, s. 249).

For å undersøke de ulike faktorene i problemstillingen, har jeg laget ulike indekser satt sammen av spørsmål som samlet gir et mål på det teoretiske begrepet indeksen er ment å måle (Ringdal, 2018, s. 101-102). De spørsmålene som er negativt ladet er snudd, slik at de kan inkluderes i indeksene. En indeks kan bestå av 3 eller flere spørsmål. Styrken på sammenhengen mellom spørsmålene og hva som måles påvirker hvor mange spørsmål som bør inngå i en indeks (Ringdal, 2018, s. 358).

Jeg har valgt å benytte median, det midterste tallet i rekken, når spørsmålene fra undersøkelsen er slått sammen til de ulike indeksene (Johannessen, 2009, s. 97). Median er et mål som angir tyngdepunktet i fordelingen, og er den verdien som deler en ordnet fordeling i to like store deler (Ringdal, 2018, s. 295, 297). Bakgrunnen for at jeg velger å benytte median er at den i mindre grad er sårbar for enkelttilfeller med ekstremverdier, og at dette er viktig med tanke på at enkelte av indeksene mine er skjevfordelte.

### **4.13.1 Fagbakgrunn og opplysninger om informanten**

Spørsmål om utdanning, opplæring og arbeidserfaring belyser informantens faglige forutsetninger. Spørsmål om kjønn, alder, regionstilhørighet og inkludering av barn i egen praksis stilles for å beskrive ulike faktorer og forutsetninger hos informantene.

Svaralternativene til disse spørsmålene er laget og tilpasset hvert av de aktuelle spørsmålene. Svaralternativene til de øvrige indeksene er bygget opp som 5-punkt Likert-



skala, med alternativene «helt enig», «litt enig», «verken enig eller uenig», «litt uenig» og «helt uenig».

#### **4.13.2 Mestringstro**

For å undersøke informantenes tro på egen mestring i møte med barn i terapeutiske samtaler, utformet jeg indeksen «mestringstro» med utgangspunkt i en standardisert og utprøvd kortversjon av Generalized Self-Efficacy scale (GSE) utarbeidet av Tambs og Røysamb (Tambs & Røysamb, 2014). Jeg tilpasset spørsmålene i GSE til å bli oppgavespesifikke, altså knyttet til terapeutiske samtaler med barn. I pilotstudien min ble også GSE (kortversjonen) inkludert, for å teste ut indeksen «mestringstro» (TSSE). Stanley og Murphy anbefaler at korrelasjonen mellom GSE og TSSE er minst  $> 0,5$  (Stanley & Murphy i Leganger et al., 2000, s. 66). I piloten var korrelasjonen mellom min konstruerte indeks «mestringstro» (TSSE) og kortversjonen av GSE 0,55.

#### **4.13.3 Forventet nytte**

Indeksen «forventet nytte» er ment å undersøke informantenes forventede nytte, altså informantenes holdning til atferden å inkludere barn i terapeutiske samtaler. Indeksen hadde først en for lav Cronbachs alpha ( $\alpha = 0.37$ ). Ved å fjerne 2 spørsmål med negativt vinklet spørsmålsstilling oppnådde indeksen en akseptabel Cronbachs alpha verdi ( $\alpha = .66$ ). Det er mulig at negativt formulerte spørsmål kan ha hatt en innvirkning på respondentene. Indeksen består av tre spørsmål og er inkludert i videre analyser.

#### **4.13.4 Autonomi på arbeidsplassen**

Indeksen «autonomi på arbeidsplassen» er konstruert for å måle informantenes opplevelse av å ha innflytelse over valget om å inkludere eller ekskludere barn fra terapeutiske samtaler.

#### **4.13.5 Barnesyn**

Indeksen «barnesyn» består av spørsmål som undersøker informantenes syn på barn knyttet til å inkludere eller ekskludere barn fra terapeutiske samtaler i arbeid med familier. Indeksen

har ikke en tilfredsstillende Cronbach alpha ( $\alpha = .41$ ). Det lave alfanivået kan tyde på at spørsmålene ikke måler samme teoretiske begrep.

I retrospekt ser jeg at indeksen var sammensatt av spørsmål som handlet om barns rolle i terapeutisk arbeid, hvorvidt barn kan ta skade av å delta i terapeutiske samtaler, informantens syn på barn, og om synet på å ekskludere barn med utgangspunkt i terapeutens egne preferanser.

Spørsmålene vil ikke bli brukt som samlet indeks, men jeg vil benytte enkeltspørsmål i analyser.

#### **4.13.6 Opplevde forventninger**

I utarbeidelse av indeksen «oplevde forventninger» er det lagt til grunn at forventninger fra leder, kollegaer og arbeidsplassen som sådan kan kunne påvirke hvordan informantene vurderer inkludering av barn i terapeutiske samtaler. Den er ment å undersøke informantenes opplevelse av forventninger til inkludering av barn på sin arbeidsplass. I pilotstudien var det lite spredning på denne indeksen, og alle informantene svarte nesten likt.

#### **4.13.7 Tid og arbeidsmengde**

Spørsmål i indeksen «tid og arbeidsmengde» er ment å undersøke om tid og arbeidsmengde er en faktor som har sammenheng med informantenes inkludering av barn. Indeksen har i undersøkelsen bare blitt besvart av 50 av de 104 informantene. Dette grunnet feil ved spørreskjema da det først ble sendt ut. Da feilen ble oppdaget besluttet jeg å legge disse til på slutten av spørreskjemaet. Jeg har valgt å presentere data fra disse spørsmålene senere i oppgaven.

#### **4.13.8 Fasiliteter**

Indeksen «fasiliteter» består av tre spørsmål knyttet til om fasiliteter som rom, møbler og utstyr ved familievernet er tilpasset samtaler med barn.

#### **4.13.9 Inkludering av barn (avhengig variabel)**

Indeksen «Inkludering av barn» eller «Vignettene» er laget for å måle informantenes vurdering av inkludering av barn. Den er bygget opp annerledes enn de øvrige indeksene, og fire konstruerte vignetter utgjør indeksen. Basert på anbefalinger fra Aguinis og Bradley (2014) har jeg valgt å benytte fire vignetter. De peker på at en bør unngå at det blir for mange vignetter da det kan føre til utmattelse hos informanten, samtidig som vignettene må gi nok bredde til å forhindre at funnene blir forutinntatte (Aguinis & Bradley, 2014, s. 362-363). Alle informantene får samme vignetter og spørsmål i spørreskjema og denne bruken av vignetter kalles within-subjects design (Atzmüller & Steiner, 2010, s. 129).

Hver vignett i spørreskjemaet omhandler ulike hovedtema, aldre og familiesituasjoner. Vignettene er ment å representere noen av de hyppigste temaene og familiesituasjonene Familievernet kommer i kontakt med. Valg knyttet til disse er tatt i lys av hovedtemaer som ifølge SSB utgjør størsteparten av den totale saksmengden for Familievernet (Sky, 2020). De er forsøkt beskrevet tydelig nok til at informantene kan vurdere og velge mellom svaralternativene, men ambivalente nok til at informantene må gjøre en bevisst vurdering.

Svaralternativene på vignettene er bygget opp etter Likert-format, tilpasset den enkelte vignett. Alternativene strekker seg fra å a) kun snakke med foreldre, b) inkludere barnet i en samtale, c) inkludere barnet i noen av samtalene, d) inkludere barnet i de fleste samtalene e) som hovedregel inkludere barnet.

Vignettene er gjennomgått sammen med en medstudent som arbeider i familievernet for å sikre at de fremstår realistiske og plausible i en Familievernkontekst.

#### **4.14 Etske perspektiver**

Forskningsetikk rommer grunnleggende normer, hvor det som betegnes som sannhetsnormen, knyttet til sannhetssøken, ærlighet og redelighet, er fundamental. Videre er metodologiske normer som handler om saklighet, etterrettelighet og etterprøvbarhet sentrale, samt institusjonelle normer som skal bidra til åpenhet og uavhengighet (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021). Disse normene fordrer at jeg som forsker handler i tråd med dette, og krever at jeg er ærlig og

redelig i min forskningsaktivitet ved at jeg etterstreber transparens og åpenhet. Helt konkret har dette betydning for valgene jeg tar, fremgangsmåten jeg benytter og hvordan jeg beskriver prosessene knyttet til prosjektet.

God vitenskapelig praksis omhandler også verdiene og prinsippene knyttet til menneskeverd: «respekt for likeverd, frihet og selvbestemmelse, beskyttelse mot risiko for skade og urimelig belastning, og rettferdighet i prosedyrer og fordeling av goder og byrder» (Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora, 2021). I denne undersøkelsen er disse prinsippene forsøkt ivaretatt ved at informantene fikk informasjon om prosjektet gjennom informasjonsskriv før de tok stilling til om de ville delta. Informasjonsskrivet (vedlegg 3) beskrev prosjektet og hva informasjonen fra informantene skulle brukes til, og informantene måtte aktivt samtykke til deltakelse gjennom det digitale skjemaet før de ble tatt videre til selve spørreundersøkelsen (Thagaard, 2018, s. 22-23).

Å gjennomføre en slik studie innebærer at flere terapeuter vil bruke av sin tid og energi på undersøkelsen heller enn å hjelpe barn og familier. Dette er ikke helt uproblematisk. Gevinsten av å gjennomføre spørreundersøkelsen er imidlertid ikke nødvendigvis bare begrenset til studien og dens aktuelle funn. Kanskje vil det å delta i spørreundersøkelsen gi rom for, og slik bidra til, at den enkelte terapeut reflekterer over egne holdninger og praksis når det kommer til inkludering av barn i terapeutiske samtaler. Undersøkelsen kan forhåpentligvis slik skape rom for at aktuelle indre samtaler hos informantene i større grad bidrar til ytre samtaler om inkludering av barn i familieterapi, som på sikt vil kunne komme barn og deres familier til gode.

Det er også aspekter i sjiktet mellom etiske og juridiske hensyn som jeg har vært opptatt av å ta hensyn til. Personvern og informantenes konfidensialitet har følgelig vært et viktig tema. Jeg fikk en vurdering fra NSD i forkant av prosjektet om at behandlingen av personopplysninger i prosjektet er i samsvar med personopplysningsloven (vedlegg 4) (Norsk Senter for forskningsdata, 2021; Thagaard, 2018, s. 22). Spørreundersøkelsen ble gjennomført ved bruk av Nettskjema, den sikre løsning for datainnsamling via internett som benyttes av VID Vitenskapelige Høyskoles (Krogh, 2020). Dataene ble eksportert direkte til SPSS, hvor de statistiske analysene er gjennomført. En sikkerhets kopi av anonymiserte data ble lagret på kryptert minnepinne og oppbevart i låsbart skap, i henhold til VIDs

retningslinjer for oppbevaring av persondata i forskningsprosjekter (Forskningsutvalget, 2018). Jeg vurderte, ut ifra hvilken informasjon undersøkelsen samlet inn, at det ikke var behov for å benytte ytterligere sikkerhetsløsninger.

## 5 Analyse og funn

For å belyse studiens forskningsspørsmål har jeg gjennomgått undersøkelsens datamateriale ved å benytte ulike statistiske analyser. Jeg vil her presentere undersøkelsens datamateriale, analysene jeg har gjennomført og resultatene.

### 5.1 Informantene

Det er 104 informanter som har besvart spørreundersøkelsen. Som det fremgår av tabell 1 hvor informantene presenteres, er det flest kvinnelige informanter (82). Sosionomer (30) og psykologer (32) representerer de største yrkesgruppene. 78 av informantene er familierapeuter. Alle informantene rapporterer å ha opplæring i å snakke med barn.

**Tabell 1.** *Undersøkelsens informanter*

<b>Variabler</b>	<b>n</b>	<b>Prosentfordeling</b>
<b>Kjønn</b>		
Menn	22	21,2
Kvinner	82	78,8
<b>Alder</b>		
18-34	6	5,8
35-49	46	44,2
50-66	49	47,1
67+	3	2,9
<b>Arbeidsstedets regionstilhørighet</b>		
Midt	13	12,5
Nord	21	20,2
Sør	21	20,2
Vest	21	20,2
Øst	28	26,9
<b>Grunnutdanning</b>		
Barnevernspedagog	15	14,4
Lærer/Førskolelærer	10	9,6
Psykolog	32	30,8
Sosionom	30	28,8
Sykepleier	7	6,7
Vernepleier	5	4,8
Annet	5	4,8
<b>Utdanning utover grunnutdanning</b>		
Familierapi videreutdanning/master/spesialisering	78	75,0
Annen videreutdanning/master/spesialisering	19	18,3
Ikke utdanning utover grunnutdanning	7	6,7

<b>Tidligere arbeidserfaring</b>		
Barnevern	20	19,2
NAV	3	2,9
Oppvekst	7	6,7
Psykisk helsetjenester barn og unge	34	32,7
Psykisk helsetjenester voksne	15	14,4
Tjenester for rus- og avhengighet	4	3,8
Annet	21	20,2
<b>Tidligere arbeidet i direkte kontakt med barn</b>		
Aldri	4	3,8
Sjelden	14	13,5
Av og til	16	15,4
Ofte	47	45,2
Alltid	23	22,1
<b>Opplæring i å arbeide med barn</b>		
Gjennom grunnutdanning	71	68,3
Gjennom videreutdanning/master/spesialisering	71	68,3
Gjennom kurs på fritiden	18	17,3
I regi av tidligere arbeidsgiver	63	60,6
I regi av familievernkontoret hvor jeg nå jobber	67	64,4
Ikke mottatt opplæring	0	0,0
<b>Inkludering av barn i egen praksis</b>		
Nesten aldri	0	0,0
Sjelden	4	3,8
Noen ganger	33	31,7
Ofte	50	48,1
Nesten alltid	17	16,3

## 5.2 Frafallsanalyse

Jeg vet ikke hvor mange terapeuter som har fått spørreundersøkelsen tilsendt, eller hvor mange det er av de som har fått den tilsendt som ikke har svart på den. I utgangspunktet vet jeg heller ikke hvor mange personer som er i populasjonen. Selv om det er åpen tilgjengelig statistikk som beskriver årsverkene i familievernet er ikke årsverkene knyttet opp til arbeidsoppgaver. I tidligere offentlige utredninger har man benyttet den delen av familievernets årsverk som sammenfaller med akademiske yrker og høyskoleutdanning som et uttrykk for terapeuter i familievernet (NOU 2019:20, s. 179).

I SSBs tall for 2020 fremgår det at familievernet består av 541,8 årsverk (Statistisk sentralbyrå, 2021). Legges NOU 2019:20s operasjonalisering til grunn utgjør 473,7 av disse gruppen som en kan anta hovedsakelig bedriver terapeutisk virksomhet (NOU 2019:20,

2019, s. 179). Jeg har i dette prosjektet vært særlig opptatt av hvordan utdanningen og erfaringen den enkelt terapeut har med seg virker i terapeutrollen. Jeg har derfor undersøkt om distribusjonen mellom de ulike yrkesgruppene i mitt datasett sammenfaller med distribusjonen i populasjonen. Denne gruppen består av 44 % sosionomer og barnevernspedagoger, 30 % psykologer og 26 % andre. Distribusjonen i mitt datasett er 43 % sosionomer og barnevernspedagoger ( $n = 45$ ), 31 % psykologer ( $n = 32$ ) og 26% andre ( $n = 27$ ).

Region nord er noe overrepresentert i datasettet om en ser antall informanter opp mot antall årsverk i regionen (0.38 informanter pr årsverk). Dette kan kanskje forklares med utgangspunkt i at SKM som ligger i region nord anbefalte undersøkelsen. Den regionen med lavest antall informanter per årsverk er Oslo (0.17 informanter pr årsverk). Populasjonen i Oslo kjennetegnes av en særlig høy konsentrasjon av psykologer sammenlignet med resten av landet. Når andelen psykologer blant mine informanter sammenfaller med den forventede distribusjonen i Norge sett under ett, kan dette skyldes at psykologer systematisk er noe overrepresentert.

## 5.3 Regresjonsanalyse

Jeg har anvendt multippel lineær regresjonsanalyse for å belyse problemstillingen og undersøkt sammenhenger mellom de uavhengige variablene, indeksene, mot den avhengige variabelen, som består av vignettene. Først vurderte jeg om datasettet oppfylte forutsetningene for å benytte denne analysen.

### 5.3.1 Indeksene

Indeksene består av svarene fra informantene og er kodet om til tall; «helt uenig» = 0, «litt uenig» = 1, «verken enig eller uenig» = 2, «litt enig» = 3 og «helt enig» = 4. I Tabell 2 presenteres samleindeksene med de laveste og høyeste skårene per indeks i tillegg til gjennomsnittsskår.



**Tabell 2.**      *Undersøkelsens indekser*

	n	Minimum	Maksimum	Gjennomsnitt
Mestringstro	104	1,00	4,00	3,55
Forventet nytte	104	2,00	4,00	3,55
Autonomi på arbeidsplassen	104	,00	4,00	3,43
Fasiliteter	104	,00	4,00	2,92
Opplevde forventninger	104	1,00	4,00	3,18
Tid og arbeidsmengde	50	,00	4,00	1,62
Vignetter	104	,00	4,00	2,08

En visuell inspeksjon av de uavhengige variablene i histogram viste at indeksene er skjeve, og ikke normalfordelte (vedlegg 5). Dette betyr at det ikke kan benyttes statistiske analyser som fordrer normalfordeling i disse variablene. Etter en visuell inspeksjon av indeksen som består av vignettene ble denne vurdert som normalfordelt.

Jeg benytter parametriske tester (t-tester) der vignettene benyttes som avhengig variabel ved gruppesammenligninger da denne oppfylder kravene for normalfordeling. Der indeksene benyttes som avhengig variabel har jeg valgt å benytte ikke-parametriske tester (Mann-Whitney-U) som følge av manglende normalfordeling. Hadde gruppene vært større hadde det ut ifra rådende praksis vært aktuelt å bruke t-tester også på disse, tross skjeve indekser (Wilcox i Field, 2009, s. 134).

### **5.3.2 Test av reliabilitet**

Noen av indeksene er justerte ved at noen spørsmål er tatt bort, og indeksen «barnesyn», har jeg som nevnt valgt å ikke inkludere i videre analyser.

Indeksene fremstilt i Tabell 3 er benyttet i undersøkelsen. I tillegg inkluderte spørreskjemaet spørsmål som gjelder fagbakgrunn og opplysninger om informant.

**Tabell 3.** *Variablene som er benyttet i analyser, med spørsmål og Cronbachs alfa*

Indeks	Spørsmål	Cronbachs alfa
Mestringstro	Jeg er trygg på at jeg kan mestre uventede hendelsene som kan oppstå med barn i terapirommet	0,882
	Alt i alt har jeg god kompetanse til å snakke med urolige barn i samtaler	
	Jeg kan håndtere de fleste utfordringer som oppstår i samtaler med barn om jeg går inn for det	
	Jeg er rolig selv når jeg møter vanskeligheter i samtaler hvor barn deltar, fordi jeg stoler på min evne til å mestre dem	
	Jeg er trygg på at jeg kan ivareta barn og foreldre sammen i samtaler selv når tema er krevende.	
Forventet nytte	Barns deltakelse i samtalen beriker terapiprosessen	0,655
	Med barn i samtalen er det enklere å identifisere familiens problemer	
	Barns tilstedeværelse i samtaler åpner for nye måter å snakke om viktige temaer i samtaler	
Autonomi på arbeidsplassen	I min arbeidshverdag kan jeg selv bestemme om jeg skal inkludere barn	0,607
	Jeg som terapeut beslutter hvem som inkluderes i mine terapeutiske samtaler på familievernkontoret	
	Det legges tydelige føringer for hvordan terapiprosessen bør være og hvem som inkluderes, før jeg får tildelt ansvaret for oppfølgingen	
Opplevde forventninger	På min arbeidsplass er det forventninger om at barn inkluderes i samtaler	0,908
	Min leder forventer at jeg inkluderer barn i samtaler	
	På min arbeidsplass er det fokus på å inkludere barn i samtaler	
Tid og arbeidsmengde	Oftest har jeg det for travelt til å inkludere barn	0,781
	Terapiprosessen tar mer tid når jeg velger å inkludere barn i samtaler	
	Det er mindre tidkrevende å kun jobbe med voksne	
	Når jeg har mye å gjøre lar jeg være å inkludere barn i terapeutiske samtaler	
Fasiliteter	Min arbeidsplass har leker og tilfredsstillende utstyr som kan benyttes i samtaler med barn	0,826
	Min arbeidsplass har rom og møbler tilpasset samtaler med barn	
	Min arbeidsplass er utformet på en måte som gjør at barn føler seg velkommen	

Vignettene	<p>Anne (45) ringer familievernkontoret du jobber på og vil ha hjelp. Anne er gift med Tore (47). Anne forteller at deres sønn Ole (11 år) den siste tiden har skulket skolen, trekker seg tilbake fra kontakt med foreldrene og bruker svært mye tid foran PC'en. Anne forteller at hun og Tore den den siste tiden har strevd litt, og at de har noe ulikt syn på hvordan de skal møte Ole.</p> <p>Berit (39) ringer familievernkontoret og vil ha hjelp. Berit forteller at hun er bekymret for datteren Sonja (15) sitt forhold til mat. Familien har ikke kontakt med andre i hjelpeapparatet. Berit sier at Sonjas far, Ronny (42), har hatt lite kontakt med Sonja de siste ti årene, og at han bor på en annen kant av landet med ny familie.</p> <p>Mona (30) ringer familievernkontoret og ønsker hjelp. Mona forteller at hun og Per (33) er svært uenige om hvordan de skal møte sønnen Jonas (10). Mona forteller at Jonas ofte kommer i klammeri med jevnaldrende, og at han ofte blir så sint hjemme at han ødelegger ting.</p> <p>Vegard (30) tar kontakt med familievernkontoret og ber om hjelp. Datteren Siri (8) vil ikke lenger komme på samvær hos ham og uttrykker mye sinne og frustrasjon. Vegard forteller at han og ekskonen Tone (29) har hatt et godt samarbeid, men at relasjonen til Siri har blitt litt vanskeligere etter at han ble samboer med ny kjæreste. Vegard sier at Tone nå uttrykker støtte til Siri når hun sier at hun ikke vil besøke far.</p>	0,791
------------	--	-------

### 5.3.3 Validering av indeksene gjennom faktoranalyse (EFA)

Begrepsvaliditet er knyttet til om en måler det en ønsker å måle, og handler om relasjonen mellom spørsmålene og det teoretiske begrepet (Ringdal, 2018, s. 104). Undersøkelsens dimensjoner er konstruert ut ifra teoretiske begreper. Faktoranalyse benyttes for å se om svarene på spørsmålene som er ment å måle det samme teoretiske begrepet danner mønster i datamaterialet, dette for å belyse om dimensjonene er endimensjonale (Johannessen, 2009, s. 167; Ringdal, 2018, s. 103, 281).

Faktoranalyse kan benyttes om variablene har en viss statistisk sammenheng. Dette undersøkes ved hjelp av Kaiser-Meyer-Olking (KMO) og Bartlettts sfæretest (Johannessen, 2009, s. 171). Test for KMO viser at datasettet har en KMO på .734. Bartlettts sfæretest består med et signifikansnivå på  $p < .001$ . Dette tolker jeg som at dataene er egnet for faktoranalyse (vedlegg 6).

Ved gjennomføring av faktoranalysen ble det benyttet «Varimax»-rotasjon, og faktorladninger under 0,40 er skjult for å få en ryddigere og enklere modell å lese. Det ble satt grense for Eigenverdi på  $> 1$ , og faktorene er sortert slik at den faktoren som forklarer mest av variasjonen kommer først (Johannessen, 2009, s. 171-179).

**Tabell 4.** *Rotert faktoranalyse*

	Komponent				
	1	2	3	4	5
(Mestringstro) Jeg kan håndtere de fleste utfordringer som oppstår i terapeutiske samtaler med barn om jeg går inn for det	0,867				
(Mestringstro) Jeg er rolig selv når jeg møter vanskeligheter i terapeutiske samtaler hvor barn deltar, fordi jeg stoler på min evne til å mestre dem	0,839				
(Mestringstro) Alt i alt har jeg god kompetanse til å snakke med urolige barn i terapeutiske samtaler	0,817				
(Mestringstro) Jeg er trygg på at jeg kan mestre uventede hendelsene som kan oppstå med barn i terapirommet	0,787				
(Mestringstro) Jeg er trygg på at jeg kan ivareta barn og foreldre sammen i terapeutiske samtaler selv når tema er krevende.	0,701				
(Opplevde forventninger) På min arbeidsplass er det fokus på å inkludere barn i terapeutiske samtaler		0,886			
(Opplevde forventninger) Min leder forventer at jeg inkluderer barn i terapeutiske samtaler		0,866			
(Opplevde forventninger) På min arbeidsplass er det forventninger om at barn inkluderes i terapeutiske samtaler		0,86			
(Fasiliteter) Min arbeidsplass har rom og møbler tilpasset samtaler med barn			0,888		
(Fasiliteter) Min arbeidsplass har leker og tilfredsstillende utstyr som kan benyttes i samtaler med barn			0,809		
(Fasiliteter) Fasilitetene på min arbeidsplass gjør at barn føler seg velkommen			0,789		
(Forventet nytte) Barns deltakelse i samtalen beriker terapiprosessen				0,789	
(Forventet nytte) Barns tilstedeværelse i terapeutiske samtaler åpner for nye måter å snakke om viktige temaer i samtalene				0,761	
(Forventet nytte) Med barn i terapisamtalen er det enklere å identifisere familiens problemer				0,667	
(Autonomi på arbeidsplassen) I min arbeidshverdag kan jeg selv bestemme om jeg skal inkludere barn					0,855

(Autonomi på arbeidsplassen Jeg som terapeut beslutter hvem som inkluderes i mine terapeutiske samtaler på familievernkontoret	0,833
(Autonomi på arbeidsplassen) Det legges tydelige føringer for hvordan terapiprosessen bør være og hvem som inkluderes, før jeg får tildelt ansvaret for oppfølgingen	0,528

---

Extraction Method: Principal Component Analysis.

Rotation Method: Varimax with Kaiser Normalization.

a. Rotation converged in 6 iterations.

Faktoranalysen indikerer et mønster i datasettet med fem komponenter, som samsvarer med de fem sammensatte indeksene «mestringstro», «forventet nytte», «autonomi på arbeidsplassen», «fasiliteter» og «opplevde forventninger». Begrepsvaliditet er vurdert som tilfredsstillende ut i ifra faktoranalysens resultat og en skjønsmessig vurdering.

### 5.3.4 Forutsetninger for å benytte lineær regresjonsanalyse

Forutsetningene for å benytte multippel lineær regresjon er lineær sammenheng mellom den avhengige og de uavhengige variablene, fravær av multikollinearitet, normalfordeling og homoskedastitet i residualene (Løvås, 2018, s. 303-305; Ringdal, 2018, s. 422-423, 430).

For å utforske forutsetningen om lineær sammenheng er det gjennomført visuell inspeksjon på spredningsplott mellom uavhengige og avhengig variabel (vedlegg 8). Det er ikke avdekket andre typer sammenhenger enn lineære. Forutsetning om lineær sammenheng vurderer jeg som oppfylt.

Korrelasjonsmatrisen viser at variablene har signifikante korrelasjoner mellom seg (se vedlegg 9). En høy korrelasjon mellom de uavhengige variablene kan være en indikasjon på multikollinearitet. For å teste multikollinearitet ble en test for Variance Inflation Factors (VIF) gjennomført (vedlegg 10). Ved å teste for dette undersøkes hvor stor del av variasjonen i den uavhengige variabelen som kan avledes av de øvrige variablene. VIF =1 indikerer at de uavhengige variablene ikke er korrelerte, mens en VIF over 5 indikerer en så høy korrelasjon at indeksene vil være uegnet for regresjon (Daoud, 2017, s. 4). Test for multikollinearitet viser at det ikke er en problematisk multikollinearitet mellom dimensjonene, og jeg vurderer at forutsetning for lineær regresjon knyttet til multikollinearitet er oppfylt.

For å undersøke homoskedastisitet, om variansen i residualene er likt fordelt på x-variablene, benyttes residualdiagram (vedlegg 11) (Ringdal, 2018, s. 427-429). Visuell inspeksjon viser noe skjevhet i hvordan de mest avvikende verdiene fordeler seg. Skjevheten er imidlertid ikke større enn det jeg vurderer som akseptabelt. Jeg vurderer dermed forutsetningen om normalfordeling og homoskedastisitet i residualene som oppfylt.

For å undersøke om residualene er normalfordelte benyttes et normalfordelingsdiagram og et histogram (vedlegg 12 og 13) (Ringdal, 2018, s. 428). Histogrammet viser at det er noe skjevhet og også at det er noe avvik fra hoved diagonalen i normalfordelingsdiagrammet, men jeg vurderer det ikke som problematisk for videre analyse. Forutsetningen om normalfordelte residualer vurderes som oppfylt.

### 5.3.5 Multipel lineær regresjonsanalyse

Da jeg vurderer at forutsetningene for lineær regresjonsanalyse er møtt, benyttes analysen. Det er flere måter å gjennomføre en regresjonsanalyse. Jeg har valgt å inkludere alle variablene i modellen samtidig. Dette fordi de uavhengige variablene er bygget på funn fra tidligere forskning som antyder at de alle kan ha påvirkning på den avhengige variabelen, og jeg ønsker med denne testen å undersøke hvilke av de uavhengige variablene som kan forklare variasjon i den avhengige variabelen (Ringdal, 2018, s. 416).

Denne analysen tester studiens seks første forskningshypoteser;

*H<sub>1</sub>: Terapeuter med forventninger til nytte av å inkludere barn i terapeutiske samtaler planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

*H<sub>2</sub>: Terapeuter med tro på egne ferdigheter planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler*

*H<sub>3</sub>: Terapeuter som opplever forventninger på arbeidsplassen om å inkludere barn, planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

*H<sub>4</sub>: Terapeuter som mener at voksne er de viktigste aktørene for endring i terapi, planlegger sjeldnere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

*H<sub>5</sub>: Terapeuter som mener at arbeidsplassen har tilfredsstillende fasiliteter, planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

*H<sub>6</sub>: Terapeuter som opplever autonomi på egen arbeidsplass planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Analysens modelloppsummering (vedlegg 14) viser at de uavhengige variablene som er tatt inn i analysen forklarer 13,5 % av variasjonen i den avhengige variabelen  $R^2 = .135$ ,  $F(5,98) = 3.066$ ,  $p = .13$ .

I modellen er det kun indeksen «forventet nytte» som oppnår statistisk signifikans  $\beta = .383$ ,  $p = .004$ . Når justert  $R^2$  kun er på 0.091 henger dette sammen med at det kun er en variabel som oppnår en signifikant sammenheng med den avhengige variabelen, og at modellen i seg selv ikke forklarer så mye av variansen i den avhengige variabelen (Løvås, 2018, s. 309). Det er altså kun indeksen «forventet nytte» som får påvist statistisk signifikant sammenheng med den avhengige variabelen, og forklarer noe av variansen i den avhengige variabelen, de sammenslåtte vignettene.

## **5.4 Andre analyser**

For å belyse problemstillingen min vil jeg her undersøke nærmere sammenhenger mellom informantenes fagbakgrunn og informantenes vurdering av inkludering av barn, målt ved vignettene. Jeg vil først se nærmere på informantenes vurdering i møte med vignettene.

### **5.4.1 Informantenes vurdering av vignettene**

Informantene ble presentert et sett med vignetter og bedt om å gjøre vurderinger knyttet til inkludering av barnet beskrevet i vignetten ut ifra informantens egen arbeidssituasjon.

Gjennomsnittene av de fire vignettene viser at informantene vurderer de fire vignettene ulikt. For å undersøke om forskjellene er statistisk signifikante benyttes Paired samples t-test.

**Tabell 5.**      *Oversikt vignetter*

	Vignett 1	Vignett 2	Vignett 3	Vignett 4
	Internaliserende, foreldreuenighet	Internaliserende, aleneforelder	Eksternaliserende, uenighet om oppdragelse	Eksternaliserende, bor i to hjem
	Frekvens	Frekvens	Frekvens	Frekvens
Samtale med foreldre (0)	3	3	10	1
Barn med i en samtale (1)	13	12	20	29
Barn med i noen av samtalene (2)	60	33	52	61
Barn med i de fleste samtalene (3)	19	41	17	12
Som en hovedregel barn med i alle samtalene (4)	9	15	5	1
Gjennomsnitt	2,17	2,51	1,88	1,84

n=104

Spørsmål er originalt tilpasset hver enkelt vignett og er her generalisert.

Sammenlignet med barna i de øvrige vignettene (vignett 1 som inkluderes nest mest  $M = 2.17$ ,  $SD = 0.86$ ) inkluderes barnet i vignett 2 ( $M = 2.51$ ,  $SD = 0.98$ ) statistisk signifikant oftere av informantene  $t(103) = -3.77$ ,  $p < .001$ . Det som kjennetegner denne vignetten, er internaliserende symptomer hos barnet samt at barnet bor med aleneforelder.

Informantene rapporterte oftere at de planla å inkludere barna med internaliserende symptomer (vignett 1 og 2) enn barna med eksternaliserende symptomer (vignett 3 og 4). Vignett 1 ( $Median = 2.17$ ,  $SD = 0.86$ ) og Vignett 4 ( $Median = 1.88$ ,  $SD = 0.86$ ). Forskjellen er statistisk signifikant  $t(103) = -3.69$ ,  $p < .001$ .

Det er barna i vignett 3 og 4 som i minst grad blir planlagt inkludert av informantene. Det barnet som oftest fullstendig blir vurdert ekskludert fra terapeutiske samtaler er barnet i vignett 3. Dette barnet ekskluderes fra terapeutiske samtaler av hele 10 informanter som kun ville snakket med barnets foreldre. Denne vignetten kjennetegnes av eksternaliserende symptomer hos barnet og høy grad av uenighet blant foreldre om hvordan de skal møte barnet.

I de øvrige analysene blir vignettene benyttet som sammensatt indeks.



## 5.4.2 Utdanning

Jeg ønsket å se nærmere på om det er faktorer knyttet til utdanning som påvirker informantenes valg når det kommer til inkludering av barn i terapeutiske samtaler, for å belyse oppgavens forskningshypotese

*H<sub>8</sub>*: Terapeuter med ulik grunnutdanning planlegger i ulik grad å inkludere barn i terapeutiske samtaler.

Som det fremgår av tabellen, er gjennomsnittsverdiene i utdanningsgruppene der det er flest respondenter ganske like.

**Tabell 6.** Svar på vignettene fordelt på grunnutdanning

Min grunnutdanning	N	Gjennomsnitt	Standard avvik
Annet	5	2,40	,55
Barnevernspedagog	15	2,00	,65
Lærer	10	2,05	,72
Psykolog	32	2,13	,70
Sosionom	30	2,03	,75
Sykepleier	7	1,93	1,06
Vernepleier	5	2,40	,89
Total	104	2,09	,73

T-test ble benyttet for å undersøke forskjellen mellom de to største yrkesgruppene. Testen viser at det ikke er statistisk signifikante forskjeller mellom hvordan de to største yrkesgruppene, bestående av psykologer ( $n = 32$ ,  $M = 2.13$ ,  $SD = 0.70$ ) og sosionomer ( $n = 30$ ,  $M = 2.03$ ,  $SD = 0.75$ ), planla å inkludere barna i vignettene  $t(60) = .50$ ,  $p = .620$ .

Videre ble forskningshypotesen om familieterapeuter undersøkt:

*H<sub>9</sub>*: Terapeuter som har videreutdanning i familieterapi planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.

Informantene ble delt i to grupper: de som har videreutdanning, master eller spesialisering i familierterapi, og de øvrige informantene.

T-test ble benyttet og testen viste at det ikke var statistisk signifikante forskjeller mellom de som hadde videreutdanning, master eller spesialisering i familierterapi ( $n = 78$ ,  $M = 2.13$ ,  $SD = 0.75$ ) og de øvrige informantene ( $n = 26$ ,  $M = 1.94$ ,  $SD = 0.67$ ) i hvordan de planla å inkludere barna i vignettene,  $t(102) = -1.17$ ,  $p = .246$ .

### 5.4.3 Arbeidserfaring

Jeg ønsket å undersøke om det er statistiske forskjeller i informantenes plan om å inkludere barn i vignettene knyttet til deres arbeidserfaring, ved å teste forskningshypotesen

*H<sub>10</sub>: Terapeuter med erfaring fra arbeid med barn planlegger oftere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

For å undersøke om det er forskjell mellom informantene som rapporterer om mye og lite erfaring med arbeid direkte med barn, og plan om å inkludere barn i vignettene, delte jeg informantene inn i to grupper. De som svarte «aldri» og «sjelden» i en gruppe, og de som svarte «ofte» eller «alltid» i en annen gruppe.

Jeg benyttet t-test for å teste hypotesen. De som opplevde å ha mye erfaring med å jobbe direkte med barn ( $n = 70$ ,  $M = 2.17$ ,  $SD = 0.72$ ) inkluderte barna i vignettene oftere enn de som opplevde å ha lite erfaring ( $n = 18$ ,  $M = 1.81$ ,  $SD = 0.75$ ). Forskjellen var imidlertid ikke stor nok til å oppnå en statistisk signifikant forskjell,  $t(86) = -1.91$ ,  $p = .059$ . Forskjellen er imidlertid stor nok til at jeg dannet meg en hypotese om at det er en mulighet for en reell forskjell som jeg ønsket å undersøke nærmere.

Jeg benyttet en Mann-Whitney-U for å undersøke om det var forskjeller i «forventet nytte» og «mestringstro» mellom de som hadde mye og lite erfaring fra arbeid med barn.

Informantene som rapporterte å ha mye erfaring med barn ( $n = 70$ ,  $Mdn = 4$ ) skåret, sammenlignet med de som rapporterte å ha lite erfaring med barn ( $n = 18$ ,  $Mdn = 3,5$ ), signifikant høyere på indeksen «mestringstro»,  $U = 452$ ,  $z = -2.27$ ,  $p = .023$ .

På indeksen «forventet nytte» skåret informantene som rapporterte mye erfaring med barn ( $n = 70$ ,  $Mdn = 4$ ), signifikant høyere enn informantene som rapporterte å ha lite erfaring med barn ( $n = 18$ ,  $Mdn = 3$ ),  $U = 406$ ,  $z = -2.70$ ,  $p = .007$ .

Jeg tok videre utgangspunkt i informantenes rapporterte hovedarbeidserfaring for å undersøke hypotesen nærmere.

**Tabell 7.** *Hovedarbeidserfaring*

Hovedarbeidserfaring	Frekvens	Prosent
Annet	21	20,2
Barnevern	20	19,2
NAV	3	2,9
Oppvekst	7	6,7
Psykisk helsetjenester barn	34	32,7
Psykisk helsetjenester voksne	15	14,4
Rus	4	3,8
Total	104	100

Informantene ble delt i to grupper basert på den arbeidsplassen de rapporterte å ha mesteparten av sin arbeidserfaring fra. De som har hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn; barnevern, psykisk helse barn og unge og oppvekst, og de som har hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne; rus- og avhengighet, psykisk helse voksne og Nav. De som har krysset av for hovedarbeidserfaring «annet» er ikke tatt med.

T-test ble benyttet. Den viste en statistisk signifikant forskjell i hvor hyppig de to gruppene planla å inkludere barna i vignettene. De som rapporterte å ha hovedvekten av sin arbeidserfaring fra tjenester til barn ( $n = 61$ ,  $M = 2.18$ ,  $SD = 0.66$ ) planla å inkludere barn i terapeutiske samtaler oftere enn de som hadde sin arbeidserfaring fra tjenester til voksne ( $n = 22$ ,  $M = 1,77$ ,  $SD = 0.74$ ),  $t(81) = 2.40$ ,  $p = .019$ .

Ut ifra denne forskjellen ønsket jeg å undersøke om det var forskjell i hvordan de to gruppene rapporterte på de uavhengige variablene. Mann-Whitney-U ble benyttet for å undersøke om det også var forskjeller mellom gruppene i hvordan de skåret på de de uavhengige variablene; «forventet nytte», «mestringstro», «autonomi på arbeidsplassen», «fasiliteter» og «opplevde forventninger».

Informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn ( $n = 61$ ,  $Mdn = 4$ ) skåret sammenlignet med de som hadde sin hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne ( $n = 22$ ,  $Mdn = 3$ ) statistisk signifikant høyere på indeksen «forventet nytte»,  $U = 448$ ,  $z = -2.68$ ,  $p = .007$ .

Informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn ( $n = 61$ ,  $Mdn=4$ ) skåret sammenlignet med de som hadde sin hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne ( $n = 22$ ,  $Mdn = 3$ ) statistisk signifikant høyere på indeksen «mestringstro»  $U = 413.5$ ,  $z = -3.23$ ,  $p = .001$ .

Dette indikerer at de som har arbeidet i tjenester til barn i større grad har forventninger til nytte av å inkludere barn i samtale og at de har større tro på egen mestring i samtaler med barn. Jeg har ikke funnet at det er statistisk signifikant forskjell mellom gruppene når det kommer til «autonomi på arbeidsplassen», «fasiliteter» og «opplevde forventninger».

#### 5.4.4 Tid og arbeidsmengde

Indeksen «tid og arbeidsmengde» er ikke inkludert i de mer avanserte analysene, grunnet få besvarelser.

*H<sub>7</sub>: Det er en negativ sammenheng mellom tidspress og arbeidsmengde, og graden av terapeuters inkludering av barn.*

Jeg har valgt å belyse hva informantene har rapportert på hvert spørsmål i indeksen.

**Tabell 8.** Informantenes svar på spørsmål om «tid og arbeidsmengde»

	Prosent				
	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig
Ofte har jeg det for travelt til å inkludere barn	-	16	8	44	32
Terapiprosessen tar mer tid når jeg velger å inkludere barn i samtaler	14	36	14	22	14
Det er mindre krevende å kun jobbe med voksne	12	24	20	28	16
Når jeg har mye å gjøre lar jeg være å inkludere barn i terapeutiske samtaler	2	24	10	32	32

$n = 50$

Som det fremgår av Tabell 4 er det kun 16 % av informantene som i noen grad sier seg enig i at det ofte har det for travelt til å inkludere barn. Samtidig er 50 % av informantene «litt» eller «helt» enig i at det tar lengre tid når en inkluderer barn i samtaler. 36 % er «litt» eller «helt» enig i at det er mindre krevende å kun jobbe med voksne. 26 %t av informantene rapporterer at de er «litt» eller «helt» enig i at de lar være å inkludere barn i terapeutiske samtaler når de har mye å gjøre.

#### 5.4.5 Barnesyn

Forskningshypotesen tilknyttet denne indeksen er ikke undersøkt i regresjonsanalysen:

*H<sub>4</sub>: Terapeuter som mener at voksne er de viktigste aktørene for endring i terapi, planlegger sjeldnere å inkludere barn i terapeutiske samtaler.*

Jeg har tidligere funnet statistiske forskjeller mellom de som har sin hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn og de som har hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne. For å få en bedre forståelse av forskjeller mellom disse gruppene, velger jeg å undersøke om de rapporterer ulikt når det kommer til spørsmålene om «barnesyn». Dette er i tråd med hvordan den samlede indeksen i utgangspunktet var ment å brukes. Mann-Whitney- U benyttes for å undersøke dette.

Testen viser at de som har hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn ( $n = 61$ ,  $Mdn = 1$ ) statistisk signifikant oftere er uenig i at barn kan ta skade av innholdet i terapeutiske samtaler sammenlignet med de som har hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne ( $n = 22$ ,  $Mdn = 2$ ),  $U = 442.00$ ,  $z = -2.455$ ,  $p = .014$ .

Testen viser også at de med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn ( $n = 61$ ,  $Mdn = 3$ , Mean Rank = 45.16), i statistisk signifikant større grad, sammenlignet med de med hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne ( $n = 22$ ,  $Mdn = 3$ , Mean rank = 33.23) mener at det går utover barns rettigheter å la være å inkludere barn i terapeutiske samtaler  $U = 478.00$ ,  $z = -2.095$ ,  $p = .036$ .

Testen viser ikke statistisk signifikante forskjeller i de øvrige spørsmålene.

**Tabell 9.** Informantenes svar på spørsmål om «barnesyn»

	Prosent				
	Helt enig	Litt enig	Verken enig eller uenig	Litt uenig	Helt uenig
Å la være å inkludere barn i terapeutiske samtaler går på bekostning av barns rettigheter	26,9	40,4	17,3	13,5	1,9
Det er voksne som er ansvarlig for barns situasjon, og det er derfor viktigst å jobbe med dem i terapien	20,2	35,6	17,3	22,1	4,8
Barn kan ta skade av innholdet i samtaler i terapirommet	1,9	15,4	19,2	42,3	21,2
Om en terapeut foretrekker å ikke jobbe med barn, så er det greit at hun/han ekskluderer barn fra terapeutiske samtaler.	1,9	9,6	16,3	31,7	40,4
Barn trenger ikke å være tilstede i terapeutiske samtaler, da de vil ha nytte av forandringer hos de voksne	3,8	28,8	15,4	33,78	18,3

Av informantene er 26,9 % «helt enig» i at det å la være å inkludere barn går på bekostning av barns rettigheter. Det er 20,2 % som er helt enig i at voksne er ansvarlig for barns situasjon, og at det derfor er viktigst å jobbe med dem i terapi. 21,2 % av informantene er helt uenig i at barn kan ta skade av innholdet i samtaler i terapirommet.

## 5.5 Oppsummering av funn

Jeg vil her kort oppsummere undersøkelsens funn.

Ett av undersøkelsens hovedfunn er at jeg har funnet en signifikant sammenheng mellom informantenes forventede nytte av inkludering av barn i terapeutiske samtaler og i hvilken grad de rapporterer å planlegge å inkludere barna i vignettene.

Et annet hovedfunn er at informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn signifikant oftere planla å inkludere barn, sammenlignet med informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne. Disse informantene opplevde også å ha høyere tro på egne ferdigheter i møte med barn i terapirommet og forventning til nytte av å inkludere barn i terapeutiske samtaler.

Jeg har funnet at det er forskjeller i rapportert plan om å inkludere barn mellom de informantene som rapporterte å ha mye erfaring i å jobbe i direkte kontakt med barn, og de som rapportere å ha lite erfaring med å jobbe i direkte kontakt med barn. Forskjellene var

ikke statistisk signifikante. Samtidig har informantene som rapporterer å ha mye erfaring med å jobbe med barn statistisk signifikant høyere tro på egne ferdigheter og høyere forventninger til nytten av å inkludere barn i terapirommet.

Jeg har ikke funnet statistisk signifikante sammenhenger mellom informantenes grunnutdanning, eller hvorvidt de har utdanning som familieterapeuter, og plan om å inkludere barna i vignettene.

Det er funnet statistisk signifikante forskjeller i hvordan informantene vurderer vignettene ut ifra beskrivelse av familiesystemene. Barn av aleneforeldre ble oftere vurdert inkludert i vignettene, sammenlignet med barna som hadde to foreldre. Barna med internaliserende symptomer ble oftere planlagt inkludert sammenlignet med barna med eksternaliserende symptomer.

Informantenes rapportering tyder på at tid og arbeidsmengde kan ha en sammenheng med terapeutens planlegging av å inkludere barn i terapeutiske samtaler under gitte forutsetninger. 50 % av informantene som har svart på spørsmål om tid og arbeidsmengde, rapporterer at de i større eller mindre grad opplever at det å inkludere barn tar mer tid. 26 % av informantene rapporterer at de i noen grad er enig i at de ville unnlatt å inkludere barn når de har det travelt. Samtidig er det ingen informanter som er «helt enig», og bare 16% av informantene er «litt enig» i at «ofte har jeg det for travelt til å inkludere barn».

11,5 % av informantene er «litt» eller «helt» enig i at det er greit å ekskludere barn om en terapeut foretrekker å ikke jobbe med barn. Informantene som har hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn rapporterer signifikant oftere at de ikke er enig i at barn kan ta skade av innholdet i terapeutiske samtaler, sammenlignet med de som har hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne.

## 6 Drøfting

Hovedmålet med denne masteroppgaven er å øke forståelsen av terapeuters valg om å inkludere eller ikke inkludere barn i terapeutiske samtaler. Dette har jeg gjort gjennom å undersøke individuelle, kontekstuelle og faglige faktorer ved informantene og deres plan om å inkludere barna i vignettene.

Slik jeg benytter teorien om planlagt atferd i denne studien er ikke målet å peke på kausale sammenhenger, men heller å konstruere kvantitative størrelser, som for eksempel indeksene «mestringstro» og «forventet nytte», som jeg har kunnet benytte til å undersøke sentrale problemstillinger. Teorien benyttes som en del av kartet jeg navigerer ut ifra når jeg forsøker å forstå terapeuters inkludering av barn. Samtidig er denne teorien kun en del av kartet, og mitt systemiske perspektiv muliggjør at jeg kan komme til andre slutninger enn det teorien om planlagt atferd inviterer til.

Når jeg velger å se inkluderingen av barn i terapi som en «planlagt handling» ligger det som et premiss at det å inkludere barn er et valg som ligger til familieterapeuten. Om barn skal delta i terapi, må terapeuten på en eller annen måte legge til rette for dette. Foreldre, og potensielt barnet selv, er aktører i planleggingen av en terapeutisk samtale og kan av forskjellige grunner motsette seg at barnet skal delta. Samtidig kommer en ikke unna særstillingen terapeuten selv har i samarbeidet med familien. At Milanoteamet i sine første år ikke startet behandlingen før alle familiemedlemmene møtte, er en illustrasjon av hvilken maktposisjon terapeuten har i møte med familiesystemet (Johnsen & Torsteinsson, 2012, s. 114).

Terapeutens rolle når det kommer til inkludering av barn har et juridisk aspekt. Hvorvidt barn inkluderes, påvirker deres rettigheter. Selv om særlovgivingen for familievernet ikke eksplisitt omtaler barns rett til medvirkning i dag, gjelder barnevernkonvensjonens bestemmelser også her (Menneskerettsloven, 1999, § 3). Dette medfører at terapeuten potensielt også fungerer som en forvalter av barns rettigheter. I prosesser hvor det tas beslutninger om og for barnet, har barn en eksplisitt juridisk rett til å medvirke (Barnekonvensjonen, 1989, Art 12; Grunnloven, 1814, § 104). Denne rettigheten blir ikke



ivaretatt om barnet ikke inviteres inn og får anledning til å delta i prosessen. Terapeutens valg kan således ses som en maktutøvelse i relasjon til barnet.

Bhaskar argumenterte for at samfunnsvitenskapenes oppgave var å undersøke relasjoner, og at det å avsløre makt er sentralt. Målet er å synliggjøre maktforhold slik at en kan forholde seg til og eventuelt forandre dem (Jakobsen, 2021, s. 245). «Hvordan sosiale strukturer virker på mennesker, og de underliggende mekanismene som de utløser i menneskelig handling» er ifølge Jakobsen en viktig oppgave for vitenskapen (Jakobsen, 2021, s. 243).

Jeg vil i det videre se nærmere på terapeutens valg om å inkludere eller ikke inkludere, i lys av undersøkelsens funn. Temaet rommer mange nyanser og overveieringer. Jeg vil i den følgende drøftingen belyse noen av dem. Dette vil jeg gjøre ved å anvende teori, tidligere forskning og perspektiver knyttet til makt.

## **6.1 Å forstå inkludering av barn i terapeutiske samtaler som en «planlagt handling»**

I regresjonsanalysen er det kun «forventet nytte» som forklarer statistisk signifikant variasjon i informantenes plan om å inkludere barna i vignettene. Dette funnet er i tråd med Gangvik-Østgård og Hegerland (2019, s. 66), som i sin studie peker på en mulig sammenheng mellom terapeutens inkludering av barn og terapeutens vurdering av nytte av å inkludere barn. Informantenes «mestringstro» er signifikant korrelert med «forventet nytte». Dette betyr at det er funnet en lineær sammenheng mellom disse faktorene. Det er ikke mulig å si om noen av faktorene forårsaker endringer i den andre, eller om det er en tredje faktor som påvirker dem begge. En kan med andre ord ikke si om det er de informantene med høyest forventning til nytte som inkluderer barn oftest, eller om de er de informantene som inkluderer barn hyppigst som har høyest forventning til nytte fordi de har tro på egne ferdigheter. Informantene rapporterer som hovedregel at de har et positivt syn på inkludering av barn og tro på egne ferdigheter i møte med barn i terapirommet.

Teorien om planlagt atferd legger til grunn at planlagte handlinger drives av tre faktorer: det forventede utfallet av handlingen og holdningen til dette, den oppfattede sosiale normen og villigheten til å tilpasse seg denne, samt den selvopplevde kontrollen, den opplevde

muligheten eller kompetansen til å gjennomføre handlingen (Ajzen, 2002b, s. 665). Ifølge teorien vil endringer i oppfattelsen av disse faktorene kunne føre til en forandring i adferd gitt at individet har reell mulighet til å utføre atferden (Ajzen, 2002a, s. 2).

En statistisk sammenheng mellom en av de tre faktorene og intensjonen om en atferd vil kunne peke på at denne faktoren er en særlig viktig driver for atferden. I en regresjonsmodell er det i henhold til teorien om planlagt atferd (2002a, s. 2-4) ikke nødvendigvis styrken på sammenhengen som er det viktigste, men om modellen peker på noen faktorer som viktigere enn andre. Ifølge teorien vil det ikke være noe potensiale for endring i en faktor der man ikke kan oppnå et høyere nivå (Ajzen, 2002a, s. 2). For eksempel vil ikke økt tro på egne ferdigheter øke sannsynlighet for atferden, dersom en allerede opplever å mestre atferden. I min undersøkelse rapporterer informantene høy tro på egne ferdigheter og høye forventninger til nytte. Med utgangspunkt i teorien om planlagt atferd kan dette forstås som at det er lite endringspotensiale knyttet til opplæring og informasjon om nytte av å inkludere barn. At informantene har tro på egne ferdigheter er i tråd med Molden et al. (2019, s. 29) som fant at ansatte i familievernet i liten grad opplever manglende kompetanse som et hinder for kvalitet i tjenesten.

Jeg har ikke funnet en statistisk signifikant sammenheng mellom indeksen «opplevde forventninger», og hvordan informantene planla å inkludere barna i vignettene. Denne indeksen har imidlertid et noe lavere gjennomsnittsmål enn de øvrige indeksene som inngår i modellen. I følge Ajzens teori kan dette tyde på at det her finnes et potensiale for endring som kan påvirke atferden å inkludere barn (Ajzen, 2002a, s. 3-4). Samtidig rapporterer det store flertallet av informantene at de opplever at det er en forventning fra arbeidsplassen om å inkludere barn.

Undersøkelsens informanter rapporterer høy grad av autonomi, og at de kan bestemme hvem som skal inviteres inn i terapirommet. 50 % av informantene som har svart på spørsmål om tid og arbeidsmengde, rapporterer at de er «litt» eller «helt» enig i at det å inkludere barn tar mer tid. Men det er ingen av respondentene som er «helt enig», og kun 16 % av respondentene er «litt enig» i at «Ofte har jeg det for travelt til å inkludere barn». Informantenes rapportering på indeksen «fasiliteter» indikerer at de stort sett mener at fasilitetene er adekvate. Tidligere forskning har pekt på mangel på tid og dårlige fasiliteter

som viktige faktorer som potensielt kan være barrierer for inkluderingen av barn (Flåm & Handegård, 2015, s. 77; Kopperud, 2007, s. 64,83; Korner & Brown, 1990, s. 425; Molden et al., 2019, s. 30,36). Funnene mine tyder på at informantene under gitte forutsetninger kan oppleve mangel på tid og inadekvate fasiliteter som hindringer for å inkludere barn. Samtidig er det lite i mine funn som tyder på at dette er en betydelig hindring for informantene ved at de tilsynelatende i hovedsak opplever å ha nødvendig tid og gode nok fasiliteter.

Oppsummert kan funnene forstås som at informantene tilsynelatende opplever det som nyttig å inkludere barn i terapirommet og at de opplever å meste slike samtaler. De fleste rapporterer i tillegg at det er en forventning på arbeidsplassen om at de inkluderer barn i terapeutiske samtaler. Undersøkelsens informanter rapporterer høy grad av autonomi, og at de i stor grad opplever å kunne bestemme hvem som skal inviteres inn i terapirommet. Jeg har ikke funnet holdepunkter for at mangel på tid eller fasiliteter som en hovedregel representerer en barriere for å invitere barn inn i terapeutiske samtaler.

## **6.2 Terapeuten som terapirommets portvokter**

At barn inkluderes i syv prosent av samtalene ved familievernkontorene i 2019 er et resultat av makt. Familierapporteringen er opptatt av makt og hvordan dette som fenomen virker i relasjoner (Reichelt, 1999, s. 21-22). Maktbruken i seg selv er ikke problematisk, og heller ikke et uttrykk for at tallet på samtaler med barn er høyt eller lavt. Det sentrale er å forhindre at makten får virke i det skjulte, og ved å avsløre og synliggjøre dens virkning (Holmgren, 2010, s. 57). Kunnskap og bevisstgjøring er sentralt for at terapeuten kan ivareta sitt ansvar og forvalte sin makt på en etisk måte (Reichelt, 1999, s. 21).

Foucaults utgangspunkt er at makt alltid eksisterer sammen med motmakt. Slik kan makt alltid identifiseres av motmakt, som også er makt. (Holmgren, 2010, s. 57-58). «Makt og motmakt er to sider av samme sak» (Reichelt, 1999, s. 22). Legger man til grunn at makt virker når barn ikke inkluderes i familievernet, kan man også forstå forventningene som på ulikt vis kommer til uttrykk om at barn skal inkluderes i terapeutiske samtaler som motmakt.

Hensikten med teorien om planlagt atferd er å identifisere tiltak for å yte innflytelse (La Barbera & Ajzen, 2021, s. 35), eller med andre ord å identifisere strategier for å utøve makt

eller motmakt. Ved å se på informantenes posisjonering i spørsmålet om å inkludere barn kan jeg ved å ta på meg Ajzens «briller» identifisere en strategi for motmakt. Når motmakt speiler makt kan teorien om planlagt atferd fungere som et vindu inn for å forsøke å avsløre makten.

Legger en til grunn at informantene opplever forventninger til nytte, har tro på egne ferdigheter og at de opplever forventninger på arbeidsplassen, kan dette gjennom linsene til Ajzen forstås som mangel på endringspotensiale (Ajzen, 2002a, s. 3). Dermed gjenstår den siste faktoren i Ajzens modell: den faktiske muligheten til å gjennomføre handlingen, med andre ord terapeutens mulighet til å la være å inkludere barn i terapirommet. Blir jeg kjent med makten utelukkende gjennom en slik forståelse av motmakt, posisjonerer jeg informantene som allmektige portvoktere til terapirommet. I denne forståelsen blir raskt den nødvendige formen for motmakt å redusere terapeutens mulighet til å utelate barn fra terapeutiske samtaler, om målet er å øke barns deltakelse.

Reichelt (1999, s. 22) mener at maktforhold i relasjoner som er asymmetriske kan gjøre det vanskelig å se at makten virker to veier. Legger man en slik forståelse til grunn, er det nødvendig å se på makten som virker i forventningene til at terapeuter skal inkludere barn ikke bare som motmakt, men også makt. Dette muliggjør at en også kan se terapeutens makt som motmakt.

Faglige uenigheter om barns deltakelse i familieterapi har vært et tema i flere tiår (Lund et al., 2002, s. 445), og barns deltakelse i familievernet har vært tema gjennom mange år (Hareide, 2011). Studier viser at barn ønsker, har nytte av og likte å være med og løse familiens problemer i terapi (Bartle-Haring et al., 2018, s. 671; Fauske, 2014, s. 241; Frøyland, 2017, s. 148; Torsteinsson, 2019, s. 68-75). Forandringsfabrikken er en av dem som har løftet frem barns stemmer gjennom sine publikasjoner. I rapporten om familieveiledning «Må hjelpe for oss» peker de på barns rettigheter i relasjon til familieveiledning: «Å veilede en familie er en handling som angår barn. Om familieveiledning skal gis, er en avgjørelse som angår barn» (Sanner, 2022, s. 9). Forandringsfabrikken peker på at barns rettigheter ikke ivaretas godt nok når det kommer til familieveiledning, og at barn i enda større grad må inviteres inn i samarbeidet. De appellerer i sin rapport til politikere og offentlige myndighetene med ønske om endring i retning av mer inkludering av barn (Sanner, 2022, s.

9). Forandringsfabrikken skriver: «Dere som bestemmer rammene for hvordan de som gir familieveiledning skal jobbe, må passe på at rettighetene våre blir fulgt. Det kan ikke være opp til hver enkelt voksen» (Sanner, 2022, s. 8).

Familievernet som statlig institusjon er gjenstand for endring i lovverk, politiske vedtak og føringer. Ekeland et al. (2014) tar i artikkelen «Når staten vil være terapeut» til motmæle mot argumentasjonen for innføringen av «Klient- og resultatstyrt praksis» (KOR) i familievernet. De peker blant annet på at føringene legger begrensninger på den faglige virksomheten (Ekeland et al., 2014, s. 150). En parallell mellom innføring av KOR i familievernet og fokus på barns deltakelse i terapeutiske samtaler, er at forventninger hovedsakelig kan oppleves å være kommunisert fra styringssiden og ikke fra fagfeltet (Ekeland et al., 2014, s. 153). Dette er vesentlig da det kan oppleves som at «staten vil være terapeut», og gi føringer for hvem som skal være til stede og hva som skjer i terapirommet. Ekeland et al. peker på en mulig konsekvens av dette som refereres til som «dobbel bokholderi», hvor terapeuten tilsynelatende er «lydig» ovenfor føringer fra arbeidsgiver, samtidig som man unnlater å følge retningslinjene (Ekeland et al., 2014, s. 154; Ekeland et al., 2011, s. 9). Et slikt «dobbel bokholderi» kan være en mulig måte å forstå at mine informanter samlet sett rapporterer stor grad av forventning til nytte av å inkludere barn og tro på egne ferdigheter i å møte barn og foreldre sammen, samtidig som barn stadig uteblir fra terapirommene. En slik posisjon kan oppstå når terapeuter opplever å komme i skvis mellom systemets krav og regler, som i denne sammenheng er barns deltakelse, og mulige faglige og praktiske forhold relatert til terapeutens skjønnsutøvelse (Ekeland et al., 2011, s. 9).

Reichelt (1999, s. 22) peker på at når klient og terapeut møtes i hverandres motmakt kan det oppstå en «makt ved at begge parter ønsker å tro på at det finnes muligheter, slik at muligheter begynner å ta form». Samtidig peker Reichelt på at slike strategier ikke nødvendigvis fører til en «skapende relasjon», og at også terapeuten kan låse seg fast i uheldige mestringsstrategier. Kanskje kan vi forstå informantenes tro på egne ferdigheter og forventninger til nytte av å inkludere barn, som en posisjonering av seg selv som kompetente og villige, i et tema som er gjenstand for mye oppmerksomhet i den offentlige debatten. Samtidig kan en også forstå det som et uttrykk for en uheldig mestringsstrategi i

en fastlåst relasjon, ved at de posisjonerer seg som noen som verken trenger økt kompetanse eller kunnskap.

Reichelt (1999, s. 22) sier at maktbegrepet i seg selv kan «polarisere oppfatningen av forholdet mellom mennesker» og at vi har «en tendens til å tenke at det er noe moralsk feil med en relasjon der den ene part har mer synlig makt enn den andre». Dette kan gjøre at de positive konsekvensene av makt kommer i bakgrunnen.

Terapeuters handlinger må være etiske, og kunne begrunnes og rettferdiggjøres (Jensen & Ulleberg, 2011, s. 200). Aktører som Forandringsfabrikken argumenterer for å frata terapeuten makt og redusere den enkelte terapeuts mulighet til å ekskludere barn fra terapirommet. At familierapifeltet er opptatt av makt handler om at terapeuten ved å ha makt også har et ansvar for hvordan denne makten forvaltes og virker. Om terapeutens mulighet til å bestemme hvem som skal delta i terapirommet reduseres, reduseres også muligheten til å handle ut ifra egne faglige og etiske vurderinger. Målet med terapi er endring. Med andre ord er målet for terapeuten å yte en form for innflytelse, altså makt. Slik må samtalen om terapeutens makt, ta høyde for at terapeuten skal ha makt og at terapeutens plikt og mulighet til å handle etisk er konstituert av denne makten.

### **6.3 Informantenes arbeidserfaring**

Informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn planla oftere å inkludere barna i vignettene, sammenlignet med informanter med hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne. De hadde også høyere forventning til nytte av å inkludere barn i terapeutiske samtaler og bedre tro på egne ferdigheter i møte med barn i terapirommet. Samtidig mente de i mindre grad at «barn kan ta skade av innholdet i terapeutiske samtaler» og i større grad at det å «la være å inkludere barn i terapeutiske samtaler går på bekostning av barns rettigheter». Familievernet i Norge består av terapeuter fra en rekke forskjellige yrkesbakgrunner. Terapeutene har med seg erfaring fra det å jobbe med barn i ulike praktiske og juridiske kontekster. Funnene kan tyde på en dynamikk knyttet til informantens tidligere arbeidserfaring som danner et mønster som gir seg utslag i plan om å oftere inkludere barn i terapeutiske samtaler.

Profesjonelle som jobber i barnevern, psykiske helsetjenester for barn og unge, skole og i barnehage forholder seg aktivt til barna de yter tjenester til på flere nivåer. Barnet er en selvstendig juridisk størrelse og arbeidet må dokumenteres i journal eller mappe som «eies» av barnet. I Barneverntjenestens lovgivning er barns rett til medvirkning eksplisitt formulert, og etterlevelsen av dette er gjenstand for kontroll ved tilsyn fra Statsforvalteren (Barnevernloven, 1992, § 1-6). Alle instansene samarbeider i tillegg med barnas omsorgspersoner. Dette gjør at ansatte i disse tjenestene også må forholde seg til situasjoner hvor barn og omsorgspersoner kan være uenige og forstå situasjonen ulikt.

Både NAV og Psykisk helse- og rustjenester for voksne er pliktig å forholde seg til barns beste når de vurderer og tar beslutninger som vedrører barn (Barnekonvensjonen, 1989, s. Art. 3; Grunnloven, 1814, s. §104). I de fleste situasjoner skjer dette indirekte via foreldre, og Nav har i liten grad har fokus på barn og familieperspektiv (Ask et al., 2021, s. 58-60). Det er foreldrene og foreldrenes journaler og rettigheter som er hovedfokus. Psykiske helsetjenester til voksne skal ha fokus på barn som pårørende, men Helsedirektoratet viser til at barn som er pårørende ikke i tilstrekkelig grad snakkes med og ivaretas (Ruud i Helsedirektoratet, 2017, s. 112-113).

En måte å forstå funnene på er at informantene gjennom sine møter med barn både har bygget opp et repertoar i å snakke med barn, og slik har fått tro på egne ferdigheter. Kontakten med barn kan også ha bidratt til at de har gjort oppdagelser som har medført at de opplever økt forventning til hva barn kan bringe inn i terapeutiske prosesser. Det er også mulig at disse to fungerer sammen og forsterker hverandre. En slik forståelse vil være forenelig med funnet om at de som har mye erfaring med å jobbe i direkte kontakt med barn rapporterer høyere tro på egne ferdigheter og forventninger til nytte av å inkludere barn.

Å se funnene ut ifra et diskursperspektiv åpner for at en kan forstå forskjellene i informantenes plan om å inkludere barna i vignettene, og hvordan de stiller seg til utsagn om barn, ut ifra ulike diskurser om barn. Diskurser gir føringer for handlingsrommet, hva som kan tenkes, gjøres og sies (Øfsti, 2010, s. 19).

Når informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn oftere rapporterer at å «la være å inkludere barn i terapeutiske samtaler går på bekostning av barns rettigheter», kan dette handle om at de har hatt ulik tilgang til juridiske diskurser og praksiser som handler om

barns rettigheter. Dette bidrar kanskje til å skape en kontekst hvor barnets stilling som selvstendig subjekt, både juridisk og relasjonelt, i større grad markeres i tjenester til barn, enn i tjenester til voksne.

Oterholm (2018) viser til betydningen av organisasjonstilhørighet for sosialarbeidere som jobbet i NAV og Barneverntjenesten og hvordan de vurderte saker ulikt.

Organisasjonstilhørigheten influerer hvilke behov som identifiseres og vektlegges, og som slik påvirker de profesjonelles vurderinger, og dermed hvilken og hvordan hjelp gis (Oterholm, 2018, s. 13). Ansatte i barneverntjenesten og Nav jobber ut ifra ulike lovverk. I møte med ungdommer som har fylt 18 år har begge instansene et potensielt oppfølgingsansvar, og de samme ungdommene kan ha oppfølging fra en eller begge tjenester (Oterholm, 2018, s. 4). Ansatte på Nav anerkjente at ungdommene hadde behov typiske for barn, men stilte krav til dem som voksne. Ansatte i barneverntjenesten konstruerte ungdommene som barn som trengte videre oppfølging, samtidig som de vektla at ungdommene var myndige og tilbudet frivillig (Oterholm, 2018, s. 11). En sentral forskjell mellom dem handlet om relasjonell tilhørighet, for eksempel i form av ungdommens kontakt med sitt nettverk. Selv om begge lovverkene har fokus på relasjon og sosial inkludering, var det kun de ansatte i barneverntjenesten som vektla dette (Oterholm, 2018, s. 12-13).

Oterholm (2018, s. 13) forstår forskjellene i lys av institusjonelle logikker som ligger tett opp til diskursbegrepet. Institusjonelle logikker virker gjennom hvilke forhold som gis oppmerksomhet og som vurderes å være relevante kategorier og mål. Diskursene som føres opprettholder meninger og forståelser, og disse legitimeres gjennom stadig gjentakelse, slik at de fremstår som naturlige og selvfølgelige (Øfsti, 2010, s. 22-23). Både Nav og barneverntjenesten har mulighet til å gi ungdom samme type oppfølging ut ifra lovverket. Det virker imidlertid å være måten man forstår ungdommene på, og synet på egen rolle, som utgjør forskjellen i hjelpen ungdommene tilbys. På denne måten kan en se forskjellene i sosialarbeideres måte å vurdere på, ikke ut ifra situasjonen i seg selv, men ut ifra deres forståelse av situasjonen, som influeres av diskurser.

På arbeidsplassen lærer en ulike måter å håndtere situasjoner på, ut ifra hva som vurderes å være den «normale» eller «riktige» måten å gjøre ting på. «Kamp om sannheten og normalitet er pågående i enhver kultur» (Øfsti, 2010, s. 22). Kanskje har arenaer som



opplæring og veiledning mer fokus på hvordan en skal ivareta barn i samtale, i tjenester til barn enn i tjenester til voksne. Gjennom slike fora får ansatte tilgang på diskurser gjennom de virkelighetsbildene og konstruksjonene som brukes og tas for gitt.

Diskursene gir føringer for hvordan en kan konstruere den andre. Jakobsen (2021, s. 322) viser til at «mennesker ikke er gjennomsiktige (transparente) for seg selv». Hvilke diskurser som påvirker våre konstruksjoner, er ikke nødvendigvis synlige for oss. Om informantene fra tjenester til voksne ser barn som sårbare og med behov for beskyttelse, innebærer dette et annet handlingsrom enn om de ser barn som kompetente aktører.

Jeg forstår funnene som at ulik arbeidserfaring har gitt informantene ulik tilgang til diskurser og at disse fortsetter å virke også i deres nåværende arbeid ved familievernet.

## **6.4 «Det sårbare barnet»**

Undersøkelsens informanter vurderte vignettene forskjellig. Samtlige av barna i vignettene ble vurdert til å både inkluderes i samtlige samtaler og å ekskluderes fra samtlige. Dette viser at informantenes vurdering av hvorvidt barnet inkluderes ikke bare skapes ut ifra de faktiske forholdene i saken, men i samspillet med terapeutens forforståelse og kontekst. Ett av barna i vignettene ble planlagt ekskludert fra terapirommet over tre ganger mer enn de andre barna. Dette barnet hadde den tydeligste eksternaliserende atferden kombinert med den mest uttalte foreldreuenigheten.

Kun 11,5 % av informantene rapporterer at de var «helt» eller «litt» enig i at det er greit å ekskludere barn på bakgrunn av terapeutens preferanse. Dette står i kontrast til en tidligere studie fra USA, som fant at hele 49,7 % av familierapeutene som deltok var «litt» eller «helt» enige i at det var greit å ikke inkludere barn om terapeuten ikke var komfortabel med å jobbe med barn (Johnson & Thomas, 1999, s. 119). Jeg kan ikke vite sikkert hvordan norske familierapeuter ville stilt seg til denne påstanden i 1999. Jeg legger imidlertid til grunn at det har vært en endring i retning av en holdning som i mindre grad aksepterer terapeutens preferanse som begrunnelse for å ikke inkludere barn. Oed og Gonyea (2019, s. 140-142) fant i sin studie at de informantene som hadde kommet lengst eller var ferdig med familierapiutdanningen uttrykte mer tro på inkludering av barn, men at dette ikke

samsvarte med responsen på vignettene som målte inkludering. Dette ble sett i sammenheng med at de nyutdannede og eldre studentene har bedre kjennskap til holdningene i familierapifeltet og at barn anses som en del av familiesystemet og derfor bør inkluderes. De stilte spørsmål ved om familierapistudenter tilegner seg holdninger om å inkludere barn, men ikke en praksis som faktisk inkluderer barn. Kopperud (2007, s. 79) peker på at terapeuter veksler mellom diskurser som posisjonerer barnet vekselvis som mottaker og deltaker. Kopperud stiller spørsmål ved om diskursen om «det kompetente barnet» er blitt den «politisk korrekte» diskursen, mens diskursen om «det sårbare barnet» fortsatt virker (Kopperud, 2007, s. 41).

At bare 21,2 % av undersøkelsens informanter var «helt uenig» i at «barn kan ta skade av innholdet i terapeutiske samtaler», kan forstås som at mange av informantene opplever det som nødvendig å gjøre etiske refleksjoner rundt å invitere barn inn i terapirommet. Helgeland (2016, s. 289-299) peker på at terapeuters etiske utfordringer i møte med foreldre og barn kan bidra til at barn ikke inkluderes i terapeutiske samtaler. Øfsti (2010, s. 25) understreker at terapeuter er preget av kunnskap som på ingen måte er nøytral, men tett sammenvevd med kulturelle temaer som blant andre etikk og makt. Rober (1998, s. 201) viser til at diskurser som får virke i det skjulte kan gi seg uttrykk som beskyttelse av barnet, som også kan føre til at barn ikke inkluderes i terapeutiske samtaler.

Kopperud (2007, s. 25, 81) beskriver hvordan hennes informanter syntes å «ta for gitt» sin forståelse av barn, og at de ved å ta i bruk diskursen om «det sårbare barnet» posisjonerte seg selv i en «beskytterposisjon» overfor barnet. En av hennes informanter beskrev at fra en posisjon som beskytter kunne det å ikke strekke til oppleves som et svik mot barnet. Slik ble det å unnlate å jobbe med barn en måte å beskytte seg selv mot maktesløsheten. Selv om den aktuelle informanten ikke mente at dette styrte praksisutøvelsen, var den samme informanten tydelig på at barn som ikke likte slike samtaler måtte få slippe å delta i dem (Kopperud, 2007, s. 66). Helgeland (2016, s. 90) peker i sin forskning på at terapeutens ubehag kan være til hinder for gode vurderinger og peker på dette som en mulig årsak til at så få barn inviteres inn i terapisamtaler.

Nilsson og Trana (2019, s. 223) tar til orde for å nettopp benytte dilemmaene og ubehaget som oppstår i samtaler med barn og foreldre som viktig informasjon i det terapeutiske

arbeidet. De mener at ubehaget terapeuten kan kjenne i samtalen kan peke på de vanskelige samspillsmønstrene som står i veien for at barn får god nok utviklingsstøtte fra sine foreldre. Ved å benytte terapeutiske samtaler som øvingsarena, kan foreldre i fellessamtaler få hjelp av terapeuten til å finne frem til nye måter å kommunisere med sine barn på. De argumentere for at en slik tilnærming kan åpne for berikende innsyn i barns livsverden. Samtidig kan erfaringene fra terapirommet styrke relasjonen mellom foreldre og barn, i tillegg til barnets videre utvikling (Nilsson & Trana, 2019, s. 223).

Blant informantene er 55 % «litt» eller «helt» enige i at «det er voksne som er ansvarlig for barns situasjon, og det er derfor viktigst å jobbe med dem i terapien». Kanskje er dette et uttrykk for at informantene mener at det er foreldrene som er ansvarlige for å gjøre jobben knyttet til endring, og at barn kan få slippe å delta i samtaler som handler om foreldrenes mulige strev. Om terapeuten selv opplever å ha gode ferdigheter og har et positivt syn på barns bidrag i terapiprosessen, kan dette bidra til at det kan være vanskelig for dem å få øye på at valg om hvorvidt de skal inkludere barn i terapeutiske samtaler kan handle om deres syn på og posisjonering av barn. Om det er slik Helgeland peker på, at ubehaget bidrar til at terapeuter i mindre grad inkluderer barn, kan terapeuter kanskje også finne støtte for en beslutning om å ekskludere barn, i forståelsen av at det er viktigst å jobbe med de voksne. En slik forståelse kan bidra til at terapeuten selv «slipper» mulig ubehag ved å inkludere barn, samtidig som de operer innenfor forståelsen av at de likevel kan bidra til å skape endring for barnet.

Øfsti (2010, s. 23) beskriver hvordan diskursbegrepet kan benyttes for å innta et «utenforblikk» og til å stille kritiske spørsmål til egen praksis. En slik refleksjon over egen praksis, hvor terapeuten gransker tanker og meninger knyttet til syn på barn, barns deltakelse og rolle i terapi- og endringsprosesser i familie, vil kunne gi viktig informasjon om terapeutenes opplevde handlingsrom i møte med familiene. Ved å dekonstruere og analysere kunnskapen, kan terapeuter få forståelse for hvordan egen kunnskap i bruk virker på dem de møter (Øfsti, 2010, s. 24-25). Undersøkelsen tyder på at informantene drar veksler på ulike diskurser når de konstruerer barn. Undersøkelsen viser små bruddstykker av informantenes menings-multivers. Makten forsvinner ikke når den blir synlig, men når man blir oppmerksom på den utvides handlingsrommet. Ved å bli klar over normene og

diskursene i sving, kan en i større grad velge hvordan en ønsker å stille seg i møte med de ulike normene og diskursene (Holmgren, 2010, s. 196-197).

Denne studien har funnet mønster som viser at informanter med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn oftere planlegger å inkludere barn. At det er en forskjell mellom disse to gruppene som tilsynelatende ikke kan forklares i den nåværende terapeutiske konteksten er virkning av makt. At jeg forstår dette i lys av diskurser innebærer en erkjennelse av at makten også kan være skjult for informantene selv. Min studie viser at informantenes beslutning om å invitere barna fra vignettene inn i terapirommet ikke skapes ut ifra den terapeutiske konteksten alene, men i samspillet med terapeutens egen forforståelse. Terapeutene i Familievernet er ikke en ensartet gruppe. De har med seg ulik erfaring knyttet til det å jobbe med barn. Kanskje er det slik som min undersøkelse tyder på, at dette skaper dynamikker som påvirker i hvilken grad barn inviteres inn i terapirommet. Ved å posisjonere terapeuten som en allmektig portvokter til terapirommet kan en miste av syne nyansene og de positive konsekvensene av at terapeuten har makt. Samtidig kan det være med å tilsløre den makten som virker i diskursene. Om det blir et ensidig fokus på barnets prosessrettigheter kan en miste av syne at det nettopp er terapeuten som står i en særstilling for å oppfylle disse rettighetene.

## **6.5 Implikasjoner for videre praksis**

Forskningsprosjektet har underforskningsspørsmålet «Hvilke implikasjoner kan eventuelle sammenhenger gi, om målet for familierapifeltet er å inkludere barn mer i terapeutisk arbeid?» Underforskningsspørsmålet knyttet til å øke barns deltakelse i terapirommet har som et premiss «om» at dette er en målsetting.

Mitt forskningsprosjekt bekrefter at terapeutene i familievernet ikke er en ensartet gruppe. Informantene har ulik yrkeserfaring og erfaring knyttet til det å jobbe med barn. Min undersøkelse tyder på at dette skaper dynamikker som påvirker i hvilken grad barn inviteres inn i terapirommet. Peter Rober (2021) er opptatt av opplæring og veiledning av familierapeuter. Han hevder at selv om det i det bredere terapifeltet i flere år har vært fokus på å trene på spesifikke ferdigheter, så har man ikke hatt det samme fokuset i familierapifeltet (Rober, 2021, s. 1044). Han argumenterer for at om en skal kunne

respondere på det som skjer i terapirommet, så trenger terapeuten et bredt spekter av ferdigheter. Han argumenterer for at en bør utforske om målrettet mengdetrening på enkeltferdigheter bør ha en større plass i familierapien enn i dag (Rober, 2021, s. 1045). Når barn kun inkluderes i syv prosent av samtaleene i familievernnet, kan man sette spørsmålsteget ved om den kontakten man får med barn i familievernnet er tilstrekkelig for at det skal være en god øvingsarena. Kanskje bør et målrettet øvingsopplegg med refleksjonsoppgaver knyttet til terapeutenes vurdering av barns deltakelse i terapirommet og ivaretagelsen av deltakerne i samtalen, være en obligatorisk del av opplæringen av terapeuter i familievernnet. Særlig om en tidligere ikke har jobbet tett med barn. At terapeuter i familievernnet har variert yrkes- og fagbakgrunn gjør norske familievernkontorer til rike og tverrfaglige fagmiljøer. Samtidig gjør det at de som jobber der har ulike forutsetning for det å jobbe med barn-, og med barn sammen med foreldre.

Å rette søkelys mot de virksomme diskursene i terapeutenes konstruering av barn kan være en nyttig tilnærming. Det kan se ut til at mange av informantene gjør etiske vurderinger knyttet til om barn kan ta skade av innholdet i terapirommet. Å undersøke hvilke diskurser terapeutene influeres av vil kunne bidra til både bevisstgjøring og muligens en utvidelse av terapeuters handlingsrom. Kanskje vil dette, i kombinasjon med en styrking av terapeuters kompetanse når det kommer til ivaretagelse av barn og foreldre sammen, kunne komme noen av de etiske utfordringene terapeuter kan kjenner på i møte, slik Nilsson og Trana (2019) tar til orde for. Å benytte fokusgrupper hvor barns involvering er fokus kan være en måte å jobbe med å øke bevisstheten på. En annen er å invitere brukerorganisasjoner, for eksempel Forandringsfabrikken, til seminar for å bli bedre kjent med deres perspektiver.

Informantene med utdanning i familierapi inkluderer ikke barn oftere enn informantene fra andre utdanningsbakgrunner. Dette til tross for at de kommer fra en tradisjon som er opptatt av makt, ulike familiemedlemmers perspektiver, og forståelse av at systemet påvirkes av alle dets medlemmer. Selv om det på familierapistudiet vies mye plass til hvordan makten virker i terapirommet, vies det kanskje mindre plass til makten som virker når terapeuten planlegger terapeutiske samtaler. Større fokus på hvordan terapeutenes forforståelse og preferanser virker når terapeuten planlegger terapiprosesser kan således være nyttig.

Barns deltakelse har i mange sammenhenger vært knyttet til barnets rett til medvirkning. Mine funn tyder på at det kan være nyttig å gi mer plass til fordelene ved å inkludere barn i terapeutiske samtaler. Dette kan gjøres ved å belyse hvordan terapeutiske samtaler kan utvides og berikes om barn i større grad gis mulighet til deltakelse. Hittil har det vært noen klare stemmer som har kjempet for barns rett til deltakelse og medvirkning, slik som Forandringsfabrikken. Kanskje bør disse suppleres av stemmer i vårt eget fagfelt - de som inkluderer barn og som opplever det som nyttig. Kanskje vil det å jobbe frem et annet barnesyn bidra til økt inkludering av barn, slik Grøndahl og Skjælaaen (2011, s. 126) beskriver at de erfarte ved familievernkantoret de arbeidet ved.

Terapeuter gjør mange vurderinger og valg i sin yrkesutøvelse. Noen av dem har større betydning og konsekvens enn andre. Makt og hvordan den virker er noe familierapifeltet er opptatt av. Oppmerksomhet og diskusjon rundt hvordan terapeuters makt virker i relasjon til barn og i barns liv er noe jeg mener fortjener større plass i familierapifeltet og i den daglige praksisutøvelsen.

## **6.6 Implikasjoner for videre forskning**

Jeg har gjennom dette prosjektet identifisert ulike områder og gjort meg noen erfaringer det kan være aktuelt å ta med i videre forskning.

Ved å anvende vignetter har jeg påvist signifikante forskjeller i hvilken grad terapeuter vurderer familier med ulike typer sammensetning. Jeg har gjennom forskningsprosjektet gjort funn knyttet til flere av hypotesene mine, og flere funn som er i tråd med tidligere undersøkelser. Ut ifra dette vurderer jeg at bruk av vignetter har fungert godt i denne konteksten for å forske på terapeuters plan om å inkludere barn.

En sentral del av denne undersøkelsen har vært å konstruere et spørreskjema. Ved eventuell videre forskning med bruk av samme metodikk, på samme målgruppe, bør en konstruere indekser som oppnår høyere grad av variasjon. Jeg har brukt 5-punkts Likert-skala, og ut ifra min erfaring anbefaler jeg andre å bruke 7-punkts skala. Dette handler om at temaet for studien er et emne hvor en veldig stor del av utvalget gir uttrykk for å være positive. Ved å få flere alternativer som er «positive» kan man kanskje oppnå høyere grad av variasjon.

Spørsmålene og vignettene kan også utformes på en annen måte for å oppnå mer variasjon. Mer variasjon vil kunne gjøre det enklere å metodisk behandle datamaterialet, og vil i større grad kunne fange opp mønster.

Undersøkelsen har funnet mønster som kan forstås som at erfaringer og diskurser fra tidligere arbeidserfaring fortsetter å virke i informantenes profesjonelle utøvelse i familievernet. En bør i videre forskning tilstrebe å få en bedre forståelse av hvordan disse mønstrene fungerer. Det at vi i Norge har et familievern som består av personer med ulik fag- og yrkesbakgrunn mener jeg at muliggjør spennende forskning på dette området. En metode som kan benyttes for å nærme seg spesifikke problemstillinger hvor en både ønsker endring og innsikt på samme tid er aksjonsforskning. Kanskje vil en aksjonsforskningsstudie, i et samarbeid med arbeidsgiverside og et forskermiljø, ha gode forutsetninger for å oppnå ny og praksisnær kunnskap om inkludering av barn i terapirommet (Johannessen et al., 2016, s. 413).

## **6.7 Styrker og begrensninger ved undersøkelsen**

Studien er en av få kvantitative studier i det systemiske familieterapifeltet på masternivå. Både gjennomføringen og skriveingen har vært en krevende balanseøvelse. Å navigere mellom, og samtidig forene de ulike språkene, har vært lærerikt. Det rike datamaterialet mine informanter har bidratt med har muliggjort undersøkelsens funn. Det er samtidig mange andre analyser og spørsmål som også kunne blitt undersøkt. Jeg har tatt de valgene som er beskrevet ut ifra oppgavens rammer og prosjektets problemstilling. Videre følger noen vurderinger knyttet til studiens reliabilitet og validitet.

Jeg har i denne undersøkelsen benyttet et nytt spørreskjema som ikke har vært benyttet tidligere. For å sørge for tilstrekkelig innholdsvaliditet har jeg forsøkt å hente inspirasjon fra så mange kilder som mulig. Vignettene ble laget med utgangspunkt i saker som opptrer hyppig i familievernet, og det ble gjennomført en prestudie. Jeg har hentet inspirasjon fra teorien om planlagt adferd og benyttet indekser basert på dette teoretiske bakteppet. I tillegg har jeg vært inspirert av metodikk og enkeltspørsmål tidligere benyttet i kvantitativ forskning på familieterapifeltet i USA. Dette mener jeg har gjort at undersøkelsen favner om et bredt spekter av ulike faktorer som kan være aktuelle for terapeuters inkludering av barn.

Samtidig ser jeg at det kunne ha vært nyttig å inkludere flere spørsmål knyttet til informantenes syn på barn. Andre og flere spørsmål ville kunne gitt et rikere datamateriale, som igjen kunne ha fanget opp andre mønster.

Noen av undersøkelsens sammenslåtte indekser har noe lav Cronbachs alfa, selv om de er over minstemålet for hva som anses som et akseptabelt nivå,  $\alpha > 0,6$  (Ursachi et al., 2015, s. 681). En mulig løsning på dette ville vært å ha flere spørsmål i hver indeks.

Ved første utsendelse av spørreskjema var spørsmålene knyttet til tid og arbeidsmengde ikke med. Da dette ble oppdaget ble disse spørsmålene lagt til på slutten av skjemaet, slik at de ikke skulle påvirke de øvrige spørsmålene. Slik jeg har benytter disse variablene i undersøkelsen har dette, slik jeg ser det, hatt liten praktisk konsekvens. Det sentrale har vært å etablere i hvilken grad informantene opplever at det å inkludere barn er mer tidkrevende og i hvilken grad de opplever å ha tid til å gjøre det.

I vignettene har barna ulik alder, noe som kan ha påvirket informantenes vurderinger. Om alle barna hadde hatt lik alder, ville dette kunne forhindre at alder ble en del av vurderingen. Måten vignettene er bygget opp på gjør at jeg ikke får vurdert eller undersøkt alder på en skikkelig måte. Samtidig er funnene i tråd med tidligere forskning.

### **6.7.1 Generalisering**

Utvalget i denne undersøkelsen fyller ikke kriteriene for et sannsynlighetsutvalg. Forutsetningene for statistisk generalisering er derfor ikke oppfylt. Utvalgsstørrelsen er heller ikke stor nok til å trekke slutninger om hele populasjonen. På grunn av hvordan undersøkelsen måtte distribueres har det heller ikke vært mulig å gjennomføre en fullstendig frafallsanalyse.

At distribusjonen av yrkesgrupper i utvalget sammenfaller med populasjonen, mener jeg er en styrke. Jeg har i tillegg kunnet reprodusere en rekke tidligere forskningsfunn i mitt datasett, noe som jeg mener bygger tillit til de øvrige resultatene. Dette mener jeg peker på at undersøkelsens funn kan bidra til en utvidet forståelse av dynamikkene som påvirker terapeuters inkludering av barn i terapirommet.



Undersøkelsen, og undersøkelsens vignetter, er ikke et speilbilde av virkeligheten, men undersøkelsen kan si noe om virkeligheten. Den kan bidra til en utvidet forståelse av hva som påvirker terapeuters valg når det kommer til inkludering eller ikke inkludering av barn i terapeutiske samtaler.

## 7 Avslutning

Målet med undersøkelsen har vært å undersøke sammenhenger mellom individuelle, kontekstuelle og faglige faktorer ved terapeuter og inkludering av barn i terapeutiske samtaler i familievernnet. Oppgavens problemstilling, «Hvilke sammenhenger ses mellom individuelle, kontekstuelle og faglige faktorer hos terapeuter og inkludering av barn i terapeutiske samtaler i familievernnet?» er belyst ved å benytte ulike statistiske analyser, og funnene er satt i kontekst av teori og forskning.

Undersøkelsens hovedfunn er at informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn oftere planla å inkludere barna i vignettene, sammenlignet med informanter med hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne. De hadde høyere forventning til nytte, og tro på egne ferdigheter. De mente i større grad at det å «la være å inkludere barn i terapeutiske samtaler går på bekostning av barns rettigheter», og mente i mindre grad at «barn kan ta skade av innholdet i terapeutiske samtaler». Jeg har forstått funnene som at informantene har hatt ulik tilgang på diskurser knyttet til inkludering av barn, og at disse fortsatt virker når de planlegger terapeutiske samtaler. Jeg har også funnet at informantene med hovedarbeidserfaring fra tjenester til barn oftere planla å inkludere barna i vignettene, sammenlignet med informanter med hovedarbeidserfaring fra tjenester til voksne. De hadde også høyere forventning til nytte, og tro på egne ferdigheter.

Oppgavens underforsknings spørsmål er «Hvilke implikasjoner kan eventuelle sammenhenger gi, om målet for familieterapifeltet er å inkludere barn mer i terapeutisk arbeid?» Kompetansehevende tiltak spesifikt tilknyttet terapeutens vurdering av barns deltakelse i terapirommet, og ivaretagelse av samtalens deltakere, kan være ett aktuelt tiltak. I tillegg argumenterer jeg for at det rettes mer oppmerksomhet mot terapeutenes konstruksjoner og diskurser knyttet til barn både på arbeidsplassen og i videre forskning.

Barn inkluderes i liten grad i terapeutiske samtaler i familievernnet i dag. I oppgaven har jeg forsøkt å utforske dette fenomenet gjennom ulike perspektiver. Å se terapeuten som terapirommets portvokter er et viktig perspektiv, men et perspektiv som innehar nyanser som fort kan forsvinne i et polarisert ordskifte. Hvordan terapeuters makt virker i relasjon til barn mener jeg fortjener større plass i familieterapifeltet og i den daglige praksisutøvelsen.

# Litteraturliste

- Aguinis, H. & Bradley, K. J. (2014). Best Practice Recommendations for Designing and Implementing Experimental Vignette Methodology Studies. *Organizational Research Methods*, 17(4), 351-371. <https://doi.org/https://doi.org/10.1177%2F1094428114547952>
- Ajzen, I. (2002a). *Behavioral Interventions Based on the Theory of Planned Behavior*. University of Massachusetts Amherst. Hentet 01.05.2022 fra <https://people.umass.edu/aizen/pdf/tpb.intervention.pdf>
- Ajzen, I. (2002b). Perceived Behavioral Control, Self-Efficacy, Locus of Control, and the Theory of Planned Behavior. *Journal of Applied Social Psychology*, 32(4), 665-683. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2002.tb00236.x>
- Arianson, H., Dahle-Melhus, J. & Bremnes, H. (2016). "Dei forsto meg ikkje" Tilsynsrapport 19. september 2016. <https://www.statsforvalteren.no/contentassets/21c2006e3f3d45918321c006a5a370e7/dei-forsto-meg-ikkje---tilsynsrapport.pdf>.
- Ask, H. & Kjeldsen, A. (2015). *Rapport 2015:4 Samtaler med barn*. Folkehelseinstituttet. [https://www.forebygging.no/globalassets/samtaler\\_med\\_barn.pdf](https://www.forebygging.no/globalassets/samtaler_med_barn.pdf)
- Ask, T. A., Gjedrem, J., Gjerstad, B., Grimstad, K. L. & Oltedal, S. (2021). Sosialfagleg arbeid med familieoppfølging i Nav – ein vignettstudie. *Fontene Forskning*, 14(1), 58-69. <https://fonteneforskning.no/pdf-15.99651.0.3.07c4e797f5>
- Atzmüller, C. & Steiner, P. M. (2010). Experimental Vignette Studies in Survey Research. *Methodology*, 6(3), 128-138. <https://doi.org/https://doi.org/10.1027/1614-2241/a000014>
- Bandura, A. (2006). Guide For Constructiong Self-Efficacy Scales. I T. Urdan & F. Pajares (Red.), *Self-Efficacy Beliefs of Adolescents*. Information Age Publishing. <https://ezproxy.vid.no/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=e000xww&AN=470226&site=ehost-live>
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. (2015, 16.11.2020). *Familievernkontorer*. [www.bufdir.no](http://www.bufdir.no). Hentet 15.11.2021 fra [https://www.bufdir.no/Familie/Familievern\\_kontor\\_liste?#office\\_searchResult](https://www.bufdir.no/Familie/Familievern_kontor_liste?#office_searchResult)
- Barne- ungdoms- og familiedirektoratet. ( 28. januar 2015, 03. november 2020). *Familievernet hjelper deg å finne løsninger*. Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, Bufetat. Hentet 19.02. fra [https://www.bufdir.no/Familie/Om\\_familievernet/](https://www.bufdir.no/Familie/Om_familievernet/)
- Barnekonvensjonen. (1989). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven). Vedlegg 8. FNs konvensjon om barnets rettigheter med protokoller (norsk oversettelse). FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20. november 1989 (LOV-1999-05-21-30 )*. Lovdata. [https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL\\_8#KAPITTEL\\_8](https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_8#KAPITTEL_8)
- Barnelova. (1981). *Lov om barn og foreldre (LOV-1981-04-08-7)*. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1981-04-08-7>
- Barneombudet. (2020). «DE TROR VI ER SHITKIDS». *Rapport om barn som bor på barnevernsinstitusjon*. <https://www.barneombudet.no/uploads/documents/Publikasjoner/Fagrapporter/De-tror-vi-er-shitkids.pdf>
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester (LOV-1992-07-17-100)*. Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Bartle-Haring, S., Slesnick, N. & Murnan, A. (2018). Benefits to Children Who Participate in Family Therapy with their Substance-Using Mother. *Journal of marital and family therapy*, 44(4), 671-686. <https://doi.org/10.1111/jmft.12280>
- Bjørndal, A. & Hofoss, D. (2020). *Statistikk for helse- og sosialfagene* (2. utg.). Gyldendal Akademisk.
- Buch-Hansen, H. & Nielsen, P. (2005). *Kritisk realisme*. Roskilde Universitetsforlag.

- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for Behavioral Sciences* (2. utg.). Lawrence Erlbaum Associates.  
<http://www.utstat.toronto.edu/~brunner/oldclass/378f16/readings/CohenPower.pdf>
- Creative Research Systems. (u.å.). *Sample Size Calculator*. Hentet 16.04.2022 fra  
<https://www.surveysystem.com/sscalc.htm>
- Daoud, J. I. (2017). Multicollinearity and Regression Analysis. *Journal of Physics: Conference Series*, 949. <https://doi.org/10.1088/1742-6596/949/1/012009>
- Davies, B. & Harré, R. (2007). Positioning: The Discursive Production of Selves. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 20, 43-63. <https://doi.org/10.1111/j.1468-5914.1990.tb00174.x>
- Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora. (2021, 16.12.2021). *Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap og humaniora*. Hentet 04.02.2022 fra  
<https://www.forskningsetikk.no/retningslinjer/hum-sam/forskningsetiske-retningslinjer-for-samfunnsvitenskap-og-humaniora/>
- Ekeland, T.-J., Aurdal, Å. & Skjelten Ingrid, M. (2014). Når staten vil være terapeut - En diskursanalyse av prosjektet Brukerrettet kvalitetsutvikling» i familievernet. *Fokus på familien*, 42(2), 139-157. <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2014-02-04>
- Ekeland, T.-J., Stefansen, J. & Steinthø, N.-O. (2011). Klinisk autonomi i evidensens tid. Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis Tor-Johan Ekeland, Jon Stefansen og Nils-Olaf Steinthø. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 1, 2-14.  
[https://www.researchgate.net/publication/274383260\\_Klinisk\\_autonomi\\_i\\_evidensens\\_tid](https://www.researchgate.net/publication/274383260_Klinisk_autonomi_i_evidensens_tid)  
[Styringspolitiske utfordringer for klinisk praksis Tor-Johan Ekeland Jon Stefansen og Nils-Olaf Steinthø](https://www.researchgate.net/publication/274383260_Klinisk_autonomi_i_evidensens_tid/Styringspolitiske_utfordringer_for_klinisk_praksis_Tor-Johan_Ekeland_Jon_Stefansen_og_Nils-Olaf_Steinsto)
- Familievernkontorloven. (1998). *Lov om familievernkontorer* (LOV-1997-06-19-62). Lovdata.  
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-06-19-62>
- Faul, F., Erdfelder, E., Lang, A.-G. & Buchner, A. (2007). G\*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, (39), 175-191. <https://www.psychologie.hhu.de/arbeitsgruppen/allgemeine-psychologie-und-arbeitspsychologie/gpower>
- Fauske, U. (2014). Hva mener barn er nyttig hjelp i familierapi? *Fokus på familien*, 42(3), 226-244.  
<https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2014-03-04>
- Field, A. (2009). *Discovering Statistics Using SPSS* (3, Red.).
- Fjeld, Ø., Skivenes, Sasaoka, & Madland. Utvalg for gjennomgang av barnevernssaker i Bergen kommune. (2020). «Det kan høres ut som en bagatell, men ikke for meg da». *Gjennomgang av ti særlig konfliktfylte barnevernssaker i Bergen Kommune*. Bergen kommune.  
<https://www.bergen.kommune.no/hvaskjer/helse-omsorg-og-inkludering/skal-lare-av-rapport-om-barnevernssaker>
- Flåm, A. & Handegård, B. (2015). Where is the Child in Family Therapy Service After Family Violence? A Study from the Norwegian Family Protection Service. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 37(1), 72-87. <https://doi.org/10.1007/s10591-014-9323-5>
- Forandringsfabrikken. (2019). *Høringsuttalelse fra Forandringsfabrikken. Høring NOU 2019: 23 Ny opplæringslov*.  
<https://www.regjeringen.no/contentassets/4f328f3395474cbe9a322dfe96b20598/forandring-fabrikken.pdf?uid=Forandringsfabrikken>
- Forskningsutvalget. (2018, 28.03.2019). *Rutine for behandling av personopplysninger i forskning og studentoppgaver ved VID vitenskapelige høyskole*. VID Vitenskapelige Høyskole. Hentet 05.05.2021 fra <https://www.vid.no/site/assets/files/16240/rutine-for-behandling-av-personopplysninger-i-forskning-og-studentoppgaver-ved-vid-vitenskapelige-hogskole-vid-1.pdf?nc=1568810185>
- Gangvik-Østgård, A. & Hegerland, T. (2019). *Barns deltakelse i terapi ved familievernkontoret Hvordan ivaretar terapeuter ved familievernkontoret barns deltakelse i terapi når foreldre utøver vold eller sinne i hjemmet?* [OsloMet]. Oslo. <https://oda.oslomet.no/oda->

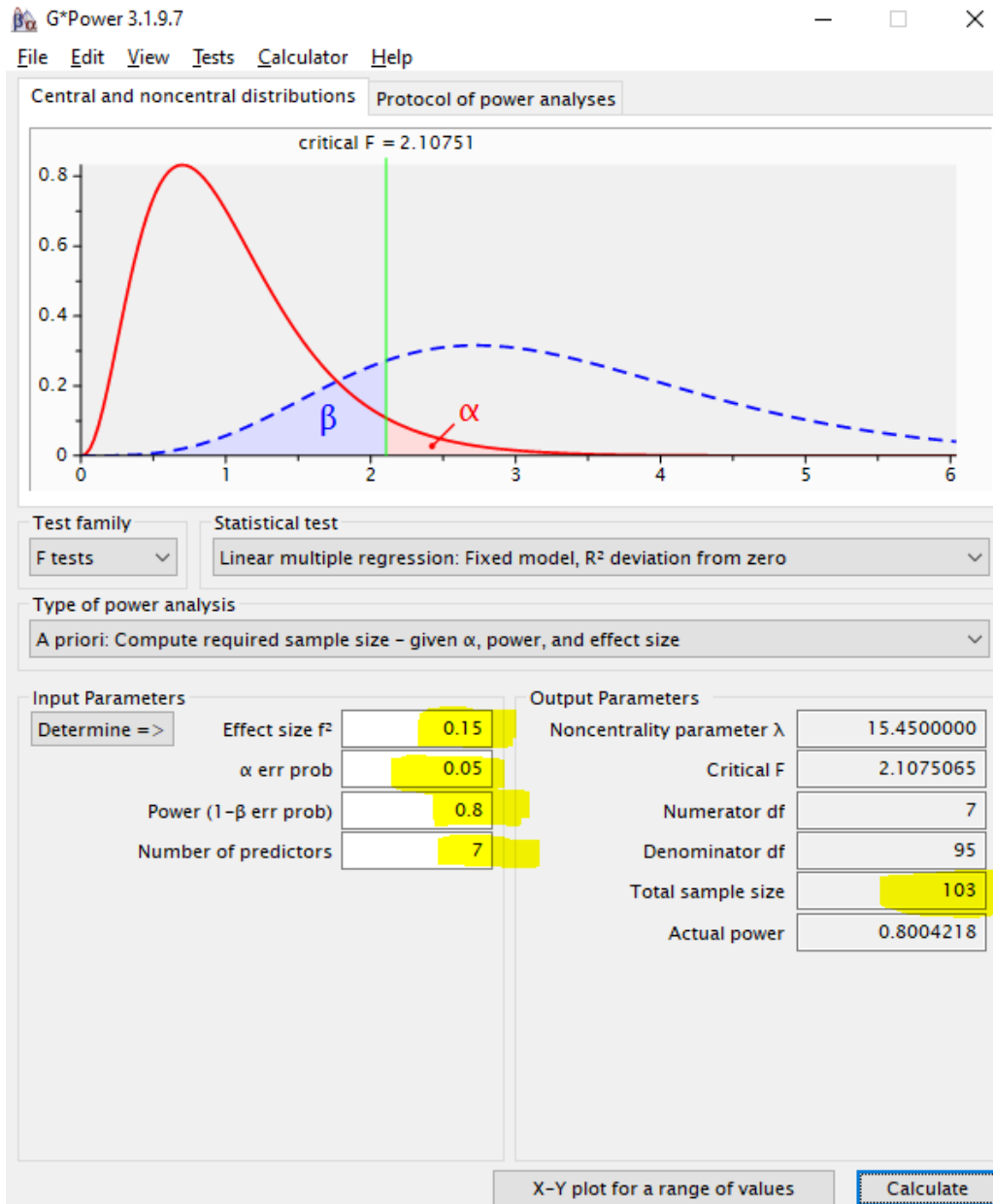
- [xmlui/bitstream/handle/10642/7623/Gangvik-%C3%98stg%C3%A5rd\\_Anne-Hegerland\\_TheaJ.pdf?sequence=5&isAllowed=y](https://xmlui/bitstream/handle/10642/7623/Gangvik-%C3%98stg%C3%A5rd_Anne-Hegerland_TheaJ.pdf?sequence=5&isAllowed=y)
- Grunnloven. (1814). *Kongeriket Noregs grunnlov* (LOV-1814-05-17). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1814-05-17-nn>
- Grøndahl, A.-B. & Skjælaaen, K. (2011). Barna har en plass i familievernet *Fokus på familien*, 39(2-2011), 124-134. <https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN0807-7487-2011-02-04>
- Hareide, B. J. (2011). Hvorfor barn? En liten vandring i familievernets barneperspektiv *Familievernets skriftserie*, (1/2011). [https://www.bufdir.no/globalassets/global/Barn\\_i\\_familievernet\\_1\\_2011\\_Skriftserie.pdf](https://www.bufdir.no/globalassets/global/Barn_i_familievernet_1_2011_Skriftserie.pdf)
- Helgeland, A. (2016). Verdier i klemme - Etske utfordringer ved barns deltakelse i familierapi. *Fokus på familien*, 44(4), 272-293. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-04-03> ER
- Helsedirektoratet. (2017, 28.01.2019). *Veileder om pårørende i helse- og omsorgstjenesten*. Helsedirektoratet. Hentet 27.04.2022 fra <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/parendeveileder>
- Holmgren, A. (2010). *Terapi fortellinger. Narrativ terapi i praksis*. Tapir Akademisk Forlag.
- Jakobsen, T. G. (2021). *Vitenskapsfilosofi og kritisk realisme- et ikke-antroposentrisk alternativ*. Fagbokforlaget.
- Jensen, P. & Ulleberg, I. (2011). *Mellom ordene. Kommunikasjon i profesjonell praksis*. Gyldendal akademisk.
- Johannessen, A. (2009). *Introduksjon til SPSS* (4, 2017. utg.). Abstrakt forlag AS.
- Johannessen, A., Tufte, P. A. & Christoffersen, L. (2016). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (5. utg.). Abstrakt Forlag.
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Universitetsforlaget.
- Johnson, L. & Thomas, V. (1999). Influences on the inclusion of children in family therapy. Brief report. *Journal of marital and family therapy*, 25(No 1), 117-123. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.1999.tb01114.x>
- Jones, K. (2010). The Practice of Quantitative Methods. I B. Somekh & C. Lewin (Red.), *Research Methods in the Social Sciences* (2. utgave. utg., s. 201 - 211). SAGE Publications Ltd.
- Knekta, E., Runyon, C. & Eddy, S. (2019). One Size Doesn't Fit All: Using Factor Analysis to Gather Validity Evidence When Using Surveys in Your Research. *CBE—Life Sciences Education*, 18(1), 1-17. <https://doi.org/https://doi.org/10.1187/cbe.18-04-0064>
- Kopperud, E. (2007). *Barn på familiekontor....? Om familierapeuters håndtering av barneperspektivet når foreldrene ber om hjelp etter samlivsbrudd* [Master degree, Vid Vitenskapelige høyskole]. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/98151>.
- Kopperud, E. (2008). «Hva gjør vi med barna?» Diskurser om barn og samlivsbrudd i familievernet. *Fokus på familien*, 36(4), 317-333. [http://www.idunn.no/fokus/2008/04/hva\\_gjor\\_vi\\_med\\_barna\\_-\\_diskurser\\_om\\_barna\\_og\\_samlivsbrudd\\_i\\_familievernet](http://www.idunn.no/fokus/2008/04/hva_gjor_vi_med_barna_-_diskurser_om_barna_og_samlivsbrudd_i_familievernet)
- Korner, S. & Brown, G. (1990). Exclusion of Children From Family Psychotherapy: Family Therapists' beliefs and Practices. *Journal of Family Psychology*, 3(No 4), 420-430. <https://doi.org/https://doi.org/10.1037/h0080555>
- Krogh, C. (2020, 02.06.2020). *Nettskjema for alle ansatte og studenter*. VID Vitenskapelige Høyskole. Hentet 08.05.2021 fra <https://www.vid.no/ansatt/nettskjema/>
- La Barbera, F. & Ajzen, I. (2021). Moderating role of perceived behavioral control in the theory of planned behavior: A preregistered study. *Journal of Theoretical Social Psychology*, 5(1). <https://doi.org/10.1002/jts5.83>
- Leganger, A., Kraft, P. & Røysamb, E. (2000). Perceived self-efficacy in health behaviour research: Conceptualisation, measurement and correlates. *Psychology & Health*, 15(1), 51-69. <https://doi.org/10.1080/08870440008400288>
- Lund, L. K., Zimmerman, T. S. & Haddock, S. A. (2002). The Theory, Structure, And Techniques for the inclusion of children in family therapy: a literature review. *Journal of marital and family*

- therapy*, 28(4), 445-454. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2002.tb00369.x>
- Løvås, G. G. (2018). *Statistikk for universiteter og høyskoler* (4. utg.). Universitetsforlaget.
- Menneskerettsloven. (1999). *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (LOV-1999-05-21-30). Lovdata. <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30>
- Molander, A. (2016). *Discretion in the welfare state*. Routledge Focus.
- Molden, T. H., Ulset, G. & Røe, M. (2019). *Kvalitet i familievernet. Ansattes vurderinger av betingelser for et faglig godt tjenestetilbud*. NTNU Samfunnsforskning <https://www.regjeringen.no/contentassets/60b7d738df7d4d54a0e8c535cdca2ab3/no/sved/03.pdf>
- Nilsson, M. & Trana, H. (2019). Fra fastlåst til bevegelig. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind 2*. (2. utg.). Gyldendal Norsk Forlag.
- NORSAR. (u.å.). *Om jordskjelv*. Hentet 18.04.2022 fra <https://www.jordskjelv.no/om-jordskjelv/>
- Norsk Senter for forskningsdata. (2021). *Avtaler*. Hentet 01.03.2021 fra <https://www.nsd.no/personverntjenester/avtaler>
- NOU 2019:20. (2019). *En styrket familietjeneste — En gjennomgang av familievern tjenesten*. Barne- og familiedepartementet. <https://www.regjeringen.no/contentassets/60b7d738df7d4d54a0e8c535cdca2ab3/no/pdfs/nou201920190020000dddpdfs.pdf>
- Oed, M. M. & Gonyea, J. (2019). Examining the Beliefs and Attitudes of Current Students and Recent Graduates on the Inclusion of Children in Family Therapy. *Contemporary Family Therapy: An International Journal*, 41(2), 135-146. <https://doi.org/10.1007/s10591-018-9483-9>
- Oterholm, I. (2018). Barnevernet og Nav – ulike institusjonelle logikker. *Fontene Forskning*, 11(2), 4-17. <https://fonteneforskning.no/forskningsartikler/barnevernet-og-nav--ulike-institusjonelle-logikker-6.19.635102.48742b6a26>
- Pocock, D. (2015). A philosophy of practice for systemic psychotherapy: the case for critical realism. *Journal of Family Therapy*, 37(2), 167-183. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12027>
- Prupp, A. H. (2015). Why the p-value is significant. *Tidsskriftet den norske legeforening*, (135), 1462-1464. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.15.0493>
- Reichelt, H. (1999). Familieterapi og makt. *Fokus på familien*, 27(1), 21-34.
- Ringdal, K. (2018). *Enhet og mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode* (Bd. 4. utgave). Fagbokforlaget.
- Rober, P. (1998). Reflections on Ways to Create a Safe Therapeutic Culture for Children in Family Therapy. *Fam Process*, 37(2), 201-213. <https://doi.org/10.1111/j.1545-5300.1998.00201.x>
- Rober, P. (2008). Being there, experiencing and creating space for dialogue: About working with children in family therapy. *Journal of Family Therapy*, 30, 465-477. <https://doi.org/10.1111/j.1467-6427.2008.00440.x>
- Rober, P. (2021). The Dual Process of Intuitive Responsivity and Reflective Self-supervision: About the Therapist in Family Therapy Practice. *Fam Process*, 60(3), 1033-1047. <https://doi.org/10.1111/famp.12616>
- Ruble, N. (1999). The Voices of Therapists and Children Regarding the Inclusion of Children in Family Therapy: A Systematic Research Synthesis. *Contemporary Family therapy*, 21, 485–503. <https://doi.org/https://doi.org/10.1023/A:102167512149>
- Sanner, M. (2022). *Må hjelpe for oss. 101 Barn 8-18 år om familieveiledning*. Forandningsfabrikken. [https://forandningsfabrikken.no/wp-content/uploads/2022/04/familieveiledning\\_b.pdf](https://forandningsfabrikken.no/wp-content/uploads/2022/04/familieveiledning_b.pdf)
- Sky, V. (2020, 25.09.2020). *Flere og mer tidkrevende familievernsaker*. Statistisk sentralbyrå. Hentet 12.09.2021 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/flere-og-mer-tidkrevende-familievernsaker>
- Snævarr, S. (2017). *Vitenskapsfilosofi for humaniora. En kritisk innføring*. Cappelen Damm akademisk.
- Sori, C. F. & Sprenkle, D. H. (2004). Training family therapists to work with children and families: a modified Delphi study. *Journal of marital and family therapy*, 30(4), 479-495. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/j.1752-0606.2004.tb01257.x>

- Statistisk sentralbyrå. (2020). *Flere og mer tidkrevende familievernsaker*. ssb.no. Hentet 08.04.2021 fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/artikler-og-publikasjoner/flere-og-mer-tidkrevende-familievernsaker>
- Statistisk sentralbyrå. (2021). *10742: Avtalte årsverk i familievernet, etter region, utdanning, statistikkvariabel, år og kjønn* (Versjon 01.10.2021) Statistisk sentralbyrå. <https://www.ssb.no/statbank/table/10742/tableViewLayout1/>
- Stokkebekk, J. (2013). *Sammenhenger mellom klientfeedback og familieterapeuters utvikling* [Masters degree, VID Vitenskapelige høyskole]. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/98360>.
- Tambs, K. & Røysamb, E. (2014). Selection of questions to short-form versions of original psychometric instruments in MoBa. *Norsk Epidemiologi*, 24(1-2), 195-201. <https://doi.org/10.5324/nje.v24i1-2.1822>
- Taylor, B. J. (2006). Factorial Surveys: Using Vignettes to Study Professional Judgement. *British Journal of Social Work*, 36, 1187-1207. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/bjsw/bch345>
- Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (5. utg.). Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Akademisk.
- Ursachi, G., Horodnic, I. A. & Zait, A. (2015). How Reliable are Measurement Scales? External Factors with Indirect Influence on Reliability Estimators. *Procedia Economics and Finance*, 20, 679-686. [https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2212-5671\(15\)00123-9](https://doi.org/https://doi.org/10.1016/S2212-5671(15)00123-9)
- Øfsti, A. K. S. (2010). *Parterapi : kjærlighet, intimitet og samliv i en brytningstid*. Universitetsforlaget.

# Vedlegg

## Vedlegg 1. Utvalgsstyrke





## Vedlegg 2. Spørreskjema

### Spørreundersøkelse i familievernet

Side 1

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "Terapeuters inkludering av barn i terapeutiske samtaler" og jeg samtykker til: \*

- Jeg samtykker til å delta i studien og svare på spørreundersøkelsen, og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.

Dersom du ikke samtykker, kan du nå forlate nettsiden.

- i** Dette elementet vises kun dersom alternativet «Jeg samtykker til å delta i studien og svare på spørreundersøkelsen, og til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet.» er valgt i spørsmålet «Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Terapeuters inkludering av barn i terapeutiske samtaler» og jeg samtykker til:»

**Takk for at du vil delta i undersøkelsen!** (Trykk neste for å komme til undersøkelsen).

 Sideskift

Side 2

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Velkommen til spørreundersøkelsen! I undersøkelsen bes du om å vurdere og ta stilling til ulike spørsmål og påstander. Når *samtaler* er nevnt, menes *terapeutiske samtaler* ved familievernet, meglings-samtaler inkluderes **ikke**.

Du vil under få spørsmål om deg og din fagbakgrunn, og bes om å velge det alternativet som passer best for deg.

\*

Hva er din e-postadresse? (E-postadressen vil slettes når spørreundersøkelsen avsluttes, og svarene dine vil ikke kunne knyttes til deg)

Kjønn \*

- Kvinne
- Mann
- Annet

Alder \*

- 18-34
- 35-49
- 50-66
- 67+

 Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Mitt arbeidssted tilhører region \*

- Nord
- Midt-Norge
- Vest
- Sør
- Øst

Min grunnutdanning \*

- Barnevernpedagog
- Førskolelærer/lærer
- Lege
- Psykolog
- Sosionom
- Sykepleier
- Vernepleier
- Annet

Utdanning utover grunnutdanning? \*

- Ja, jeg har videreutdanning/ master /spesialisering i familieterapi
- Ja, jeg har annen videreutdanning/ master/ spesialisering
- Nei, jeg har ikke utdanning utover grunnutdanning

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Antall år jeg har jobbet i familievernet? \*

Før jeg begynte i familievernet har det meste av min arbeidserfaring fra \*

- Barnevern
- Tjenester for rus- og avhengighet
- Psykiske helsetjenester for voksne
- Psykisk helsetjenester for barn og unge
- NAV
- Skole/ Barnehage
- Annet



Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Før jeg startet i familievernet jobbet jeg i direkte kontakt med barn \*

- Alltid
- Ofte
- Av og til
- Sjelden
- Aldri

---

Jeg har fått opplæring i å jobbe med barn (merk at flere alternativ kan velges): \*

- Gjennom grunnutdanningen min
- Gjennom min videreutdanning/ master/ spesialisering
- Gjennom kurs jeg har tatt på fritiden
- I regi av tidligere arbeidsgiver
- I regi av familievernkontoret hvor jeg nå jobber
- Jeg har ikke mottatt opplæring



Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Du vil her få presentert fire vignetter. Ut ifra din faglige vurdering, og med utgangspunkt i din arbeidshverdag, velg ett alternativ for hver vignett.

Anne (45) ringer familievernkontoret du jobber på og vil ha hjelp. Anne er gift med Tore (47). Anne forteller at deres sønn Ole (11 år) den siste tiden har skulket skolen, trekker seg tilbake fra kontakt med foreldrene og bruker svært mye tid foran PC'en. Anne forteller at hun og Tore den den siste tiden har strevd litt, og at de har noe ulikt syn på hvordan de skal møte Ole. \*

Du skal følge opp familien videre, og skal ha flere samtaler. Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, hvordan ville du lagt opp terapiforløpet?

- Samtaler med foreldre
- Inkludert Ole i en av samtalen, med eller uten foreldrene
- Inkludert Ole i noen av samtalen
- Inkludert Ole i de fleste samtalen
- Som en hovedregel inkludert Ole i alle samtalen

 Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Berit (39) ringer familievernkontoret og vil ha hjelp. Berit forteller at hun er bekymret for datteren Sonja (15) sitt forhold til mat. Familien har ikke kontakt med andre i hjelpeapparatet. Berit sier at Sonjas far, Ronny (42) har hatt lite kontakt med Sonja de siste ti årene, og at han bor på en annen kant av landet med ny familie. \*

Du skal følge opp familien videre, og skal ha flere samtaler. Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, hvordan ville du lagt opp terapiforløpet?

- Samtaler med mor
- Inkludert Sonja i en av samtalen, med eller uten mor
- Inkludert Sonja i noen av samtalen
- Inkludert Sonja i de fleste samtalen
- Som en hovedregel inkludert Sonja i alle samtalen

 Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Mona (30) ringer familievernkontoret og ønsker hjelp. Mona forteller at hun og Per (33) er svært uenig om hvordan de skal møte sønnen Jonas (10). Mona forteller at Jonas ofte kommer i klammeri med jevnaldrende, og at han ofte blir så sint hjemme at han ødelegger ting. \*

Du skal følge opp familien videre, og skal ha flere samtaler. Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, hvordan ville du lagt opp terapiforløpet?

- Samtaler med foreldre
- Inkludert Jonas i en av samtaler, med eller uten foreldrene
- Inkludert Jonas i noen av samtaler
- Inkludert Jonas i de fleste samtaler
- Som en hovedregel inkludert Jonas i alle samtaler



Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Vegard (30) tar kontakt med familievernkontoret og ber om hjelp. Datteren Siri (8) vil ikke lengre komme på samvær hos ham og uttrykker mye sinne og frustrasjon. Vegard forteller at han og ekskonen Tone (29) har hatt et godt samarbeid, men at relasjonen til Siri har blitt litt vanskeligere etter at han ble samboer med ny kjæreste. Vegard sier at Tone nå uttrykker støtte til Siri når hun sier at hun ikke vil besøke far. \*

Du skal følge opp familien videre, og skal ha flere samtaler. Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, hvordan ville du lagt opp terapiforløpet?

- Samtaler med foreldre
- Inkludert Siri i en av samtaler, med eller uten foreldrene
- Inkludert Siri i noen av samtaler
- Inkludert Siri i de fleste samtaler
- Som en hovedregel inkludert Siri i alle samtaler



Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, ta stilling til følgende påstander:

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Jeg er trygg på at jeg kan mestre uventede hendelsene som kan oppstå med barn i terapirommet *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Alt i alt har jeg god kompetanse til å snakke med urolige barn i terapeutiske samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg kan håndtere de fleste utfordringer som oppstår i terapeutiske samtaler med barn om jeg går inn for det *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er rolig selv når jeg møter vanskeligheter i terapeutiske samtaler hvor barn deltar, fordi jeg stoler på min evne til å mestre dem *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg er trygg på at jeg kan ivareta barn og foreldre sammen i terapeutiske samtaler selv når tema er krevende. *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, ta stilling til følgende påstander:

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Barns deltakelse i samtalen beriker terapiprosessen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barns deltakelse i samtalen forstyrrer terapiprosessen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Med barn i terapisamtalen er det enklere å identifisere familiens problemer *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
De voksnes deling av følelser i terapeutiske samtaler kan bli hindret av barns tilstedeværelse *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barns tilstedeværelse i terapeutiske samtaler åpner for nye måter å snakke om viktige temaer i samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, ta stilling til følgende påstander:

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
I min arbeidshverdag kan jeg selv bestemme om jeg skal inkludere barn *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På min arbeidsplass er det klare rutiner for når barn skal inkluderes *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jeg som terapeut beslutter hvem som inkluderes i mine terapeutiske samtaler på familievernkantoret *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det legges tydelige føringer for hvordan terapiprosessen bør være og hvem som inkluderes, før jeg får tildelt ansvaret for oppfølgingen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om jeg virkelig ønsket det hadde jeg klart å inkludere barn i alle terapeutiske samtaler der jeg vurderte det som aktuelt *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*



Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, ta stilling til følgende påstander:

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Min arbeidsplass har leker og tilfredsstillende utstyr som kan benyttes i samtaler med barn *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Min arbeidsplass har rom og møbler tilpasset samtaler med barn *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fasilitetene på min arbeidsplass gjør at barn føler seg velkommen *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På min arbeidsplass er det forventninger om at barn inkluderes i terapeutiske samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Min leder forventer at jeg inkluderer barn i terapeutiske samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
På min arbeidsplass er det fokus på å inkludere barn i terapeutiske samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Sideskift

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, ta stilling til følgende påstander:

	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Å la være å inkludere barn i terapeutiske samtaler går på bekostning av barns rettigheter *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er voksne som er ansvarlig for barns situasjon, og det er derfor viktigst å jobbe med dem i terapien *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barn kan ta skade av innholdet i terapeutiske samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Om en terapeut foretrekker å ikke jobbe med barn, så er det greit at han/hun ikke inkluderer barn i terapeutiske samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Barn trenger ikke å være tilstede i terapeutiske samtaler, da de uansett vil ha nytte av forandringer hos de voksne *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

 Sideskift

Side 15

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, ta stilling til påstanden:

	Nesten aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
I samtalene tilknyttet saker hvor barn er involvert inkluderer jeg barn: *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Obligatoriske felter er merket med stjerne \*

Med utgangspunkt i din arbeidshverdag, ta stilling til påstanden:

	Nesten aldri	Sjelden	Noen ganger	Ofte	Nesten alltid
I samtalene tilknyttet saker hvor barn er involvert inkluderer jeg barn: *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



	Helt uenig	Litt uenig	Verken enig eller uenig	Litt enig	Helt enig
Ofte har jeg det for travelt til å inkludere barn *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Terapiprosessen tar mer tid når jeg velger å inkludere barn i samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Det er mindre tidkrevende å kun jobbe med voksne *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Når jeg har mye å gjøre lar jeg være å inkludere barn i terapeutiske samtaler *	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

[Se nylige endringer i Nettskjema](#)

## Vil du delta i forskningsprosjektet

### «Terapeuters inkludering av barn i terapeutiske samtaler»?

Dette er en invitasjon til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å undersøke mulige sammenhenger mellom terapeuters individuelle, faglige og kontekstuelle faktorer og inkludering av barn i terapeutiske samtaler i familievernet. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Prosjektet skal undersøke terapeuter som jobber ved familievernet sine vurderinger av inkludering av barn i terapeutiske samtaler. Undersøkelsen benytter en kvantitativ tilnærming og gjennomføres i form av en spørreundersøkelse. Målet er å få bedre kunnskap om hva som påvirker terapeuters vurderinger vedrørende inkludering av barn i terapeutiske samtaler ved familievernet.

Problemstillingen som undersøkes er «Hvilke sammenhenger ses mellom terapeuters individuelle, faglige og kontekstuelle forutsetninger og holdninger, og inkludering av barn i terapeutiske samtaler i familievernet?». Studien har i tillegg underforskningsspørsmålet «Hvilke implikasjoner kan eventuelle sammenhenger gi, om målet for familierapifeltet er å inkludere barn mer i terapeutisk arbeid?». Undersøkelsen er et mastergradsprosjekt ved VID Vitenskapelige høyskole, studieretning Familieterapi og systemisk praksis.

#### Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

VID Vitenskapelige Høyskole er ansvarlig for prosjektet. Prosjektansvarlig er Anne Øfsti.

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

Undersøkelsen retter seg mot terapeuter som jobber ved familievernet i Norge, og alle terapeuter inviteres til å delta.

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

Om du velger å delta i prosjektet, innebærer det at du fyller ut et digitalt spørreskjema. Det vil ta deg ca 10-15 minutter. Spørreskjemaet inneholder spørsmål knyttet til terapeutiske samtaler med barn, og noen spørsmål om din fagbakgrunn. Spørreundersøkelsen er anonym, og dine besvarelser vil ikke kunne knyttes tilbake til deg i det publiserte materialet.

#### Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst, før analysen er gjennomført, trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger vil da bli slettet. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg.

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

Vi vil bare bruke opplysningene om deg til formålene vi har fortalt om i dette skrivet. Vi behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Det er kun student (Silje Leitet), veileder (Øyvind Reehorst Kalsås) og prosjektansvarlig (Anne Øfsti) som vil ha tilgang til informasjonen fra deg.

Navnet og kontaktopplysningene dine vil slettes når spørreundersøkelsen er avsluttet, senest 1. desember. Innsamlede data vil da overføres anonymt til dataprogrammet som skal benyttes for videre analyser. Frem til det vil opplysningene fra deg lagres midlertidig i [Nettskjema](#), et sikkert dataprogram som brukes til den digitale spørreundersøkelsen. Det vil oppbevares sikkerhetskopier av data på en kryptert minnepinne i låsbart skap. Analysert datamateriell vil publiseres, og det vil ikke være mulig å spore svar tilbake til den enkelte informant.

#### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Personopplysningene slettes når svarene overføres til analyseprogrammet ved spørreundersøkelsens avslutning, senest 1. desember 2021.

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

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

På oppdrag fra VID Vitenskapelige høyskole har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

#### **Dine rettigheter**

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

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

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

- VID Vitenskapelige høyskole ved Silje Anita Skaaraas Leitet ([sat185@hotmail.com](mailto:sat185@hotmail.com)) eller Anne Øfsti ([anne.ofsti@vid.no](mailto:anne.ofsti@vid.no))
- Vårt personvernombud: Nancy Yue Liu, Stiftelsen Diakonhjemmet, Theodor Dahls vei 10, 0370 Oslo, [nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no](mailto:nancy.yue.liu@diakonhjemmet.no)

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

- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS på epost ([personverntjenester@nsd.no](mailto:personverntjenester@nsd.no)) eller på telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Anne Øfsti  
Prosjektansvarlig

Silje Anita Skaaraas Leitet  
Student

# NSD NORSK SENTER FOR FORSKNINGSDATA

## Vurdering

### Referansenummer

758265

### Prosjekttittel

Terapeuters inkludering av barn i terapeutiske samtaler

### Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for sosialfag / Fakultet for sosialfag Oslo

### Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatt/veileder eller stipendiat)

Anne Øfsti, anne.ofsti@vid.no, tlf: +4722451957

### Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

### Kontaktinformasjon, student

Silje Anita Skaaraas Leitet, satl85@hotmail.com, tlf: 91585066

### Prosjektperiode

15.09.2021 - 01.12.2021

### Vurdering (1)

#### 19.08.2021 - Vurdert

Det er vår vurdering at behandlingen av personopplysninger i prosjektet vil være i samsvar med personvernlovgivningen så fremt den gjennomføres i tråd med det som er dokumentert i meldeskjemaet med vedlegg den 19.8.2021, samt i meldingsdialogen mellom innmelder og NSD. Behandlingen kan starte.

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG.

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

#### TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET

Prosjektet vil behandle alminnelige kategorier av personopplysninger frem til 1.12.2021.

#### LOVLIG GRUNNLAG

Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 og 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a.

#### PERSONVERNPRINSIPPER

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

- lovlighet, rettferdighet og åpenhet (art. 5.1 a), ved at de registrerte får tilfredsstillende informasjon om og samtykker til behandlingen

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

#### DE REGISTRERTES RETTIGHETER

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

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

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

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

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

Nettskjema (UiO) er databehandler i prosjektet. NSD legger til grunn at behandlingen oppfylder kravene til bruk av databehandler, jf. art 28 og 29.

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

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. Før du melder inn en endring, oppfordrer vi deg til å lese om hvilke type endringer det er nødvendig å melde: <https://www.nsd.no/personverntjenester/fylle-ut-meldeskjema-for-personopplysninger/melde-enderinger-i-meldeskjema> Du må vente på svar fra NSD før endringen gjennomføres.

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

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

Kontaktperson hos NSD: Lisa Lie Bjordal

Lykke til med prosjektet!

### Vedlegg 5. Distribusjon i de uavhengige variablene

	0	1	2	3	4
<i>Mestringstro</i>	0	4	3	28	69
<i>Forventet nytte</i>	0	0	4	38	62
<i>Autonomi på arbeidsplassen</i>	3	1	3	38	59
<i>Fasiliteter</i>	3	13	11	39	38
<i>Opplevde forventninger</i>	0	7	16	32	49

*n* = 104

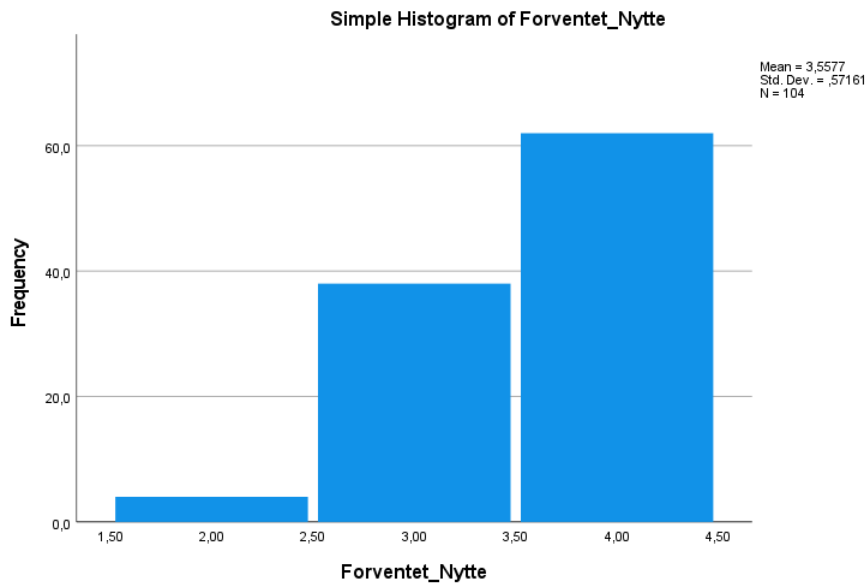
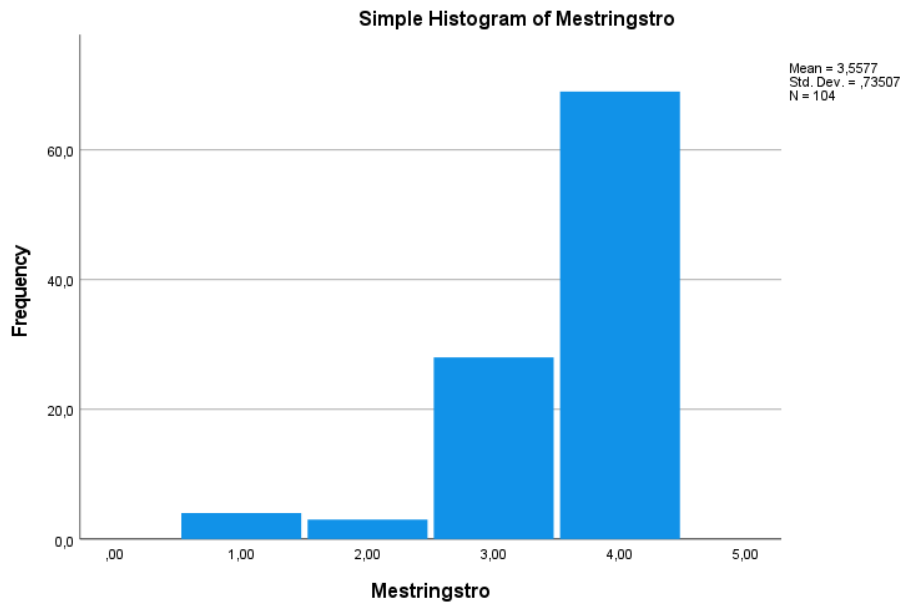
### Vedlegg 6. Kaiser-Meyer-Olking og Bartletts sfæretest

#### *KMO and Bartlett's Test*

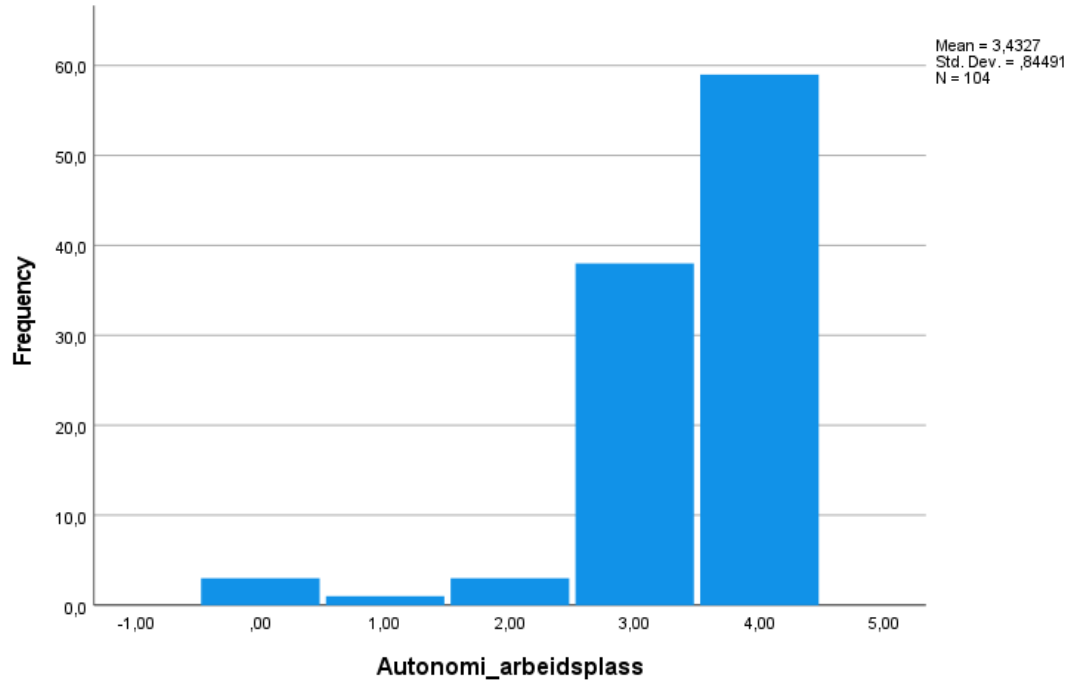
<i>Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy.</i>		,722
<i>Bartlett's Test of Sphericity</i>	<i>Approx. Chi-Square</i>	906,418
	<i>df</i>	171
	<i>Sig.</i>	,000



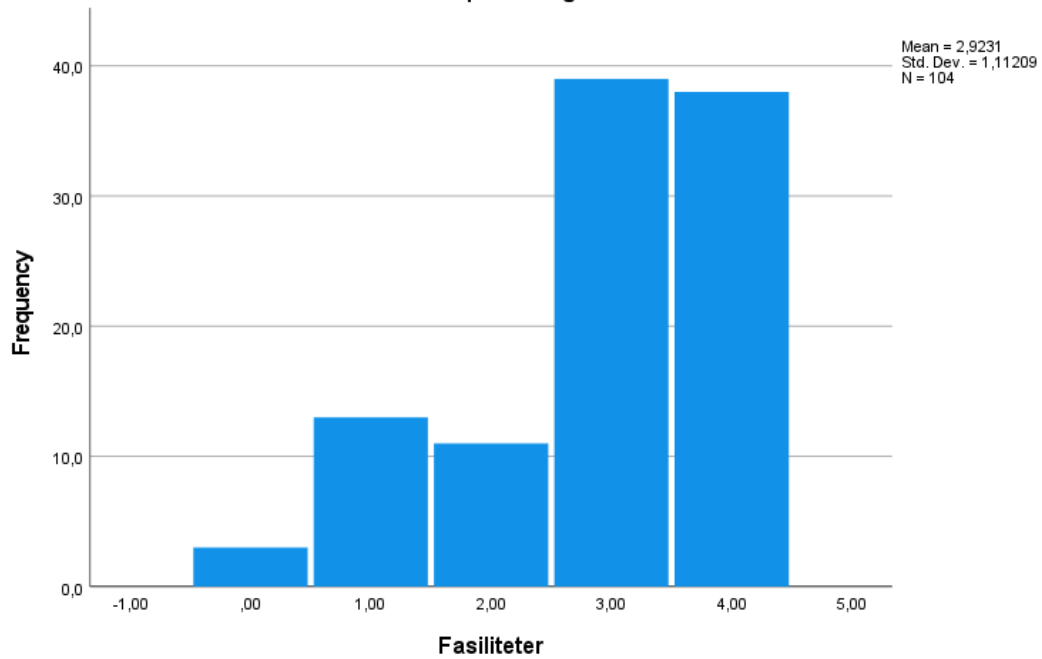
Vedlegg 7. Histogram av de uavhengige variablene

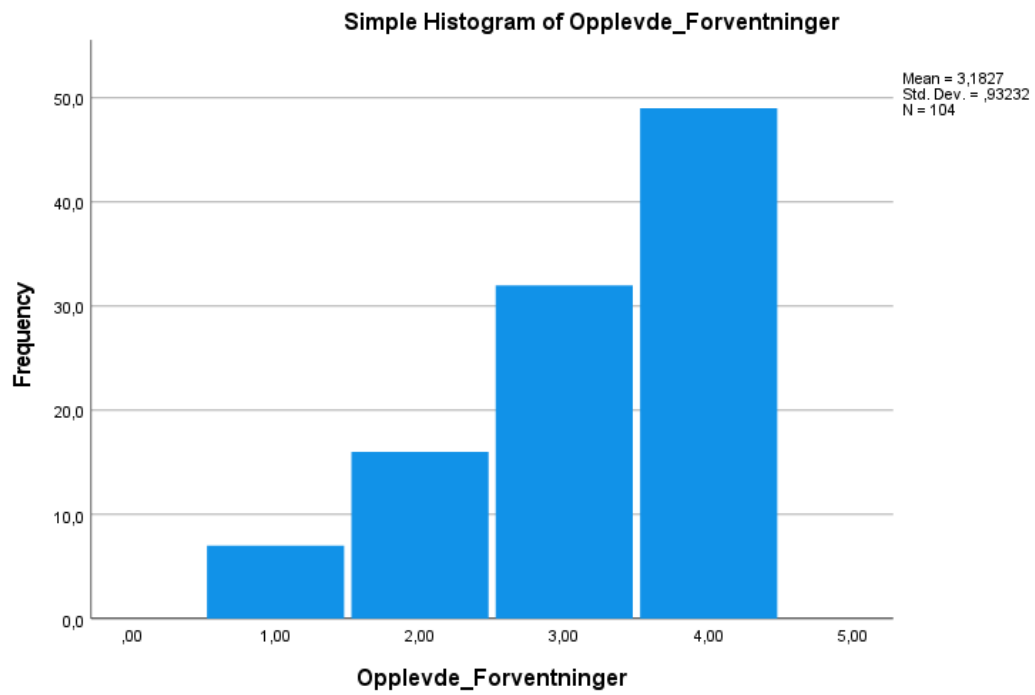


Simple Histogram of Autonomi\_arbeidsklass

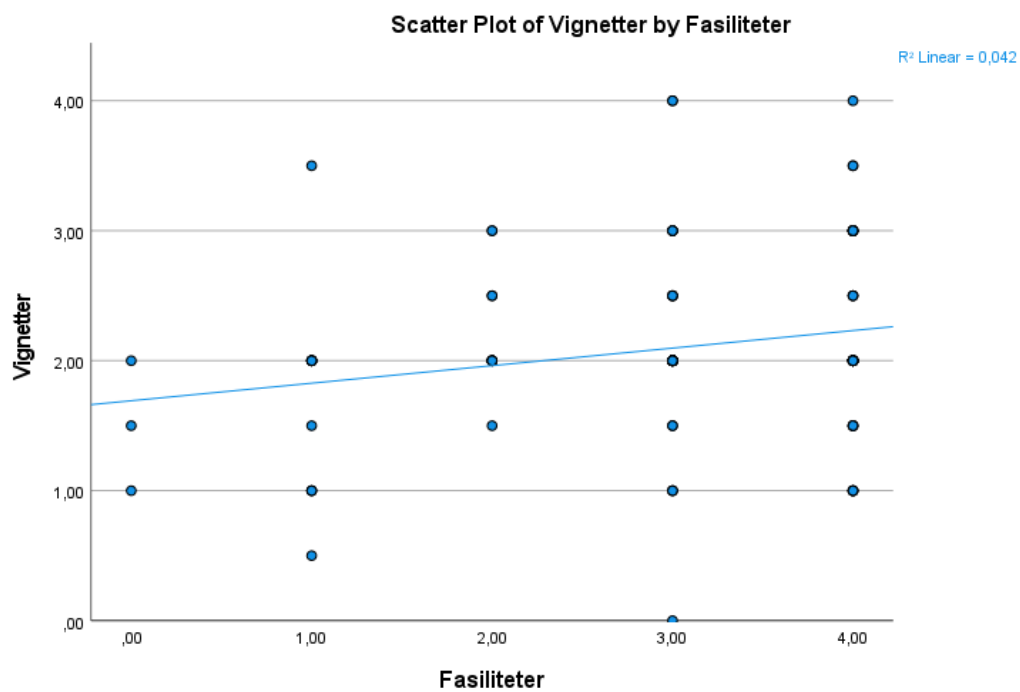


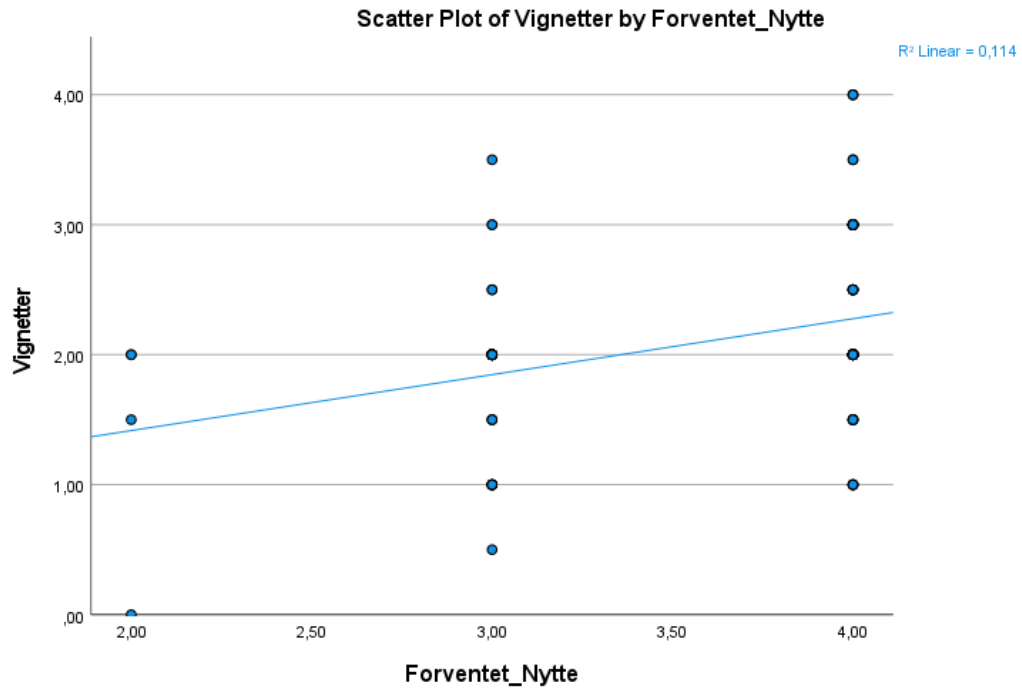
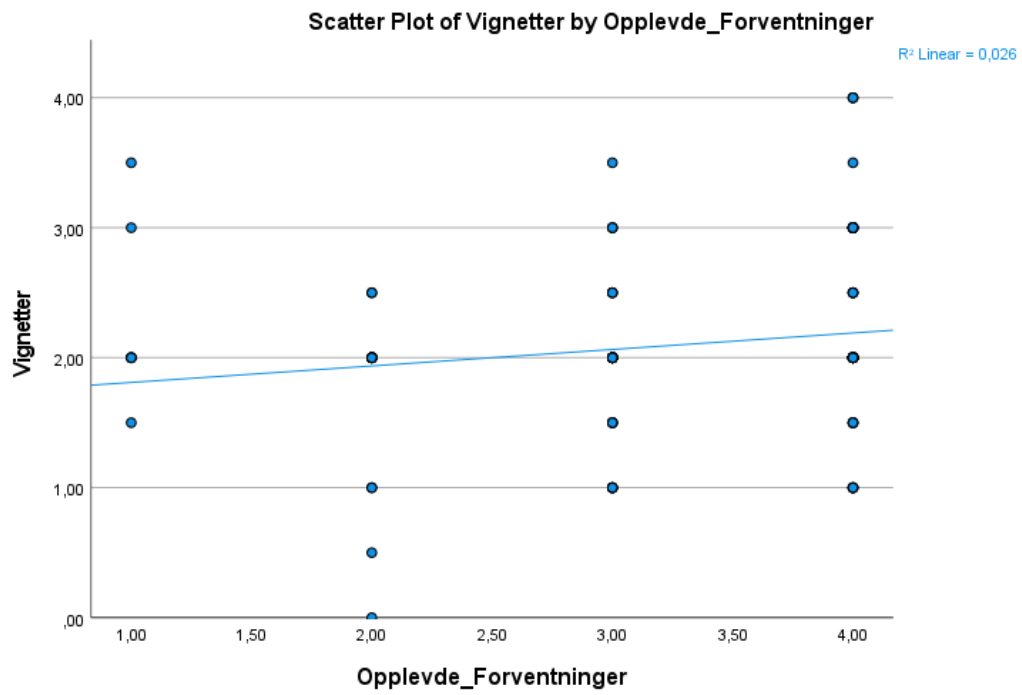
Simple Histogram of Fasiliteter

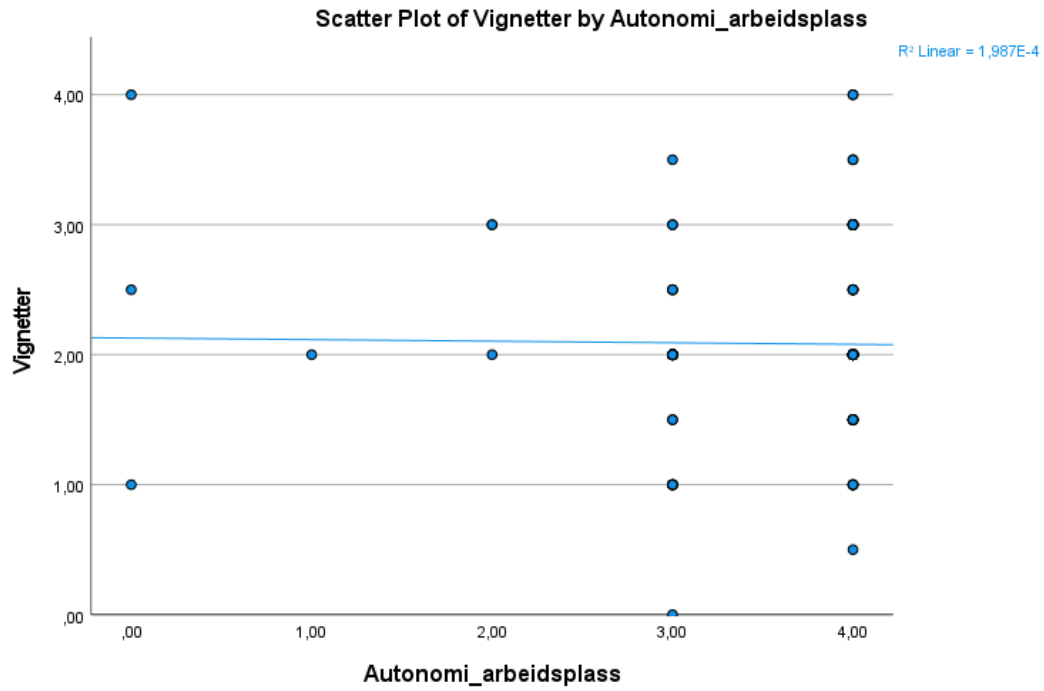
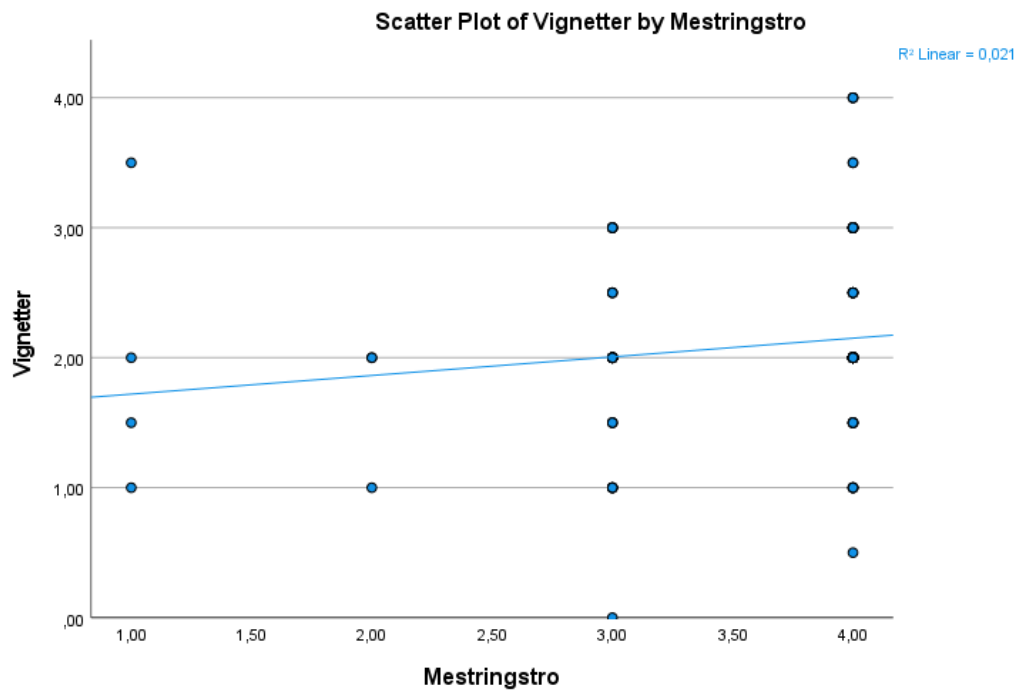




*Vedlegg 8. Spredningsplott- uavhengige variabler*







## Vedlegg 9. Korrelasjonsmatrise

		Vignetter	Tid	Mestringstro	Forventet nytte	Autonomi på arbeidsplassen	Fasiliteter	Opplevde forventninger
Vignetter	Pearson Correlation	1	-,050	,145	,337**	-,014	,206*	,162
	Sig. (2-tailed)		,730	,143	,000	,887	,036	,100
	N	104	50	104	104	104	104	104
Tid	Pearson Correlation	-,050	1	-,121	,110	,157	,034	,021
	Sig. (2-tailed)	,730		,403	,445	,275	,817	,885
	N	50	50	50	50	50	50	50
Mestringstro	Pearson Correlation	,145	-,121	1	,362**	-,017	,196*	,374**
	Sig. (2-tailed)	,143	,403		,000	,863	,047	,000
	N	104	50	104	104	104	104	104
Forventet nytte	Pearson Correlation	,337**	,110	,362**	1	,018	,221*	,244*
	Sig. (2-tailed)	,000	,445	,000		,855	,024	,012
	N	104	50	104	104	104	104	104
Autonomi på arbeidsplassen	Pearson Correlation	-,014	,157	-,017	,018	1	,118	-,027
	Sig. (2-tailed)	,887	,275	,863	,855		,231	,783
	N	104	50	104	104	104	104	104
Fasiliteter	Pearson Correlation	,206*	,034	,196*	,221*	,118	1	,323**
	Sig. (2-tailed)	,036	,817	,047	,024	,231		,001
	N	104	50	104	104	104	104	104
Opplevde forventninger	Pearson Correlation	,162	,021	,374**	,244*	-,027	,323**	1
	Sig. (2-tailed)	,100	,885	,000	,012	,783	,001	
	N	104	50	104	104	104	104	104

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

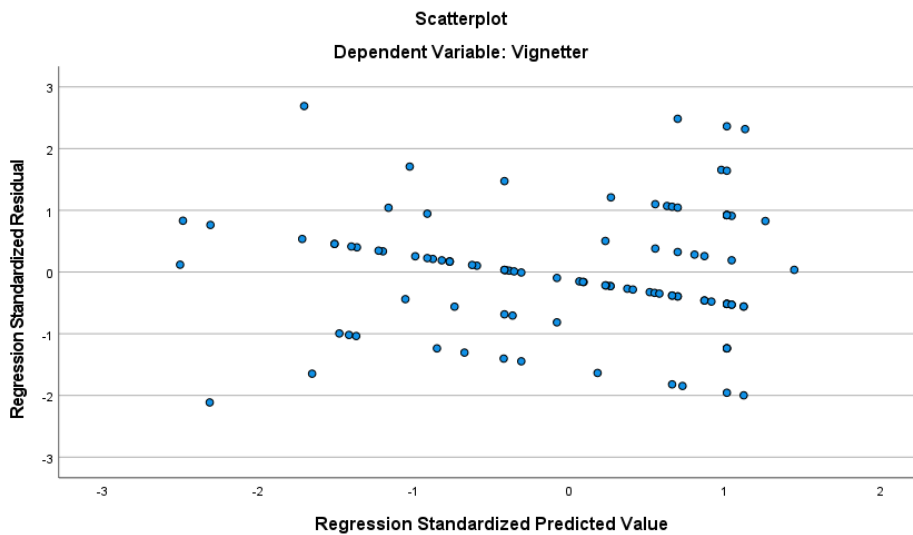
\* . Correlation is significant at the 0.05 level (2-tailed).

Vedlegg 10. Variance Inflation Factors (VIF):

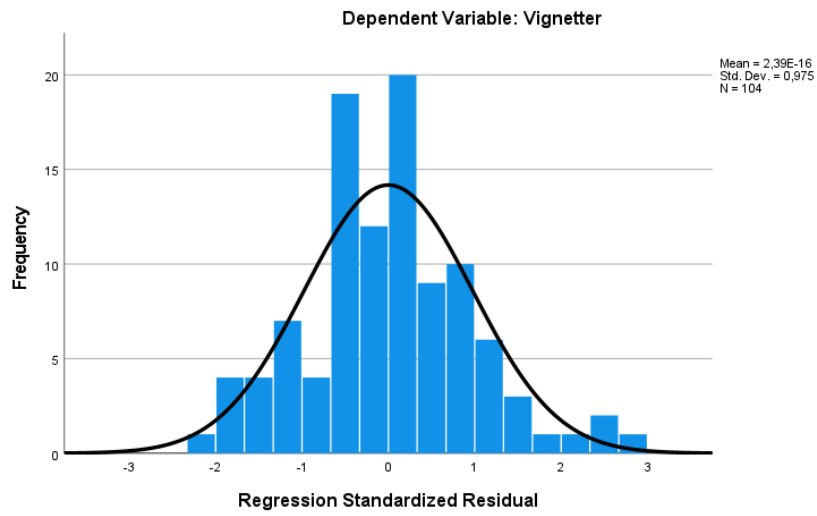
Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients	t	Sig.	95,0% Confidence Interval for B		Correlations			Collinearity Statistics	
		B	Std. Error	Beta			Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Partial	Tolerance	VIF
1	(Constant)	,482	,553		,872	,385	-,615	1,579					
	Mestringstro	-,008	,105	-,008	-,079	,937	-,218	,201	,145	-,008	-,007	,781	1,281
	Forventet_Nytte	,383	,131	,300	2,931	,004	,124	,643	,337	,284	,275	,839	1,191
	Autonomiarbeidsplass	-,029	,082	-,034	-,355	,723	-,191	,133	-,014	-,036	-,033	,981	1,020
	Fasiliteter	,085	,066	,129	1,274	,206	-,047	,217	,206	,128	,120	,857	1,166
	Opplevde_Forventninger	,039	,083	,049	,466	,642	-,126	,203	,162	,047	,044	,787	1,271

a. Dependent Variable: Vignetter

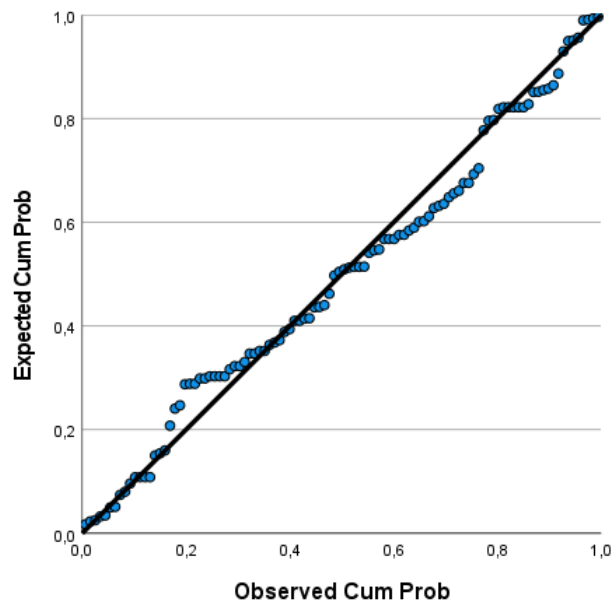
Vedlegg 11. Residualdiagram



Vedlegg 12. Histogram over residualene



Vedlegg 13. Residualene sammenlignet med normalfordelingen



Normal P-P Plot av regresjons standard residual. Avhengig variabel: vignetter



## Vedlegg 14. Regresjonsanalyse

Model	Variables Entered	Variables Removed	Method
1	Opplevde forventninger, Autonomi på arbeidsplassen, Forventet nytte, Fasiliteter, Mestringstro <sup>b</sup>	.	Enter

a. Dependent Variable: Vignetter

b. All requested variables entered.

### Model Summary<sup>b</sup>

Model	R	Adjusted R Square	Std. Error of the Estimate	Change Statistics				Sig. F Change	Durbin-Watson	
				R Square	F Change	df1	df2			
1	,368 <sup>a</sup>	,135	,091	,69487	,135	3,066	5	98	,013	1,953

a. Predictors: (Constant), Opplevde forventninger, Autonomi på arbeidsplassen, Forventet nytte, Fasiliteter, Mestringstro

b. Dependent Variable: Vignetter

### ANOVA<sup>a</sup>

Model		Sum of Squares	df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	7,403	5	1,481	3,066	,013 <sup>b</sup>
	Residual	47,318	98	,483		
	Total	54,721	103			

a. Dependent Variable: Vignetter

b. Predictors: (Constant), Opplevde forventninger, Autonomi på arbeidsplass, Forventet nytte, Fasiliteter, Mestringstro

### Coefficients<sup>a</sup>

Model		Unstandardized Coefficients		Standardized Coefficients		95,0% Confidence Interval for B		Correlations		Collinearity Statistics			
		B	Std. Error	Beta	t	Sig.	Lower Bound	Upper Bound	Zero-order	Partial	Tolerance	VIF	
1	(Constant)	,482	,553		,872	,385	-,615	1,579					
	Mestringstro	-,008	,105	-,008	-,079	,937	-,218	,201	,145	-,008	-,007	,781	1,281
	Forventet nytte	,383	,131	,300	2,931	,004	,124	,643	,337	,284	,275	,839	1,191

Autonomi på arbeidsplassen	-,029	,082	-,034	-,355	,723	-,191	,133	-,014	-,036	-,033	,981	1,020
Fasiliteter	,085	,066	,129	1,274	,206	-,047	,217	,206	,128	,120	,857	1,166
Opplevde forventninger	,039	,083	,049	,466	,642	-,126	,203	,162	,047	,044	,787	1,271

---

a. Dependent Variable: Vignetter