

Ungdomsperspektiver på MST

*En intervjustudie av ungdommers
opplevelser med multisystemisk terapi*

Rannveig Strømsvåg og Mathilde Breen



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

vår 2019

Ungdomsperspektiver på MST

En intervjustudie av ungdommers opplevelser med multsystemisk terapi

© Rannveig Strømsvåg og Mathilde Breen

2019

Ungdomsperspektiver på MST

Rannveig Strømsvåg og Mathilde Breen

<http://www.duo.uio.no/>

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

Sammendrag

Forfattere: Rannveig Strømsvåg og Mathilde Breen

Oppgavetittel: MST fra et ungdomsperspektiv – en intervjustudie av ungdommers opplevelser med multisystemisk terapi

Veiledere: Margrethe Seeger Halvorsen og Tine Jensen

Forskningsspørsmål: Hva kjennetegner ungdommers opplevelser av MST-behandling? Hva trekker de frem som viktig og nyttig i sine vurderinger av MST?

Bakgrunn og formål: Multisystemisk terapi (MST) er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom med alvorlige atferdsvansker i alderen 12-18 år (Henggeler & Schaeffer, 2016). Til tross for omfattende implementering, bruk og evaluering av MST, foreligger det fortsatt få studier som undersøker hvordan behandlingen oppleves av mottakerne. Denne studien utforsker ungdomsperspektiver på MST i en norsk kontekst, og er et selvstendig forskningsprosjekt i samarbeid Nasjonalt utviklingscenter for barn og unge (NUBU). Studiens formål er tilegning av kunnskap om hvordan behandlingen oppleves av de unge brukerne. Vi ønsker med dette å utvide forståelsen av hva som oppleves som endringsskapende og nyttig i behandling for denne gruppen.

Metode: Det ble gjennomført semistrukturerte intervjuer av seks ungdommer (13–18 år) som har fullført MST-behandling. Intervjumaterialet ble analysert ved bruk av tematisk analyse (Braun & Clarke, 2006).

Resultater: Funnene presenteres i tre hovedtemaer: 1) Jeg fikk være med å bestemme, 2) Jeg fikk det bedre da omgivelsene støttet og forsto meg og 3) Jeg likte terapeuten. Temaene reflekterer en generell tilfredshet med behandlingen for de fleste av informantene. Tema 1 fanger opplevelsen av medbestemmelse som betydningsfull i behandlingsprosessen og for tilfredshet med behandling. Dette innebærer muligheten til å kunne være med å bestemme fokus for behandling, arbeidsmetoder, samt grad av involvering. Tema 2 reflekterer ungdommenes opplevelser av endringer i omgivelsene som hjelpsomme og endringsskapende. Økt forståelse, bedret kommunikasjon, støtte og tilrettelegging hos hovedsakelig omsorgsgivere og skole beskrives som essensielt for bedring. Tema 3 reflekterer hvordan

ungdommene hadde et gjennomgående positivt bilde av en trygg og tilpasningsdyktig terapeut.

Konklusjon: I ungdommenes beskrivelser av MST fremstår de tre overnevnte temaene som viktige for deres tilfredshet med behandlingen og opplevde endringsprosesser. Funnene støtter MSTs endringsteori ved at styrking av foreldrefunksjon samt andre systemer rundt ungdommen står frem som viktig i informantenes opplevelse av endring. Et gjennomgående positivt bilde av en tilpasningsdyktig terapeut er videre i tråd med behandlingsmodellens mål om manualbasert fleksibilitet.

Den terapeutiske alliansen fremstår som betydningsfull i informantenes opplevelser, og gjenspeiles gjennom deres verdsettelse av medbestemmelse hva gjelder mål og oppgaver i behandling, samt deres opplevelse av å like og ha tillit til terapeuten. De ulike aspektene ved alliansen, slik den kommer frem i denne studien, kan se ut til å inngå i et komplekst samspill mellom teknikker som brukes og relasjonen mellom ungdom og terapeut. Resultatene understreker betydningen av terapeutens kommunikasjonsferdigheter og relasjonskompetanse for å skape tillit og engasjement hos den unge, og for å komme i posisjon til å hjelpe. Funnene peker mot viktigheten av at MST-terapeuter er bevisste på og jobber aktivt med involvering av ungdommen, og sikrer at de unge opplever medbestemmelse i behandling.

Forord

Først og fremst vil vi takke alle ungdommene som stilte til intervju og delte sine erfaringer med oss. Dere har gitt oss verdifull innsikt i hva som er viktig for ungdom i en krevende livssituasjon. Vi ønsker dere alt godt videre i livet.

Takk til våre veiledere Margrethe Seeger Halvorsen og Tine Jensen for all deres hjelp og støtte. Takk for gode refleksjoner, fine diskusjoner, konstruktive tilbakemeldinger og smittende entusiasme.

Videre vil vi takke NUBU for samarbeidet. Takk til Nina Tollefsen for alt du har bidratt med i denne prosessen. Dine innspill underveis og innsats i rekrutteringsprosessen har vært uvurderlig. I tillegg fortjener alle MST-lederne en stor takk for rekrutteringen av ungdommene.

Takk til Anne Marie, Michael, Liv, Tuva og Hallgjerd for gode råd, korrekturlesing og støtte.

Takk til våre respektive kjærester John og Mathias for tålmodigheten og kjærligheten dere har vist oss det siste året.

Til sist vil vi takke hverandre for et fantastisk samarbeid.

Innholdsfortegnelse

1	Innledning.....	1
1.1	Om multisystemisk terapi.....	2
1.1.1	Teoretisk og empirisk grunnlag.....	2
1.1.2	Behandling og kliniske intervensjoner.....	3
1.2	Forskning på MST.....	8
1.3	Studiens målsetting og problemstilling.....	10
2	Metode.....	12
2.1	Teoretisk forankring.....	12
2.1.1	Kvalitativ metode.....	12
2.1.2	Epistemologiske betraktninger.....	12
2.1.3	Faglig ståsted og forventninger til funn.....	13
2.2	Prosedyrer og metodevalg.....	14
2.2.1	Semistrukturert intervju.....	14
2.2.2	Intervjuguide.....	15
2.2.3	Rekruttering.....	15
2.2.4	Utvalg.....	16
2.2.5	Gjennomføring.....	17
2.3	Forskningsetiske betraktninger.....	17
2.4	Analyse.....	18
2.4.1	Tematisk analyse.....	18
2.4.2	Steg i analyseprosessen.....	19
3	Resultater.....	22
3.1	Jeg kunne være med å bestemme.....	24
3.1.1	Behandling med utgangspunkt i ungdommens problemforståelse.....	24
3.1.2	Verdien av valgfri involvering.....	25
3.1.3	Intervensjoner presentert som forslag.....	26
3.2	Jeg fikk det bedre da omgivelsene støttet og forsto meg.....	27
3.2.1	Foreldrearbeid bidro til positive endringer.....	27
3.2.2	Tilrettelegging og støtte gjorde skolen til et bedre sted å være.....	30
3.3	Jeg likte terapeuten.....	31
3.3.1	Trygg tilgjengelighet.....	32

3.3.2	En kul og tilpasningsdyktig terapeut	33
3.3.3	Hjelp til å fly på egne vinger	35
4	Diskusjon.....	38
4.1	Alliansen mellom terapeuten og ungdommen	38
4.2	Systemarbeid i MST	42
4.3	Et komplekst samspill.....	44
5	Metodologiske refleksjoner og begrensninger	46
5.1	Kvalitetssikring.....	46
5.2	Begrensninger ved studien.....	48
6	Implikasjoner for behandling og videre forskning	50
7	Konklusjon	52
	Litteraturliste	54
	Vedlegg	60

1 Innledning

Atferdsvansker representerer en stor utfordring for psykisk helsevern i Norge, og rammer om lag fem prosent av barne- og ungdomsbefolkningen (Bufdir, 2018). Atferdsvansker kan forstås som vansker knyttet til ulike typer negativ og normbrytende atferd som ungdommen kan ha mye eller lite av langs et kontinuum (Ogden, 2015). Denne gruppen sliter med problemer som ofte er stigmatiserende og bidrar til utstøtning. De kan vise utagerende atferd, mislykkes på skolen, samt ha sosiale og emosjonelle vansker. I tillegg blir mange av disse ungdommene involvert i kriminelle handlinger og rusbruk senere i livet, noe som kan bli økonomisk kostbart for samfunnet. En britisk studie viste at personer med atferdsvansker i ungdomstiden ved 28 års alder hadde kostet samfunnet ti ganger mer enn sine jevnaldrende (Scott, Knapp, Henderson & Maughan, 2001). Ungdom med atferdsvansker har også forhøyet risiko for utvikling av komorbide lidelser som ADHD, rusmisbruk og affektive lidelser (Nock, Kazdin, Hiripi & Kessler, 2006). Det kan være utfordrende å etablere en trygg og samarbeidende terapeutrelasjon med ungdom som har eksternaliserende atferd (som kan knyttes til atferdsvansker), blant annet fordi behandlingen ofte er initiert av voksne og i utgangspunktet ikke ønskes av ungdommen (Shelef, Diamond, Diamond & Liddle, 2005).

På grunnlag av de individuelle og samfunnsmessige kostnadene, samt at dette kan være en utfordrende gruppe å hjelpe, har det derfor vært viktig å finne gode behandlingstiltak for gruppen. Multisystemisk terapi (MST) er en familie- og nærmiljøbasert behandling for ungdom i alderen 12–18 år med alvorlige atferdsvansker (Henggeler & Schaeffer, 2016). Behandlingen tar utgangspunkt i at atferdsvansker er et resultat av opprettholdende faktorer innen eller mellom ulike sosiale systemer, der omsorgsgiver blir ansett som den viktigste endringsaktøren. Behandlingen tar særlig sikte på å bedre relasjonene i familien og å styrke systemene rundt ungdommen (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2000). Behandlingen ble introdusert i Norge i 1999, og er i dag et tilbud i Bufetat og et alternativ til institusjonsbehandling. Henvisninger går fra barnevernet til de ulike MST-teamene hos Bufetat (Henggeler, Schoenwald, Borduin, Rowland & Cunningham, 2013). Inklusjonskriterier i MST-behandling er ungdom i alderen 12–17 år som viser kriminell eller straffbar atferd, er i umiddelbar fare for plassering utenfor hjemmet, skulker eller har andre skoleproblemer, viser fysisk aggresjon i hjemmet, skolen eller i nærmiljøet, er verbalt aggressiv, har truende oppførsel eller ruser seg (Mauseth, 2016, s. 232). En rekke studier kan

vise til at behandlingen er effektiv for barn og unge med atferdsvansker. (Se Henggeler og Schaeffer, 2016 for en oversikt.) Norsk evaluering av MST kan vise til samme resultater (Ogden & Halliday-Boykins, 2004; Ogden & Hagen, 2006b). Ungsinn har foretatt en kunnskapsoppsummering om effektene av MST, og har klassifisert MST til å ligge på evidensnivå 4, som innebærer at tiltaket har tilfredsstillende mengde dokumentasjon av behandlingseffekt (Ungsinn, 2017). Til tross for veldokumentert effekt av MST, har vi lite kunnskap om behandlingen sett fra et brukerperspektiv.

1.1 Om multisystemisk terapi

1.1.1 Teoretisk og empirisk grunnlag

MST er utviklet av professor Scott W. Henggeler og kolleger ved Medical University of South Carolina i USA (Henggeler et al., 2000). Metoden er i hovedsak forankret i Uri Bronfenbrenners sosialøkologiske teori (Henggeler & Schaeffer, 2016). I denne teorien sammenlignes individets miljø med en russisk dukke, der de ulike lagene representerer ulike systemer på ulike nivå (eksempelvis familie, venner, skole og nabolag), og der ungdommen selv befinner seg i midten (Bronfenbrenner, 1979). Ungdommens atferd anses som et resultat av gjensidig påvirkning i samspillet mellom ungdommen og dets miljø. Eksempelvis kan endringer og tilrettelegging på skolen bidra til bedre fungering i familien. Et viktig poeng er at atferden til ungdommen kan påvirkes av miljøer og personer som de selv ikke er i direkte kontakt med, slik som foreldrenes arbeidsforhold (Henggeler et al., 2000). I den sosialøkologiske modellen vektlegges økologisk validitet, noe som innebærer at ungdommens atferd best kan forstås når den studeres i sin naturlige kontekst (Henggeler et al., 2013).

I likhet med Bronfenbrenners teori, tar endringsteorien i MST utgangspunkt i systemene ungdommen er en del av, og risikofaktorer knyttet opp til disse. Ungdommens omsorgspersoner anses som viktigste endringsaktør. MST-terapeuten arbeider med å styrke omsorgsgivers ressurser og ferdigheter, slik at foreldre i større grad klarer å følge opp og veilede ungdommen. Terapeuten bistår foreldrene i å utforme intervensjoner som kan hjelpe ungdommen til å få det bedre i ulike deler av livet. Prososiale venner, engasjerte og ressurssterke foreldre, og en god skolesituasjon anses som viktige bidragsyttere til økt prososial atferd hos ungdommen (Henggeler et al., 2013).

Endringsteorien i MST har hentet støtte fra ulike typer empirisk forskning. Studier har blant annet vist at en rekke faktorer på ulike nivåer spiller inn i utviklingen av atferdsvansker, eksempelvis skole, venner, familie, nabolag og individuelle faktorer (Boden, Fergusson & Horwood, 2010). En longitudinell studie fant ulike risikofaktorer knyttet til antisosial atferd, deriblant impulsivitet, lave skoleprestasjoner, lite tilsyn fra foreldre, straffende eller uklar disiplin fra foreldre, antisosiale jevnaldrende og konflikter i familien (Farrington, 2005).

1.1.2 Behandling og kliniske intervensjoner

Det teoretiske og empiriske grunnlaget har direkte påvirket utformingen av behandlingen og intervensjonene i MST. Metodene retter seg mot risikofaktorer i ungdommens miljø, og fokuserer på å styrke ressursene i de ulike systemene. MST er beskrevet gjennom en detaljert behandlingsmanual, som også er oversatt og tilpasset norske forhold (Henggeler et al., 2013). Utformingen av intervensjonene i MST er basert på ni behandlingsprinsipper som utgjør terapimodellens fundament. Prinsippene er også en mal som MST-intervensjonene kan måles opp mot i vurdering av behandlingsintegritet. Målet er å sikre høy behandlingsintegritet, noe som innebærer at behandlingsmodellen i størst mulig grad følges av terapeuter, veiledere og konsulenter i MST (Henggeler et al., 2013). Behandlingsintegritet (fidelity) viser seg å være en viktig prediktor for behandlingsutfall, noe som styrker endringsteoriens empiriske belegg (Henggeler & Schaeffer, 2016).

I tillegg til behandlingsprinsippene har terapeuten flere verktøy og strategier, blant annet en analyseprosess som opprettholder fokus på ungdommens og familiens resultater, en hjemmebasert tjenestemodell, fortløpende opplæring og støtte av MST-terapeutene, og papirarbeid som støtter opp under kliniske mål (Henggeler et al., 2013). Da behandlingen adresserer risikofaktorer på ulike nivåer, eksempelvis hos individet, i familien, blant jevnaldrende og på skolen, kreves en fleksibel modell med intervensjoner som er

skreddersydd til hver enkelt sak (Henggeler et al., 2000).

Behandlingsprinsipper

Prinsipp 1: Multisystemisk problemanalyse

Hensikten med kartleggingen er å forstå sammenhengen mellom de identifiserte problemene og deres brede systemiske kontekst. En analysesirkel brukes i kartleggingen av miljøet rundt den unge.

Prinsipp 2: Positiv og styrkefokuset

Behandlingen fremhever ressursene og de beskyttende faktorene både hos ungdommen selv og i systemene rundt.

Prinsipp 3: Øke ansvarligheten

Terapeuten hjelper foreldrene med å utøve sitt foreldreansvar på en god og ansvarlig måte. For ungdommene handler det om å opptre ansvarlig i tråd med familiens og samfunnets regler.

Prinsipp 4: Her og nå-fokusert behandling

Behandlingen tar utgangspunkt i situasjonen her og nå, og intervensjonene er handlingsorienterte med klare definerte mål.

Prinsipp 5: Fokus på atferdssekvenser

Intervensjoner rettes mot atferdssekvenser innen eller mellom flere systemer som virker opprettholdende for de identifiserte problemene. Eksempelvis kan atferd på skolen påvirke og påvirkes av handlinger hjemme eller blant venner.

Prinsipp 6: Tilpasset utviklingsnivå

I utformingen av intervensjoner tar man hensyn til den unges alder, modenhetsnivå og utviklingsmessige behov.

Prinsipp 7: Daglig eller ukentlig innsats av familiemedlemmene

Behandlingstiden i MST er kort, og problemene vil løses raskere om alle parter kontinuerlig arbeider for å nå behandlingsmålene.

Prinsipp 8: Kontinuerlig evaluering og ansvarliggjøring

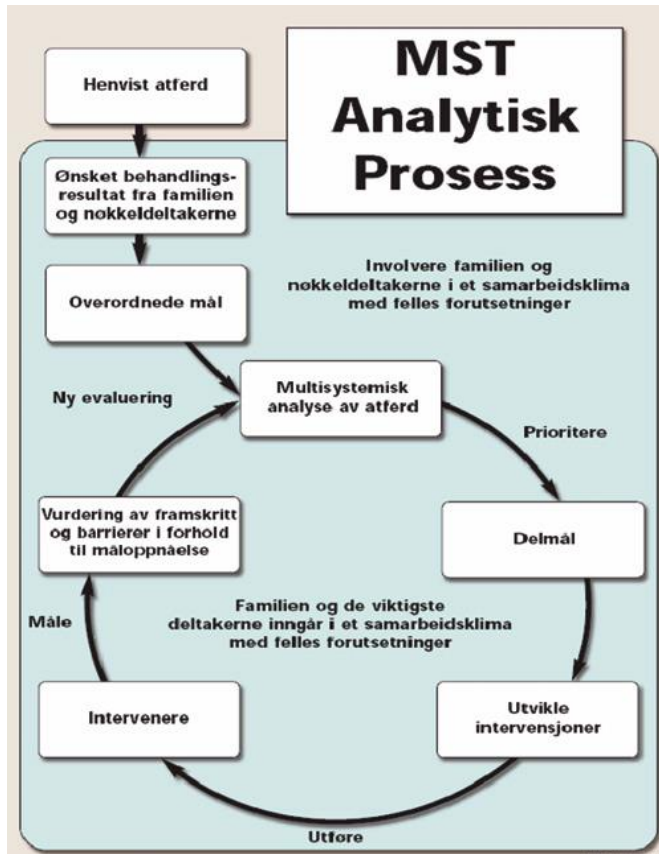
Terapeuten evaluerer behandlingen kontinuerlig fra ulike perspektiver, for å se i hvilken grad intervensjonene er effektive nok. Tjenesteyter står ansvarlig for å overvinne hindre for vellykket behandling

Prinsipp 9: Generalisering

Intervensjoner utformes for å fremme generalisering og varige behandlingsresultater ved at foreldrenes ressurser styrkes, slik at de kan håndtere familiens behov i flere ulike systemiske kontekster (Henggeler et al., 2013; Ogden, 2002).

Analyseprosessen i MST

I tillegg til de ni behandlingsprinsippene i, er den analytiske prosessen et kjerneelement i behandlingen. Prosessen gir retning i planleggingen og intervensjonene som utformes. Henvisningen danner grunnlag for målene i behandlingen. Familien og andre involverte blir enig om ønsket behandlingsresultat og felles mål for behandlingen. Deretter gjøres en multisystemisk analyse av problematferd, med utgangspunkt i opprettholdende faktorer i de ulike systemene som ungdommen er en del av. Ut fra denne analysen lages det en liste over delmål, og realistiske intervensjoner utformes for å nå disse. Eventuelle fremskritt og barrierer for måloppnåelse identifiseres. Terapeuten vil deretter gå tilbake til analysesirkelen for å se om intervensjonene hadde ønsket effekt. Om dette ikke er tilfelle vil det bli gjennomført en ny analyse. Den analytiske prosessen er illustrert i Figur 1 (Christensen & Mauseth, 2007; Henggeler et al., 2013).



Figur 1. Den analytiske prosessen i MST.

Kliniske intervensjoner

De kliniske intervensjonene retter seg mot de ulike risikofaktorene i systemet. Ulike tilnærminger benyttes, fra blant annet familierapeutiske retninger og mer individrettede evidensbaserte teknikker (Henggeler, 2011).

Foreldre-barn-relasjonen prioriteres alltid først i MST-arbeidet. Intervensjoner i familien tar særlig sikte på å hjelpe foreldrene til å utvikle og bruke ressurser og ferdigheter slik at de kan fungere effektivt som foreldre. Et annet viktig innsatsområde er at foreldre møter den unge med forståelse. Dette kan gjøres gjennom veiledning av foreldre, og at foreldrene oppfordres til å tilbringe mer tid sammen med ungdommen. Det er også viktig at foreldrene får hjelp til å endre det negative bildet de kan ha fått av ungdommen etter lang tid med konflikt og negative samspillsmønstre (Mauseth, 2016, s. 237).

Intervensjoner blir ofte rettet inn mot jevnaldrende og skole. Om ungdommene har venner med negativ innflytelse, kan terapeuten hjelpe foreldrene til å oppmuntre ungdommen til å

omgås andre jevnaldrende og legge til rette for kontakt med prososiale venner. Mange av ungdommene som henvises til MST har også vansker knyttet til skolen, som dårlig motivasjon og skulking. Terapeuten kan for eksempel bistå foreldrene i kommunikasjonen med skolen, og hjelpe dem til å støtte ungdommen i skolearbeidet (Henggeler et al., 2013).

Som nevnt er hovedfokuset i behandlingen på omsorgsgiver. Likevel kan intervensjoner settes inn ovenfor ungdommene for å få til endring. MST-terapeuten kan benytte seg av en rekke intervensjonsprogrammer for ungdom, som enkelt kan flettes inn i de andre intervensjonene rettet til familie, venner og skole. Dette kan for eksempel være problemløsningsstrategier, å styrke ungdommens sosiale ferdigheter, eller å hjelpe dem til å stå imot negativt press fra jevnaldrende (Henggeler et al., 2013).

Traumatiske opplevelser og utviklingstraumer kan bidra til utviklingen av atferdsvansker (Henggeler et al., 2013). Kartlegging av traumatiske erfaringer og symptomer (KATES), ble innført som standard kartlegging i alle MST-saker i 2015 (N. Tollefsen ved NUBU, personlig kommunikasjon, 1. april, 2019). I behandlingsmanualen omtales strategier som kan benyttes i forbindelse med håndtering av traumerelaterte symptomer hos ungdom, eksempelvis affektregulering, kognitiv mestring og prosessering, samt psykoedukasjon og styrking av foreldreferdigheter (Henggeler et al., 2013).

En fleksibel hjemmemodell

MST anvender en hjemmebasert modell. Den økologiske validiteten av behandlingen økes ved at kartleggingen og utredning av problemet gjøres i omgivelsene der problemet opptrer. Behandlingen skjer både på skolen, hjemme og i andre nærområder. Behandlingen er intensiv med hyppige møter og telefonkontakt mellom familien og terapeuten, og avsluttes som regel etter tre til fem måneder. MST-terapeuter er tilgjengelig for familien 24 timer i døgnet, 7 dager i uken (Henggeler, 2011).

At MST er hjemmebasert, viser seg å ha flere fordeler: Terapeuten kan være tilgjengelig om det skulle oppstå en krise eller andre hindringer som kan påvirke behandlingen negativt. Ved å møte familien på hjemmebane viser også terapeuten engasjement og respekt, som kan smitte over til familiemedlemmene (Henggeler et al., 2000).

1.2 Forskning på MST

MST er en evidensbasert og grundig evaluert behandlingsform (Henggeler & Schaeffer, 2016). MST-behandling har blant annet vist seg å redusere internaliserende og eksterntaliserende vansker hos ungdom (Borduin et al., 1995; Letourneau et al., 2009), færre konflikter og fiendtlighet i familien, samt økt støtte og bedre samhold i familien (Borduin et al., 1995). Effekten av MST på atferdsvansker og kriminalitet hos ungdom er videre påvist å vedvare i voksen alder (Sawyer & Borduin, 2011).

Flere metastudier er gjort på effekten av MST, der den nyeste inkluderer 22 effektstudier. Studien finner små, men signifikante behandlingseffekter på blant annet utfallsmål som psykopatologi, stoffmisbruk, omgang med negative venner, familiefungering og plassering utenfor hjemmet (Van der Stouwe, Asscher, Stams, Deković & Van der Laan, 2014). En systematisk forskningsoversikt fra Nordisk Campell Center har undersøkt effekt av MST på atferdsproblemer og sosiale og emosjonelle vansker i alderen 10–17 år. Forskningsoversikten inkluderer åtte evalueringer fra USA, Canada og Norge. Forfatterne konkluderer med at MST ikke er mer gunstig enn andre tiltak for ungdom med atferdsproblemer (Littell, Campbell, Green & Toews, 2005). Ogden og Hagen (2006a) har imidlertid hevdet at oversikten ikke er god nok til å begrunne effekten av MST, da den inneholder få og upubliserte studier (Ogden & Hagen, 2006a).

MST er også studert i Norge. Den første norske studien viser at ungdom som har mottatt MST-behandling har signifikant nedgang i internaliserende og eksterntaliserende vansker, samt bedret sosial kompetanse. Studien viser også at MST forebygger plassering utenfor hjemmet (Ogden & Halliday-Boykins, 2004). Oppfølgingsstudien to år senere viser vedvarende resultater. Sammenlignet med andre tilbud innenfor barneverntjenesten viser MST bedre resultater: Ungdommene som har mottatt MST skårer blant annet signifikant lavere på utfallsmål knyttet til atferdsvansker og lovbrudd (Ogden & Hagen, 2006b).

En nylig utført metastudie har funnet små til moderate sammenhenger mellom allianse og positive utfall i terapi for barn og unge generelt (Karver, De Nadai, Monahan & Shirk, 2018). Variasjoner i funn mellom studier viser seg å være knyttet til blant annet type problem hos den unge, og terapiform (Karver et al., 2018). På grunnlag av slike funn har det vært viktig å studere alliansemål også i MST-behandling. To studier har undersøkt hvordan den terapeutiske alliansen kan virke inn i behandlingen i MST (Glebova, Foster, Cunningham,

Brennan & Whitmore, 2018; Granic et al., 2012). Den førstnevnte har undersøkt alliansen mellom omsorgsgiver og MST-terapeut, mens sistnevnte også inkluderer alliansen mellom ungdommen og terapeuten. I den sistnevnte studien er kun det emosjonelle båndet ved alliansen mellom ungdommen og terapeuten utforsket (Glebova et al., 2018). Studien fant at styrken på båndet til terapeuten ikke var signifikant relatert til behandlingsutfall. Flere potensielle forklaringer på dette funnet er diskutert av forfatterne, blant annet at båndet til terapeuten muligens er av mindre betydning i MST, da omsorgsgiver anses som den viktigste endringsagenten, og fordi den unge i mindre grad må involveres i behandling. En annen forklaring som er fremsatt, er at kun båndet til terapeuten er undersøkt, og ikke de resterende komponentene i alliansebegrepet. Forfatterne konkluderer med at alliansen mellom ungdommen og terapeuten i MST-behandling bør undersøkes nærmere i fremtidig forskning (Glebova et al., 2018).

Det foreligger to nyere kvalitative studier av brukererfaringer av MST hos foreldre og ungdommer. I den første er 21 foreldre og 16 ungdommer intervjuet to måneder etter avsluttet behandling (Tighe, Pistrang, Casdagli, Baruch & Butler, 2012). Hovedfunn fra intervjuene med ungdommene er blant annet at de utvikler prososiale ambisjoner for fremtiden, og at de i større grad reflekterer rundt hvilke negative konsekvenser deres atferd kan ha på dem selv og deres foreldre. Den terapeutiske alliansen fremstår som sentral i ungdommenes opplevelse, og flere opplever det som godt å kunne dele sine problemer og bekymringer med terapeuten. Ungdommene forteller også om færre konflikter i familien, og at foreldrene forstår dem i større grad. På bakgrunn av dette konkluderer forfatterne med at deres funn støtter endringsteorien i MST (Tighe et al., 2012). Det er i 2015 gjort en tilsvarende studie, der åtte ungdommer og deres foreldre er intervjuet om sine erfaringer med MST (Paradisopoulos, Pote, Fox & Kaur, 2015). Også her fremhever ungdommene den terapeutiske alliansen som betydningsfull. De føler seg respektert og lyttet til, og trekker særlig frem terapeutens fleksibilitet og varme. Slike terapeutegenskaper gjør at ungdommene blir trygge på terapeuten, og bidrar til at ungdommene ønsker å ta imot strategier og teknikker fra terapeuten (Paradisopoulos et al., 2015).

Med utgangspunkt i den kvalitative studien til Tighe og kollegaer (2012), er det skrevet en hovedoppgave med formål å undersøke norske foreldres erfaringer med MST (Bond, 2017). Ut fra intervjuene i denne studien fremstår den terapeutiske alliansen som avgjørende for en vellykket prosess. Foreldrene forteller at relasjonen mellom ungdommen og terapeuten også

er av stor betydning i terapiprosessen, selv i de sakene ungdommene ikke har vært særlig involvert i behandlingen. Dette er typisk tilfeller som hadde endt med tvangsplassering eller begrenset måloppnåelse (Bond, 2017).

Disse resultatene står noe i kontrast til erfaringene som formidles fra Forandringsfabrikken. Forandringsfabrikken har deltatt i det offentlige ordskiftet om MST, og levert kritiske vurderinger av hvordan behandlingen erfares i praksis. Forandringsfabrikken er et norsk kunnskapssenter som jobber for at hjelpesystemene og skolen skal bygges på kunnskap fra barn og unge om hva som er nyttige tjenester (Forandringsfabrikken, 2018). I en undersøkelse gjort av Forandringsfabrikken uttaler en ungdom seg slik om MST:

«Det ble bestemt regler for meg uten at jeg visste det, før de ble bestemt. Følte bare de kom inn i hjemmet og tok kontroll. Det ble et belønningssystem hvis jeg klarte målene, men det var ikke mål som jeg trodde på.» (Forandringsfabrikken, 2018)

Det foreligger ingen kvalitative forskningsstudier på ungdommenes erfaringer med MST i Norge i dag. De negative brukererfaringene fra Forandringsfabrikken tydeliggjør viktigheten av å innhente kunnskap om hvordan MST oppleves for mottakerne av behandlingen.

1.3 Studiens målsetting og problemstilling

Til tross for omfattende implementering og evaluering av MST, foreligger det fortsatt få studier som undersøker hvordan MST oppleves for mottakerne av behandlingen. Studier av brukerperspektiver kan belyse andre sider ved behandling enn studier som evaluerer tiltak i form symptomreduksjon og oppnådde behandlingsmål. Brukerperspektiv gir et innblikk i hva mottakeren selv vektlegger i behandlingsprosessen. Slike undersøkelser kan gi nyansert og kontekstualisert dybdekunnskap om opplevde endringsprosesser. Videre er brukermedvirkning en lovfestet rettighet innenfor psykisk helsevern, og brukerevaluering av et tjenestetilbud er et virkemiddel for å styrke slik medvirkning (Berge, Vedlog & Ekern, 2011). Å intervju ungdommer som mottar tilbudet er en god metode for å få tilgang til et slikt brukerperspektiv (Magnusson & Marecek, 2015).

Med denne intervjustudien ønsker vi å undersøke MST fra et ungdomsperspektiv i en norsk kontekst. Vårt formål er å få mer detaljert kunnskap om hvordan behandlingen oppleves for de unge mottakerne. Vi er særlig opptatt av hvordan ungdommene involveres i behandling og

deres opplevelser av terapeuten, i lys av kunnskap om viktigheten av terapeutisk allianse for positivt terapiutfall. Forskningsspørsmålene som dannet grunnlaget for studien var:

- Hva kjennetegner ungdommenes opplevelser av MST-behandlingen?
- Hva trekker de frem som viktig og nyttig i sine vurderinger av MST?

Resultatene diskuteres opp mot MST-teori, tidligere forskning og annen psykologisk teori. Kunnskapen fra denne undersøkelsen kan bidra til å forstå spesifikke aspekter ved intervensjonene bedre, og kan potensielt bidra til å forbedre og tilpasse behandlingen til ungdommens behov. Slik kunnskap kan gi relevant informasjon til behandlende instans, Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir), og Nasjonalt utviklingssenter for barn og unge (NUBU), som har ansvaret for implementeringen i Norge.

2 Metode

2.1 Teoretisk forankring

2.1.1 Kvalitativ metode

Kvalitativ forskning kan defineres som måter å beskrive, utforske og forstå meningene i menneskelig opplevelse og interaksjon, gjennom systematisk innsamling av observasjoner og utforskende dialog (Binder et al., 2016; Malterud, 2001). Innenfor behandlingsforskning gjør kvalitative metoder det mulig å høre klientenes stemme og tilbyr en forståelse av hva behandling betyr og hvordan det oppleves for den enkelte klient. Dette appellerer til mange forskere, fordi forskningen ligger nærmere de faktiske menneskelige erfaringene og fenomenene i terapi sammenliknet med kvantitativ forskning (McLeod, 2013). Kvalitative metoder blir i økende grad anerkjent som viktige vitenskapelige bidrag (Binder et al., 2016), særlig der det foreligger lite forskning fra før (Patton, 1990). Ettersom vårt formål med studien var å undersøke ungdommenes subjektive opplevelser av MST-behandling og det foreligger lite forskning basert på ungdommenes opplevelser, anså vi en kvalitativ tilnærming som best egnet.

I det kvalitative forskningsintervjuet ber intervjueren deltakerne fortelle om, og forklare seg selv og sin opplevelsesverden, slik at dette gjøres mer tilgjengelig for den utenforstående. Intervjuet er dermed en god inngangsport til økt forståelse av folks personlige erfaringer og meningsdannelse, noe som kan være vanskelig å få tilgang til gjennom andre metoder (Magnusson & Marecek, 2015).

2.1.2 Epistemologiske betraktninger

Forståelsen av hva kvalitativ forskning har som mål å oppnå, samt diskusjonen av gyldigheten av kvalitative metoder henger sammen med epistemologiske antakelser som ligger til grunn for forskningen (McLeod, 2013). Epistemologi er filosofien om kunnskap, og omfatter spørsmål om hva kunnskap er og hvordan den oppnås (Kvale & Brinkmann, 2015). Psykologi har lenge vært dominert av et positivistisk vitenskapssyn, der målet er å oppnå objektiv

kunnskap observert via generelle metoderegler, representert som generaliserbare regelmessigheter og kausalforklaringer (Elliott, Fischer & Rennie, 1999). Konstruktivismen utfordrer positivismen ved å hevde at den objektive sannhet er uopnåelig, og at mennesker kontinuerlig konstruerer sin sosiale virkelighet. I dag har motsetningene mellom ulike epistemologiske tilnærminger blitt mindre, og psykoterapiforskningen har i større grad beveget seg mot metodologisk pluralisme der forskere forsøker å integrere kunnskap fra ulike paradigmer (McLeod, 2013). Vår epistemologiske posisjon er i tråd med Avis (2005), der virkeligheten anerkjennes som sosialt konstruert, samtidig som hendelser anerkjennes som reelle og observerbare gjennom ulike metoder. Hvilke dimensjoner som vektlegges i et forskningsprosjekt vil avhenge av hva forskeren ønsker å undersøke.

Ulike vitenskapsteoretiske tilnærminger innenfor kvalitativ forskning har ulike forestillinger om intervjuet. Fenomenologien peker på interessen for å forstå sosiale fenomener ut fra personenes egne perspektiver og beskrive verden slik den oppleves for informantene, ut fra forståelsen om at den virkelige virkeligheten er den mennesker oppfatter (Kvale & Brinkmann, 2015). Vår studie er inspirert av fenomenologien da vi ønsker å illustrere hvordan ungdommene opplever fenomenene i sin livsverden. I fenomenologiske tilnærminger er det et mål å komme så nær som mulig en presis beskrivelse av hva mennesker har opplevd. Samtidig som vi etterstreber slike presise beskrivelser anerkjenner vi intervjuet som en sosial praksis. Dette innebærer at intervjuer og informant inngår i en aktiv sosial kunnskapsproduksjonsprosess i tråd med sosialkonstruktivistisk tenkning. Et syn på intervjuet som verktøy for å innhente rene og objektive rapporter om fortiden, blir således problematisk. Likevel bestrider vi ikke at informanter kan fortelle om mer eller mindre eksakte reelle erfaringer de har hatt. I denne studien plasserer vi oss dermed i en slags mellomposisjon, informert av synet på intervjuet som både verktøy og sosial praksis, i tråd med Kvale og Brinkmann (2015).

2.1.3 Faglig ståsted og forventninger til funn

Med visshet om forfatternes egne bidrag i forskningsprosessen vil det bli gjort rede for eget ståsted og forforståelse, i tråd med prinsippet om å «eie sitt perspektiv» (Elliot et al., 1999). Begge forfatterne var på forhånd opptatt av hvordan kontekstuelle faktorer påvirker barn og unges psykiske helse. Begge har erfaring med ungdomsarbeid innenfor psykisk helsevern gjennom ulike jobber, henholdsvis i BUPA og Treatment Foster Care Oregon (Bufdir). Vi har

også erfaringer fra utvekslingsopphold i Sør-Afrika, der vi ble ekstra oppmerksomme på hvordan kontekstuelle og systemiske forhold som fattigdom, diskriminering og familieforhold påvirker unge menneskers psykologiske fungering. Våre erfaringer, verdier og antakelser knyttet til viktigheten av et systemisk fokus i behandling av barn og unge kan ha påvirket vår forståelse av funnene i denne studien.

Vi har begge hatt internpraksis på klinikk for dynamisk terapi ved psykologisk institutt. Den ene har hatt mer erfaring med kognitivt orienterte terapiformer. Til tross for noe ulik klinisk erfaring var vi samstemte i vårt mål med studien: å utforske MST fra ungdommens perspektiv. Fra før har vi fått en kort innføring i MST på 9. semester på profesjonsstudiet, der vi ble positive og nysgjerrige til behandlingsformen. Samtidig var den ene forfatteren noe skeptisk til MST i utgangspunktet, da slik manualbasert behandling kunne tenkes å påvirke modellens fleksibilitet. I tillegg savnet hun kunnskap om hva ungdommene selv syntes om MST.

Basert på MSTs gode empiriske støtte, forventet vi at flere ungdommer ville kunne peke på positive utfall etter behandling. Samtidig hadde vi en forventning om at deltakerne muligens ville rapportere om noe begrenset mulighet til å kunne bestemme og bli hørt i behandling, noe behandlingen er blitt kritisert for. Begge forventet også at fellesfaktorer slik som terapeutens evne til empati og etablering av allianse ville være av betydning. Vårt utgangspunkt var derfor preget av både skepsis, positivitet og nysgjerrighet.

2.2 Prosedyrer og metodevalg

2.2.1 Semistrukturert intervju

Semistrukturert intervju ble vurdert som hensiktsmessig metode for å belyse vår problemstilling. De åpne spørsmålene tillater rike og komplekse beskrivelser, samtidig som formen begrenser intervjuet til temaer som anses som relevante for vårt forskningsspørsmål, og holder intervjuet innenfor en ønskelig tidsramme (Magnusson & Marecek, 2015).

2.2.2 Intervjuguide

Hovedområdene i intervjuguiden i studien av Tighe og medforfattere (2012), ble brukt som utgangspunkt for vår intervjuguide. Dette ble vurdert som hensiktsmessig da studien av Tighe og kolleger (2012) utforsker ungdommers erfaringer med MST. Vi ønsket å formulere spørsmål som var tilstrekkelig åpne, nøytrale og samtidig tydelige og konkrete.

Intervjuguiden ble kritisk gjennomgått og endret i flere omganger av forfatterne, i samarbeid med veilederne, MST-ledere og terapeuter i de aktuelle MST-teamene. Dette ble gjort for at spørsmålene skulle være så godt tilpasset ungdomsgruppen som mulig. Intervjuguiden består av åpne spørsmål fokusert på fire hovedområder: 1) generell/overordnet opplevelse av MST, 2) involvering av ungdommen, 3) erfaringer med terapeuten 4) opplevelse av endringsprosesser. I tillegg ble det spurt om opplevelse av avslutning av behandlingen mot slutten av intervjuet. (Se vedlegg A for intervjuguide). Vi var fleksible rundt rekkefølgen av spørsmålene i intervjuguiden, og det ble stilt oppfølgingsspørsmål der det var naturlig.

2.2.3 Rekruttering

Av hensyn til hva som synes å være et rimelig antall informanter for en kvalitativ studie innen rammen for en hovedoppgave, ønsket vi et utvalg på minst seks informanter i aldersgruppen 12–18 år. Inklusjonskriterier var at ungdommen hadde fullført behandlingen, og at det ikke hadde gått mer enn et år siden fullført behandling. Vi fulgte en metningstenkning med en åpen rekrutteringsprosess, der vi åpnet for å kunne rekruttere flere informanter og gjenoppta prosessen hvis det ville vise seg at disse seks ga et for tynt materiale.

Informantene ble rekruttert gjennom regionale MST-team på det sentrale Østlandet. MST-ledere for tre ulike team tok kontakt med ungdommene. Ungdom som sist hadde fullført behandling ble kontaktet først, med den begrunnelse at disse vil huske best. Ungdommen ble kontaktet uavhengig av behandlingsutfall og terapeutenes oppfatning av hvem som kunne bidra mest med refleksjoner, for å få et så rikt bilde av positive og negative erfaringer med MST som mulig. Seks terapeuter fra de ulike teamene ble trukket ut basert på de som hadde saker som nylig var fullført. Vi fulgte en prosedyre som gikk ut på at hvis en ungdom takket nei til deltakelse, ble neste ungdom som sist fullførte behandling kontaktet. Flere ungdommer som ble kontaktet ønsket ikke å delta, og to ungdommer trakk seg etter å først ha takket ja.

MST-lederne kontaktet ungdommen, og ga informasjon per telefon i henhold til informasjonsskriv og samtykkeerklæring (Se vedlegg B). Den aktuelle MST-leder kjente allerede ungdommen, og hadde taushetsplikt. For ungdom under 16 år måtte foreldre kontaktes først. Der foreldrene sa nei, ble ikke ungdommen kontaktet. Det var en forutsetning at ungdommen selv samtykket i tillegg til foreldrene. Ungdommen og eventuelt foreldrene fikk mulighet til å stille spørsmål over telefon. Det krevdes et muntlig samtykke over telefon før undertegnede fikk kontaktinformasjonen til ungdommen/familien via telefon fra MST-leder. Kontaktinformasjonen ble skrevet ned og oppbevart i låst arkivskap/safe på UiO, for å sikre konfidensialitet. Undertegnede kontaktet ungdommen for å avtale sted og tid for intervjuet.

Frivillighet var en viktig forutsetning for studien, og ungdommenes underskrift på informasjonsskriv og samtykkeerklæring måtte foreligge før intervjuene kunne gjennomføres. I forkant av intervjuene passet vi på å sjekke med ungdommene om de hadde forstått innholdet i infoskrivet og samtykkeerklæringen, og forklarte innholdet til de som var usikre. Der ungdommen var under 16 år måtte også foreldrene skrive under på informasjonsskriv og samtykkeskjema. Informantene ble tilbudt et gavekort på kroner 500 for deltakelse. Gavekortet ble gitt uavhengig av om informanten trakk seg fra studien, noe det ble opplyst om i informasjonsskrivet.

2.2.4 Utvalg

Det endelige utvalget som ble intervjuet bestod av seks ungdommer som hadde fullført MST-behandling. Vi valgte å avslutte datainnsamlingen etter å ha analysert de seks intervjuene da vi vurderte materialet som tilstrekkelig rikt, samt grunnet tidsrammene for studien. Materialet inneholdt da ulike fortellinger om behandlingsprosessen med MST og ulik problematikk, samtidig som mange sentrale poeng gjentok seg. For å ivareta konfidensialitet ble det innhentet begrenset informasjon om ungdommene og deres familier. Registrert informasjon var kun kjønn, alder og omsorgssituasjon for ungdommen. Det var tre jenter og tre gutter i utvalget, og alder ved intervjutidspunktet var mellom 13 og 18 år. Gjennomsnittsalderen var 15,5 år. Alle ungdommene bodde hjemme under MST-behandlingen og på intervjutidspunktet, med ulike omsorgssituasjoner. To av ungdommene bodde med den ene forelderen, tre bodde med begge foreldrene og en hadde delt fast bosted 50/50 med foreldrene. Ungdommene var rekruttert fra tre forskjellige MST-team i Oslo og omegn.

2.2.5 Gjennomføring

Intervjuene ble utført i perioden 14.11.18 - 21.12.18, på MST-kontorene ungdommene tidligere hadde vært i kontakt med. Vi fordelte intervjuene mellom oss, slik at vi gjennomførte tre intervjuer hver. Under pilotintervjuet var begge tilstede, den ene som observatør, slik at vi kunne diskutere mulige endringer i intervjuguiden og etterstrebe at vi var noenlunde samkjørte i intervjusituasjonen. Etter pilotintervjuet ble det lagt til et spørsmål om hvordan MST opplevdes sammenliknet med andre tiltak, samt hvordan ungdommene opplevde det at MST trakk seg ut.

Intervjuene ble tatt opp på en digital båndopptaker. Lydfilene ble overført til og lagret i Tjenester for Sensitive Data (TSD) ved UiO snarest etter intervjuene. Opptaket og transkripter ble ikke merket med navn, men med en kode for å sikre informantenes anonymitet. Koden var knyttet til de ulike informantene og intervjuet gjennom en navneliste. Kodeliste (koblingsnøkkel) ble oppbevart i safe på Psykologisk institutt på UiO. Dataene ble anonymisert gjennom transkribering og ikke-relevant sensitiv informasjon (herunder eventuelle helseopplysninger) ble fjernet. Intervjuene ble transkribert i TSD.

2.3 Forskningsetiske betraktninger

Etiske problemstillinger preger hele forløpet i en intervjustudie (Kvale & Brinkmann, 2015). Ungdommene som ble intervjuet er både mindreårige og utgjør en sårbar gruppe. Det ble dermed lagt flere etiske overveielser til grunn gjennom hele forskningsprosessen.

Søknad til regional etisk komite (REK) ble vurdert til at prosjektet ikke kom inn under helseforskningslovens bestemmelser, og at det dermed kunne gjennomføres uten REK-godkjenning. (Se svar fra REK i vedlegg C). Prosjektet ble av REK antatt å komme inn under de interne regler for behandling av opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Meldeskjema til Norsk senter for forskningsdata (NSD) ble vurdert til at prosjektet ville være i samsvar med personvernlovgivningen. (Se svar fra NSD i vedlegg D). Godkjenning fra REK og NSD ble vurdert som tilstrekkelig til å kunne starte prosjektet av forskningsetisk komité ved UiO.

Etiske problemstillinger knyttet til planleggingen av studien innebar innhenting av informert samtykke, sikring av konfidensialitet og vurdering av konsekvenser for deltakelse for

ungdommene. Etiske hensyn informerte også valg av intervjumetode, og var viktige i selve intervjusituasjonen. Da det kan være belastende for ungdommene å snakke direkte om sine og familiens problemer, ønsket vi spørsmål som var relativt åpne og som muliggjorde at ungdommene i større grad kunne regulere hvor mye de ønsket å dele. I visshet om sårbarheten rundt flere av temaene i intervjuene passet vi på å ikke presse frem informasjon fra informantene. Det ble gjort tydelig for ungdommen at de hadde mulighet til å trekke seg fra studien når som helst.

Forfatterne er i slutten av psykologstudiene med en kompetanse i å forstå og samtale med mennesker som strever med ulike typer psykologiske problemer. Dette bidro til at de antatte negative konsekvensene for informantene ble vurdert til å være relativt lave, og at eventuelle reaksjoner ville bli fanget opp og ivaretatt. Samtidig kan det oppleves som positivt å få muligheten til å si sin mening om MST og fortelle om sine erfaringer. Våre opplevelser var i tråd med dette, og noen av ungdommene uttalte at det var fint å kunne bidra med kunnskap som potensielt kan hjelpe andre ungdommer og familier som sliter.

2.4 Analyse

2.4.1 Tematisk analyse

I denne studien brukte vi en tematisk analyse for å identifisere, analysere og rapportere mønstre (temaer) på tvers av datamateriale relatert til et forskningsspørsmål (Braun & Clarke, 2013). Vi har valgt metoden fordi den muliggjør å systematisk oppsummere hovedtrekk ved ungdommenes opplevelser, samtidig som den kan gi detaljerte og komplekse beskrivelser av datamaterialet. Braun og Clarke (2006) vektlegger metodes fleksibilitet ved at den kan benyttes på tvers av ulike teoretiske og epistemologiske tilnærminger. Videre valgte vi tematisk analyse da den anses som lett tilgjengelig og gjennomførbar for mindre erfarne forskere og studentprosjekter (Braun & Clarke, 2006).

Vi ønsket å begrense den eksisterende forskningens innflytelse på innsamling og forståelse av eget datamateriale, og valgte derfor å vente med detaljert gjennomgang av litteraturen på feltet, til etter de første fasene av analysen. Da ungdommenes egne opplevelser står i fokus for vår undersøkelse, ble induktiv tematisk analyse vurdert som hensiktsmessig. Dette innebærer at kodingen ikke formes av et forutbestemt teoretisk rammeverk, men at analysen skjer

«bottom up» med utgangspunkt i datamaterialet. Dette muliggjorde en mer åpen tilnærming til materialet, med fokus på hva ungdommene selv trakk frem som viktig. Analysen vil likevel alltid i en viss grad være formet av forskerens kunnskap og eget standpunkt (Braun & Clarke, 2013).

2.4.2 Steg i analyseprosessen

Analysen ble gjort i seks ulike faser, med utgangspunkt i fremgangsmåter beskrevet av Braun & Clarke (2006): 1) Få inngående kjennskap til datamaterialet (familiarizing); 2) generere innledende koder; 3) søke etter temaer; 4) gjennomgå temaer; 5) definere og navngi temaene og 6) produsere en skriftlig rapport. For å unngå en ensidig forståelse av materialet startet vi fasene i analysen hver for oss, før vi kom sammen og diskuterte, for igjen å gå hver til vårt. Prosessen var rekursiv, da vi underveis i analysen forflyttet oss frem og tilbake mellom de ulike fasene ved behov.

Få inngående kjennskap til datamaterialet (familiarizing)

Det ble tatt notater og gjort lydopptak av våre refleksjoner rett etter hvert intervju. Dette inkluderte beskrivelser og sitater som fremstod som betydningsfulle for informantene, og gjennomgående mønstre vi merket oss. Analyseprosessen startet dermed allerede underveis i datainnsamlingen. I refleksjonsnotatene beskrev vi også vår opplevelse av selve intervjusituasjonen og ungdommen, inkludert nonverbal kommunikasjon og andre aspekter som går tapt i lydopptaket, for å gi økt forståelse av informantene og intervjukonteksten i ettertid.

Transkribering gir mulighet til å bli godt kjent med datamaterialet. Intervjuene ble transkribert verbatim. Vi valgte å transkribere intervjuene den andre hadde utført for å få bedre kjennskap til materialet. Vi leste deretter gjennom hverandres transkripter mens vi lyttet til intervjuene, for å sikre enighet om transkriberingen. Det ble tatt notater underveis i for å merke oss aspekter som fremstod som spesielt viktige for ungdommen og mønstre vi merket oss i intervjuene, i tillegg til at vi benyttet oss av refleksjonsnotatene fra selve intervjuprosessen.

Generere innledende koder

Vi gjennomgikk systematisk alle meningsbærende setninger i materialet som kunne være potensielt relevante for vårt forskningsspørsmål, og ga setningene så konsise koder som mulig. Vi kodet halvparten av intervjuene hver, og gjennomgikk samt diskuterte deretter

hverandres koding. Dette var en tidkrevende prosess som resulterte i rekoding. Noen steder ble det lagt til flere koder til samme meningsbærende setning, i tråd med råd fra Braun & Clarke (2006). Deretter sorterte vi datamaterielt utfra de ulike kodene. Etter hvert laget vi analytiske spørsmål til teksten som vi reflekterte rundt underveis. Disse handlet om hvordan involvering, autonomi og agens fremkom i materialet, hva det ville si å bli hørt, ungdommenes egne prosjekter samt forholdet til terapeuten.

Søke etter temaer

Da materialet var ferdig kodet, klippet vi ut alle kodene på papir og søkte etter både overordnede og underordnede temaer blant kodene. I denne fasen benyttet vi oss av ulike visuelle representasjoner av materialet som hjelp til å sortere kodene i ulike temaer. Koder på papirlapper med ulike farger for hver ungdom ble nyttig i dette puslespillet. Vi tegnet tankekart og tentative tabeller for å prøve oss frem i organiseringen av koder. I begynnelsen hadde vi flere tentative temaer representert i et tankekart. Noen av disse var:

«medbestemmelse og involvering», «gode råd til foreldrene», «arbeid med skolen var hjelpsomt», «økt forståelse: terapeuten som troverdig talerør og oversetter», «mer space av foreldrene» og «positivt bilde av terapeuten».

Gjennomgå temaer

I evalueringen av våre tentative temaer vurderte vi temaenes interne homogenitet og eksterne heterogenitet (Bruke & Clarke, 2006) Førstnevnte innebærer at data innenfor et tema henger sammen på en meningsfull måte, mens sistnevnte innebærer at temaene skiller seg fra hverandre på en tydelig og identifiserbar måte. Vi leste deretter gjennom alle transkripsjonene på ny for å undersøke temaenes validitet i forhold til datamaterialet som helhet. Den induktive tilnærmingen innebærer at temaene er sterkt knyttet til selve datamaterialet (Braun & Clarke, 2006). I gjennomgang av temaene ble eksempelvis «arbeid med skolen var hjelpsomt», «gode råd til foreldre», «økt forståelse: terapeuten som troverdig talerør og oversetter», og «mer 'space' av foreldrene», slått sammen til et overordnet tema som omhandlet positive opplevelser knyttet til arbeid med ungdommens omgivelser.

Definere og navngi temaene

I denne fasen arbeidet vi med å identifisere essensen i hvert enkelt tema og undertema. Som en del av prosessen begynte vi å utarbeide et skriftlig utkast med datautdrag i form av sitater knyttet til de ulike temaene. Skrivningen bidro til at det ble tydeligere for oss hva temaer inneholdt, og hva de ikke inneholdt, samt at temaene kunne organiseres til en

sammenhengende og intern konsistent fremstilling med tilhørende meningsfulle narrativer. Fase fem og seks i analyseprosessen flettes således sammen, fremfor å være separate stadier (Braun & Clarke, 2013). Vi endte med tre overordnede temaer med navnene: «Jeg kunne være med å bestemme», «Jeg fikk det bedre da omgivelsene støttet og forstod meg» og «Jeg likte terapeuten».

I den sjette og siste fasen jobbet vi videre med å produsere den skriftlige rapporten, for å kunne gi en konsis, sammenhengende, logisk og interessant fortelling av datamaterialet.

3 Resultater

Materialet som presenteres er anonymisert. Vi benytter oss av fiktive navn og ungdommens reelle alder er endret. Stedsnavn og andre navngitte referanser i ungdommenes miljø, er utelatt. Sitatene ble korrigerert for åpenbare grammatiske feil, samt gjentakelser og fyllord, for å lette lesbarhet og forståelse. Opprinnelig meningsinnhold er ikke endret. Intervjuers stemme er gjengitt i parenteser.

Før og etter MST

Vi har intervjuet seks ungdommer: Maiken, Erik, Fredrik, Anine, Espen, og Lisa, som har fått MST-behandling. På tidspunktet da behandlingen startet, forteller ungdommene at de hadde det vanskelig på ulike måter. Erik (17) og Maiken (16) hadde det «*helt jævlig*», og Lisa (17) var «*på bønn*» i livet. Anine (15) forteller at hun ikke snakket med foreldrene sine, stakk hjemmefra og hadde det dårlig da MST kom inn i bildet. Erik forteller om dårlig selvbilde og manglende selvtillit. Han hadde begynt å skli ut av skolen, slet med rus, psykiske vansker og opplevde at moren hans ikke forstod problemene hans. Lisa, Anine og Maiken hadde mange konflikter og krangler med foreldrene sine, og skulket skolen. Maiken opplevde lite forståelse fra omgivelsene og kjeft fra alle hold, noe som ofte resulterte i frustrasjon og utageringer. Fredrik (12) forteller også om konflikter både med søsken og foreldre. I tillegg opplevde han at foreldrene ble stadig strengere i hjemmet. Espen (14) ble henvist grunnet utageringer, rus og skulking. Han uttrykker at han verken hadde det spesielt bra eller dårlig ved oppstart av MST. Han opplevde at moren hans ikke forstod han, og at hun ikke ga han friheten han trengte.

Alle ungdommene var skeptiske til at MST skulle inn i deres familier, av ulike grunner. Flere hadde dårlige erfaringer med tidligere hjelpetiltak eller opplevde at for mange tiltak var involvert samtidig. Noen var usikre på om MST kunne hjelpe, noen hadde ikke interesse av å snakke om problemer eller å bruke fritiden sin på behandling, mens andre opplevde å ikke ha behov for hjelp.

I dag forteller alle ungdommene at de har det bedre enn ved oppstart av MST. De går på skole eller jobber og har fått det bedre i familien. Erik er nå rusfri og forteller at han har fått selvtilliten og viljestyrken tilbake. Han har fått et bedre forhold til foreldrene sine, og det er

nå lettere å være glad i hverandre i familien. Espen har færre utageringer, er tilbake på skolen og har kuttet ned på sitt rusbruk. Både Maiken, Erik, Fredrik, Anine og Lisa forteller om mindre krangling, nærere relasjoner og bedre samhold hjemme.

Utfra denne studiens formål, blir et sentralt spørsmål dermed: hvordan opplever ungdommene prosessen fra «før» til «etter»? Hvordan kan MST ha bidratt til at de har kommet hit, og hvordan beskriver de sine erfaringer?

Resultatene av analysen oppsummeres i tabell 1. Gjennom analysen kom vi fram til at ungdommenes opplevelser fanges opp av tre temaer med tilhørende undertemaer. Vi har kalt temaene: 1) Jeg kunne være med å bestemme, 2) Jeg fikk det bedre da omgivelsene forstod og støttet meg og 3) Jeg likte terapeuten. Undertemaene fanger opp og utdyper viktige og spesifikke aspekter ved det sentrale organiserende konseptet i hvert tema (Braun & Clarke, 2013).

Tabell 1. Resultater.

Tema	Undertema
Jeg kunne være med å bestemme	<ol style="list-style-type: none"> 1. Behandling med utgangspunkt i ungdommens problemforståelse 2. Verdien av valgfri involvering 3. Intervensjoner presentert som forslag
Jeg fikk det bedre da omgivelsene støttet og forsto meg	<ol style="list-style-type: none"> 1. Foreldrearbeid bidro til positive endringer 2. Tilrettelegging og støtte gjorde skolen til et bedre sted å være
Jeg likte terapeuten	<ol style="list-style-type: none"> 1. Trygg tilgjengelighet 2. En kul og tilpasningsdyktig terapeut 3. Hjelp til å fly på egne vinger

3.1 Jeg kunne være med å bestemme

Det første temaet handler om ungdommenes opplevelse av medbestemmelse i behandlingen. Temaet reflekterer at ungdommene på ulike måter opplevde å bli hørt og at deres meninger var viktige, noe de beskriver som verdifullt. Ordet «kunne» gjenspeiler opplevelsen av å ha muligheten til å involveres og være med å bestemme dersom man ønsket det. Maiken (16) beskriver opplevelsen av medbestemmelse på følgende måte:

«Jeg likte vel egentlig måten de jobbet på. Jeg føler MST hører mer på ungdommen, hører deres meninger. (...) Jeg føler at MST er: hva er det du ønsker, hvordan er det du vil vi skal jobbe, hva er det du vil forbedre?»

På ulike måter opplevde ungdommene medbestemmelse både når det gjaldt hva det skulle jobbes med, hvor mye de skulle involveres og hvordan det ble jobbet, noe som utdypes i undertemaene 1) Behandling med utgangspunkt i ungdommens problemforståelse, 2) Verdien av valgfri involvering, og 3) Intervensjoner presentert som forslag.

3.1.1 Behandling med utgangspunkt i ungdommens problemforståelse

Alle ungdommene forteller at de ble spurt om hvilke ønsker de hadde for behandlingen, noe som beskrives som positivt og betydningsfullt. Flere opplevde at deres problemforståelse var retningsgivende for behandlingsfokus, og i tråd med dette, var det variasjon i behandlingsfokus hos hver enkelt ungdom. Erik (17) opplevde eget rusmisbruk og psykisk helse som sentrale problemer og forteller at han og terapeuten hadde fokus på dette gjennom hele behandlingen. For Fredrik (12) var mors strenge konsekvenser og ustoppelige masing et hovedproblem. Et hovedfokus ble dermed at han og terapeuten samarbeidet om å finne måter de kunne få mor til å forstå han og mase mindre på: *«det var jo mest ... med meg og mamma så var det jo mest at vi skulle få mamma til å ikke mase så mye på meg, for da ble jeg irritert»*.

Maiken beskriver hvordan hennes ønsker og syn på problemene var viktig for hvordan terapeuten gikk frem med arbeidet i familien:

«Vi startet vel egentlig å jobbe med det jeg ville. (I: Hva ville du, da?) Jeg ville egentlig ha slutt på kranglinga med pappa og få han til å faktisk kunne forstå meg. Og

slutte å være så ekstremt streng og sånne ting. Og vi starta med å få pappa til å forstå meg, og så slutta vi med kranglinga.»

Espen (14) var derimot uenig i terapeutens problemforståelse og fokus for behandlingen på visse områder, da han opplevde at hans rusbruk og utagerende atferd ikke stod i stil med alle hjelpetiltakene som ble satt inn. Videre savnet han at MST snakket mer om rus og mindre om utagering. Samtidig bekrefter han at han opplevde at terapeuten lyttet til ham.

3.1.2 Verdien av valgfri involvering

I intervjuene fremkommer det en gjennomgående positiv opplevelse av selv å kunne bestemme grad av involvering i behandling. Flere av ungdommene beskriver hvordan det å bli hørt også innebærer å kunne velge å *ikke* være direkte involvert i samtaler og møter. Valgfri deltakelse fremstår som betydningsfullt, og Anine (15) beskriver at dette var en måte terapeuten tok hensyn på:

«Jeg følte han tok hensyn til ting også, og at han lyttet mer da. (I: Hvordan var det han liksom tok hensyn til ting?) Jeg følte at når ting var vanskelig, og hvis jeg ikke ville snakke om no', så sa han 'greit'»

Flere ungdommer opplevde det som positivt at de ikke ble tvunget til å involvere seg. For Maiken (16) var dette en måte MST respekterte henne på: *«jeg ække veldig glad i å snakke om meg selv sånn egentlig. Så da respekterte de det og tvang meg ikke til å være med på ting jeg ikke ville være med på»*

Det var store variasjoner i hvilken grad hver enkelt av ungdommene ønsket å delta i behandlingen. Espen og Lisa var ikke interesserte i å bruke sin fritid på MST, og de forteller at de ikke kom med mange meninger eller forslag i prosessen. Begge beskriver imidlertid at de opplevde at MST bidro til at ting ble bedre. Lisa (17) forteller at hun ikke var særlig involvert, men understreker at hun ble det der hun ønsket det, eksempelvis på et skolemøte som var viktig for henne.

Fredrik, Maiken, Anine og Lisa uttrykker en holdning om at det var greit at de voksne jobbet uten dem. Maiken beskriver det som stressende å bruke mye tid på møter og syntes dermed det var ålreit å slippe å være med på alt. Ungdommene forteller videre at de fikk vite hva som foregikk på møter de ikke var med på. Anine (15) valgte som regel å ikke delta på møtene, men opplevde likevel å bli inkludert:

«Jeg følte jo at jeg ble inkludert, selv om jeg ikke var med på møter, da. (...) Jeg fikk jo vite hva de hadde snakket om når møtene var ferdig, og på møtene følte jeg meg veldig inkludert fordi de snakka jo om hva som var viktig for meg og hvilke valg jeg ville ta.»

3.1.3 Intervensjoner presentert som forslag

Dette undertemaet omfatter opplevelsen av at intervensjoner, arbeidsmetoder og strategier i behandlingen ble presentert som forslag ungdommene kunne si sin mening om. Både Fredrik, Erik, Anine og Maiken beskriver at terapeuten la frem forslag til hvordan ting kunne gjøres, og de kunne velge å prøve forslagene. At terapeuten kontinuerlig spurte ungdommene om hva de syntes, fremstår som viktig. Flere understreker at de opplevde å kunne si rett ut hva de mente, også hvis de var uenige med terapeuten, og at deres meninger ble tatt på alvor: *«Det var mange av meningene mine som ble ... liksom ... som det ble noe av da» (Fredrik, 12).*

Fredrik forteller videre at han likte at ting ble lagt frem som forslag fremfor forhåndsbestemte regler, for eksempel når det gjaldt endret samværstid med søsteren sin: *«Det var jo sånn, da de spurte om jeg og søsteren min ville flytte, så sa de ikke bare: 'dere skal flytte dere'. De spurte meg om det var greit å prøve det liksom.»*

Maiken (16) hadde opplevd manglende medbestemmelse i et tidligere hjelpetiltak, der hun forteller at beslutninger ble tatt over hodet på henne. I den forbindelse, beskriver hun viktigheten av at MST-terapeuten hørte på henne og kom med forslag til løsninger:

«Jeg tenker det er viktig å sette seg ned og faktisk forstå, og få ungdommen til å forstå at 'jeg er ikke fienden din, jeg er faktisk her for å høre på deg'. Og høre hva den har å si, og jobbe utfra det. Og så komme med forslag; 'vil du at jeg skal ... høres dette ut som en grei løsning?'»

I Espens fortelling, er det kontraster i opplevelsen av medbestemmelse hva gjelder terapeutens arbeidsmetoder. Han bekrefter å føle at hans meninger var viktige, samtidig som terapeuten kunne trumfe gjennom forslag Espen var uenig i. Til tross for uenigheter om metoder, forteller han at han forstod nødvendigheten av tiltakene.

Noen av ungdommene uttrykker misnøye når det gjelder intervensjoner og metoder som ble brukt i behandlingen. Lisa (17) beskriver MST som tregt, grunnet for mye kjedelig skjemautfylling, for mange spørsmål å svare på, samt at opplegget var tidkrevende. Hun

forteller at hun ikke trengte slike metoder, da hun var på sitt «dypeste i livet». Videre beskriver Lisa andre måter hun ønsket MST hadde jobbet på:

«hvis jeg skulle hatt noe annet enn spørsmål, så tror jeg at jeg ville hatt litt mer, hva heter det? Fysisk aktivitet da ... litt mer sånn, ikke bare skrive og snakke, men kanskje tegne litt, tegne følelser. Det gjør jeg mye. (...) Litt sånn: tegne deg selv, mamma og pappa og liksom ... hvor står du da, i livet ditt. Og hva den personen føler og trenger hjelp med.»

3.2 Jeg fikk det bedre da omgivelsene støttet og forsto meg

Alle ungdommene hadde på ulike måter trøbbel med omgivelsene på tidspunktet MST kom inn i bildet. Konflikter, misnøye med de voksnes grensesetting og opplevelsen av å ikke bli forstått, var gjennomgående. For mange var verken hjemmet eller skolen et godt sted å være, og ungdommene forteller hvordan skulking, rus og rømming hjemmefra ble måter å håndtere situasjonen på. Utfra informantenes fortellinger, fremstår behandlingsfokuset på omgivelsene dermed som noe positivt. Arbeid med omgivelsene fremstår også som essensielt for bedring, og dette temaet tar for seg opplevelser knyttet til et slikt systemarbeid.

Samtlige ungdommer opplevde på en eller annen måte at endringer i omgivelsene var hjelpsomt og endringsskapende. Endringer i form av økt forståelse og støtte fra hovedsakelig foreldre og skole, fremstår som sentralt, noe som utdypes i undertemaene: 1) Foreldrearbeid bidro til positive endringer og 2) Tilrettelegging og støtte gjorde skolen til et bedre sted å være.

3.2.1 Foreldrearbeid bidro til positive endringer

Daglig krangling, manglende forståelse og dårlig eller fraværende kommunikasjon, er fremtredende i ungdommenes beskrivelser av forholdet til foreldrene sine ved oppstart av MST. Undertemaet fanger opplevelsen av MSTs arbeid med foreldrene som betydningsfullt og positivt. Foreldrearbeid og foreldrerådgivning står frem som sentralt i ungdommens endringsprosess.

Når det gjelder arbeidet med foreldrene, er det spesielt tre aspekter ungdommene er opptatt av: at fokus på omgivelsene i seg selv var godt, at terapeuten bidro til at foreldrene forstod ungdommen bedre, og at de merket positive konsekvenser av at foreldrene endret seg og justerte grensene overfor ungdommen.

Det første aspektet handler om ungdommenes opplevelse av at systemfokuset i seg selv var verdifullt, noe alle ungdommene uttrykker. For Lisa og Maiken bidro fokuset på foreldrene til mindre skepsis til MST generelt. Lisa likte at terapeuten kom for å jobbe med alle i familien. Hennes utsagn illustrerer hva et slikt fokus kan kommunisere, nemlig at problemene ikke bare er den unges ansvar: *«da følte jeg ikke at det bare var jeg som hadde problemer, da ... Det har alltid bare vært jeg som har problemer. Men nå var det liksom ... mamma og stefaren min, som også skulle være i det her, da.»*

Det andre aspektet, er opplevelsen av at terapeuten bidro til at foreldrene forstod ungdommen bedre ved å fungere som en slags «troverdige oversetter» for dem. Utfra informantenes beskrivelser, synes terapeuten å fremstå som en oversetter ved å gjøre foreldrene i bedre stand til å forstå de unges behov og vansker, samt foreldrenes eget bidrag i problemene. Dette beskrives av de fleste som en nøkkelfaktor i endringsprosessen. Erik (17) forteller hvordan terapeuten bidro til at familien så ting fra hans side: *«Asså, jeg vil vel si at det var først når MST kom inn i bildet at familien så hvor vanskelig alt sammen var for meg, da.»* Videre omtaler han dette som en stor lettelse: *«Altså, det var jo førti kilo rett av ryggen med en gang.»*

Ordet «oversetter» henviser også til ungdommenes opplevelse av å kunne si sin mening og bli hørt av foreldrene gjennom terapeuten. For Espen (14) ble dette en måte han kunne bidra i behandlingsprosessen: *«Jeg følte at jeg kunne bidra med å fortelle henne (terapeuten), sånn at hun kunne fortelle videre til foreldrene mine også ... fikse opp i ting.»* Maiken (16) opplevde også å bli hørt via terapeuten: *«Min stemme ble hørt, selv om det var gjennom noen andre. (...) Han (terapeuten) snakket sikkert med pappa på en annen måte enn det jeg og mamma gjorde, som da fikk pappa til å faktisk forstå det.»*

Terapeuten som «troverdige», representerer opplevelsen av at ungdommene ble tatt mer på alvor og forstått av foreldrene, fordi terapeuten var en utenforstående person med fagkompetanse. I Erik og Fredriks fortellinger, fremstår terapeuten i tillegg som en lagspiller som stod sammen med dem. Erik forteller:

«da vi satt der, vil jeg vel si at terapeuten spilte veldig mye på lag med meg. Når mamma sa ting, så spilte hun mye på lag med meg og liksom sa at ... det Erik sier er jo også viktig. Så det hadde veldig mye å si, for da ser jo mamma også at en fagperson liksom ... som kan det litt mer da, sitter og sier noe, da er det kanskje litt enklere for henne å forstå det. (I: Du følte nesten at du hadde en sånn slags alliert?) Mm. Det var liksom en som alltid stod sammen i kampen med meg.»

Det tredje aspektet, viser til opplevelsen av at foreldrearbeidet førte til merkbare positive endringer i foreldrenes kommunikasjonsmåte, atferd og oppdragelsespraksis. Dette knyttes i stor grad til råd og veiledning foreldrene fikk av terapeuten. Ungdommene beskriver hvordan økt forståelse henger sammen med forbedring av kommunikasjon, økt tillit og nærere relasjoner hjemme. Anine (15) trekker frem bedret kommunikasjon og færre misforståelser i familien som det mest hjelpsomme med MST. Hun forteller:

«Før så forstod vi ikke hverandre fordi det kom liksom rett ut av munnen vår, uten å forklare eller noen ting, eller hva slags følelser vi hadde da. Men nå ... Nå forstå vi liksom hverandre, og forklarer det til hverandre. Og jeg tror kanskje det er litt derfor vi ikke har konflikter også»

Endringene hos foreldrene ser også ut til å ha kunnet bidra til at ungdommene fikk håp om bedring. Maiken beskriver det slik:

«Han (terapeuten) har på en måte vist meg at det faktisk går an å endre ting. (I: Hvordan viste han det, da?) Nei, måten han snakka med pappa på. Og måten det faktisk skjedde endringer. Fordi jeg og pappa har alltid krangla mye. (...) vi har hatt så mange samtaler som familie, men det har aldri funka. Så jeg hadde egentlig gitt opp å prøve å få det til å bli bra mellom meg og pappa. Men når han (terapeuten) kom, så viste det faktisk resultater. (I: Ja, så det viste resultater, det ga deg håp om at her kan det bli en ...) Her kan det faktisk bli en ordentlig familie.»

Flere trekker frem viktigheten av at terapeuten ga foreldrene råd om å justere grensene overfor ungdommen og gi dem mer «space». Lisa, Fredrik og Espen beskriver dette som noe av det viktigste MST bidro med. For Lisa hadde MST en positiv virkning på familien ved at mor fikk råd om å gi henne mer rom:

«Jeg føler mamma har fått mer tillit til meg etter det her, fordi hun liksom har fått ... Hun har fått råd fra dem, om at hun skal slippe meg litt mer sånn ... hva heter det? ... fri, da! I stedet for å liksom passe på meg hele tiden. Så det tror jeg hjelper.»

Lisa nyanserer bildet ved å understreke at noe av bedringen skyldes MST, men absolutt ikke alt. Hun trekker frem at en hovedårsak til at de to fikk det bedre, var at hun og moren flyttet til et nytt sted.

3.2.2 Tilrettelegging og støtte gjorde skolen til et bedre sted å være

Flere av ungdommene skulket og hadde begynt å skli ut av skolen på tidspunktet MST kom inn. Dette undertemaet handler om opplevelsen av at tilpasning og støtte på skolen, bidro til at det ble lettere å komme dit og være der. Både Fredrik, Maiken, Anine, Espen og Lisa forteller om ulike måter de fikk hjelp på skolen. Flere knytter bedret skolesituasjon delvis til MST, eksempelvis gjennom skolemøter og tilrettelegging. Undertemaet favner også opplevelsen av at økt innsikt og egeninnsats, uavhengig av MST, var avgjørende for bedring av skolesituasjon.

Lisa forteller at hun nå er på skolen hver dag og trekker frem tilrettelegging som hjelpsomt i perioden hun var i kontakt med MST:

«(I: Var det noe du liksom kan huske at du synes var til god hjelp?) Da vi hadde møte liksom. Han fra MST, mamma og jeg og de på skolen, sånn at de skulle legge til rette for at jeg hadde lyst til å være der.»

For Fredrik var oppfølging på skolen noe han likte med MST:

«(I: Er det noe annet du kommer på, som du likte med MST?) De passet på at jeg skulle få det jeg skulle på skolen og sånn. Det var en gang jeg skulle ha sånn ukeplan, som jeg ikke skulle ha, men så hjalp de meg med det, så det gikk fint.»

En gjennomgående opplevelse for flere av ungdommene, er at oppmøte og prestasjon på skolen var knyttet til grep de tok selv, uavhengig av MST, inkludert økt egeninnsats og innsikt. Både Anine, Erik, Lisa og Espen beskriver at endrede tanker om hvordan skole påvirker fremtiden, var viktig for at de begynte å komme på skolen. Flere av ungdommene trekker også frem andre viktige støttespillere i sine omgivelser, som lærere, PPT og helsesøster. For Lisa var helsesøster en sentral støtte, eksempelvis ved at helsesøster ga henne råd om å si ifra hvis hun slet eller trengte hjelp på skolen. Lisa tok selv initiativ til å involvere helsesøster i skolemøte der MST var med:

«Hun (helsesøster) er liksom skolemammaen min, da. Det er hun jeg liksom snakker med på skolen. Så hun var jo med på skolemøtet, og det følte jeg var veldig viktig for

meg at hun var med og, da. Sånn at hun vet når jeg kommer og snakker med hu om liksom hva som skjer, da.»

Espen uttrykker en ambivalens knyttet til arbeid med skole. På den ene siden forteller han at MST bidro noe til at han kom seg på skolen. Han tenkte det var greit at de var opptatt av skole og at han forstod viktigheten av skole for fremtiden. Samtidig mislikte han metodene som ble brukt:

«(I: (...) kom du deg mer på skolen? Ja, det gjorde jeg. Det var fordi hun (terapeuten) sa at hvis jeg ikke gikk på skolen, så skulle hun komme og hente meg personlig. Så det ... (...) Jeg tenker mer at i sånne perioder burde man fikse en annen type løsning, kanskje no' hjemmelæring eller no' (...) Jeg hadde jo kommet tilbake på skolen, men jeg bare syntes det var veldig slitsomt at de tvang meg på skolen på den måten.»

Erik skled derimot helt ut av skolen, grunnet rus, og han savnet mer hjelp på dette området før MST trakk seg ut. Han ble sittende i en sårbar situasjon med uvisshet om hva han skulle gjøre i fremtiden, noe han knytter til tilbakefall. Erik forteller:

«Så jeg slutta der (på skolen) mens jeg drev og møtte terapeuten og så ... tenkte vi at vi måtte komme frem til en løsning men ... vi rakk vel ikke det før hun var ute av bildet. (I: Og hva skjedde etter det? Når MST trakk seg ut?) Jeg falt vel fort tilbake på rusen og havna vel litt i samma løype som det jeg var i før de kom inn fordi ... det var liksom plutselig så var det bare siste time, og da var det over. (...) Man visste liksom ikke hvor man skulle, eller hva man skulle gjøre, da. Og om man skulle prøve seg på skole året etter eller hva man skulle velge. Så ... det var et år med å bare ligge hjemme og ruse seg og ... sove.»

Til tross for en positiv opplevelse av at MST jobbet med omgivelsene, uttrykker Espen at det var for mange hjelpetiltak involvert i livet hans på én gang, noe som ble slitsomt:

«Jeg syntes det var veldig slitsomt med tanke på at jeg hadde både barnevernet og utekontakten og BUP alt det der. (I: Ja, så når MST kom inn i bildet, var det veldig mange inne i bildet ...) Ja, i tillegg til at jeg måtte på helsestasjonen en gang i måneden. Det ble veldig mye på én gang.»

3.3 Jeg likte terapeuten

Alle ungdommene forteller at de hadde et positivt bilde av terapeuten. Det siste temaet handler om hvordan ungdommene opplevde terapeuten, inkludert metodene terapeuten brukte, og rammene terapeuten jobbet innenfor, samt personlige egenskaper. De forskjellige

aspektene ved det positive bildet av terapeuten, utdypes i undertemaene 1) Trygg tilgjengelighet, 2) En kul og tilpasningsdyktig terapeut og 3) Hjelp til å fly på egne vinger.

3.3.1 Trygg tilgjengelighet

Dette undertemaet tar for seg opplevelsene knyttet til rammer i MST, nærmere bestemt terapeutens tilgjengelighet. For Erik og Anine var terapeutens tilgjengelighet det beste og viktigste med MST. Tilgjengelighet i form av at ungdommene alltid kunne kontakte noen i MST-teamet, og at terapeuten kom hjem til familien eller kunne møtes på steder som passet ungdommen, trekkes frem som spesielt viktig.

At MST-teamet kunne kontaktes hele døgnet, syv dager i uken, bidro til trygghet for Erik og Anine. Deres skildringer tegner et bilde av MST som et slags sikkerhetsnett: *«det at man liksom alltid hadde den tilgjengeligheten, at man alltid kunne kontakte uansett hva det var; det var vel det som var det beste og viktigste.»* (Erik).

En slik tilgjengelighet kan tenkes å formidle en holdning om at det alltid er noen der for dem. Anine (15) forteller:

«(I: Kan du fortelle litt om hvordan det var for deg å være med på MST?) Det var greit. Jeg følte det var noen jeg kunne gå til, og snakke med og sånt. (...) Jeg følte liksom at MST var der hele tiden, for meg og sånn.»

Anine og Erik beskriver det at terapeuten kom hjem til dem som noe positivt. Ved oppstart av MST, var Anine generelt utrygg på voksne, men forteller at hun ble tryggere da terapeuten kom hjem til familien. Erik beskriver det som praktisk og fint at terapeuten kunne møte han overalt, eksempelvis på kafé. Videre forteller han at tilgjengeligheten bidro til et sterkere bånd til terapeuten: *«Da får du jo liksom litt mer innsyn i hvordan du også har det hjemme. (...) altså du får et sterkere bånd på en måte, og så er det litt enklere å prate med den personen»*

Hva skjer når sikkerhetsnettet plutselig forsvinner? De fleste av ungdommene opplevde det som uproblematisk og positivt da MST trakk seg ut, da de ved avslutning ikke opplevde behov for hjelp. Erik beskriver imidlertid et raskt tilbakefall etter en brå avslutning. Han skulle ønske at han hadde hatt lengre oppfølging, gjerne i form av en gradvis nedtrapping med eksempelvis månedlige møter før MST forsvant. I tillegg hadde han uavklarte spørsmål og valg knyttet til utdanning og fremtid, som nevnt tidligere. Erik beskriver avslutningen slik:

«det var vel bare to måneder etter at jeg hadde blitt rusfri, så var det ut, og da var det veldig tidlig i prosessen, så det var veldig ... Skulle ønske jeg hadde litt mer oppfølging på akkurat det å prate om det med rus og sånne ting. (...) I starten var det veldig sånn ... at man føler at nå står jeg her alene og må håndtere alt sammen, så det var vel det som var mye av grunnen til at jeg falt tilbake.»

Erik forteller at han etter MST hadde en lang og vanskelig periode der han ruste seg, uten å motta noen form for psykisk helsehjelp. En stund etter at MST trakk seg ut, fikk han hjelp i form av individualterapi, noe han dro nytte av. Erik forteller at han i dag er på samme sted som da MST trakk seg ut: *«rusfri og fin»*.

3.3.2 En kul og tilpasningsdyktig terapeut

På spørsmål om hva Erik syntes om terapeuten, svarte han: *«Hun var dritkul»*. Dette undertemaet handler om hvordan ungdommene opplevde at terapeutens personlige egenskaper og relasjonskompetanse bidro til et slikt positivt bilde. Dette inkluderer terapeutens evne til å tilpasse seg ungdommen, noe som ser ut til å ha gjort det mulig å bli ansett som kul og komme i posisjon til å hjelpe.

En terapeut som tilpasset seg og møtte de unge på deres utviklingsnivå, fremstår som betydningsfullt i informantenes fortellinger. De unge beskriver hvordan terapeuten tilpasset sin atferd, holdning, språk og kommunikasjonsform til dem. Erik forteller:

«hun tilpassa seg litt språket jeg hadde og ungdom og de tinga der, og da synes jeg hvertfall som ungdom at det er mye enklere å prate med dem når de har litt samma holdning, og litt mer sånn vår språkbruk, da. Så det var jo det som var veldig kult med terapeuten.»

Maiken var skeptisk til terapeuten innledningsvis, men beskriver hvordan hans måte å kommunisere med henne på, var positiv:

«Det første han sier til meg ikke sant ... jeg setter meg ned i sofaen og sier 'hei', strekker hånda mi, ikke sant. Han sier: 'Åh, har du også airpods?' ikke sant? Trådløse ørepropper, og jeg bare 'ja'... og så begynte han å snakke om det, og da var det sånn; okay. Han liksom fant en måte å kommunisere på.»

Ved å være tilpasningsdyktig, ble terapeuten også lettere å prate med. Maiken beskriver det slik: *«Jeg føler han er en person som kunne snakket med alle. Føler han kunne klart det. (I: Hvorfor det, tror du?) Fordi han tilpasser seg, liksom, føler jeg»*

Utover tilpasningsdyktighet, trekker ungdommene frem en rekke positive egenskaper ved terapeuten. Beskrivelser av en forståelsesfull og hensynsfull terapeut, er gjennomgående i materialet. Lisa og Anine opplevde terapeuten som snill og hyggelig, og Fredrik omtaler terapeuten som vennlig og lett å snakke med. Flere av ungdommene likte at terapeuten kontinuerlig spurte hvordan det gikk med dem. Til tross for at Espen var uenig med terapeutens fremgangsmåter på visse områder, oppgir også han å like terapeuten.

Anine forteller:

«(I: Kan du si noe om, hvis det var noe du likte godt med MST?) Det var egentlig selveste personen. (I: Terapeuten?) Ja, måten de behandla oss på og snakket med oss på, og hjalp oss, da. (I: Ja ... Hva var det som var bra med det, da?) Egentlig følte jeg alt. Det var ganske bra. (I: Så måten han snakket med dere på: Hvordan var det han snakket med dere?) Han snakket med sånn veldig rolig stemme da, sånn veldig avslappende stemme, og det var en koselig person å snakke med. Og var glad på alle møter.»

Anine beskriver videre det positive ved at terapeuten brukte humor på møter: *«det fikk meg jo til å le ganske mye og bare ... tenke på andre ting enn problemer og sånn.»*

For Maiken, Anine og Erik fremstår trygghet og tillit til terapeuten som betydningsfullt.

Anine beskriver det at terapeuten var en trygg person som noe av det aller viktigste med MST. Utover tilgjengeligheten, trekker Anine frem personlige egenskaper ved terapeuten som gjorde at hun ble tryggere på han, til forskjell fra voksne hun hadde møtt i andre hjelpetiltak.

«Jeg følte jo at jeg fikk bedre kontakt med han, og bedre kommunikasjon, og han var bare en trygg person, å være med og snakke med ... og var en til å stole på, da, i forhold til de andre (nevner andre hjelpeinstanser).»

Maiken opplevde at terapeuten møtte henne på en god måte og forsøkte å bli kjent med henne. Hun beskriver betydningen av at en terapeut må bygge opp tilliten til ungdommen:

«du skal sitte der med en helt fremmed person og åpne deg opp. (...) Det blir litt sånn ... du går ikke ut i krig og gir våpnene til motstanderen, liksom ... Det blir liksom sånn ... jeg føler liksom at man må bygge opp tilliten, før du kan begynne å snakke om ting som virkelig gjelder.»

Lisa opplevde redusert skepsis ved at terapeuten tydelig beskrev hva han skulle gjøre og hvorfor han hadde kommet til familien. Dessuten delte terapeuten av sin egen historie, noe som fremstår som tillitsskapende:

«og så fortalte han mye av sin egen historie, da. Liksom hvem han var og hvor han kom fra, og ... at han hadde en datter og litt sånn. (...) Han ble litt mer til å stole på, litt mer sånn ... okei, da kan jeg fortelle deg litt, ikke sant?» (Lisa, 17)

3.3.3 Hjelp til å fly på egne vinger

Det siste undertemaet handler om ungdommenes opplevelse av å bli i stand til å klare seg bedre og om hvordan terapeuten bidro til dette. Ungdommene trekker frem spesielt tre viktige momenter i denne prosessen: For det første kom terapeuten med råd, strategier og kunnskap som viste seg å være nyttige, og som ungdommene likte. For det andre bidro terapeuten til økt mestringstro og motivasjon. For det tredje beskriver flere av ungdommene at det var de selv som tok valget om å benytte seg av råd og hjelp fra terapeuten. I tillegg forteller noen av ungdommene om mestring uavhengig av MST. Å fly på egne vinger handler derfor om hvordan ungdommene genererer endring og fremstår som aktive agenter i eget liv.

Det første viktige momentet omhandler hvordan gode råd, mestringsstrategier og psykoedukasjon fra terapeuten, trekkes frem som sentralt i endringsprosessen hos flere av ungdommene. Fredrik og Maiken beskriver det å ha fått råd om hvordan de kunne håndtere konflikter med familiemedlemmer og måter å oppføre seg på, som nyttig. Anine forteller at hun tidligere ikke delte problemer med foreldrene sine. Gjennom terapeutens råd og hjelp, følte hun seg derimot trygg nok til å henvende seg til foreldrene igjen.

Da MST først kom inn i bildet, ønsket ikke Erik å slutte med rus, men i løpet av behandlingen, klarte han likevel å bli rusfri. Han trekker frem psykoedukasjon som betydningsfullt i denne endringsprosessen:

«(I: Du sa angående rus at du i begynnelsen ikke var så gira på å la være. Hva tror du gjorde at det endra seg?) Det var vel egentlig mest ... man fikk jo en forklaring på hva det gjorde med kroppen og de tinga der ...og fikk liksom litt mer forståelse på hvordan det ville bli hvis man slutta. Så da fikk man jo mer den derre ... følelsen av at det er mer positivt å ikke drive med det. (...) (I: Så du ble litt mer bevisst på det, da, eller hvordan var det?) Asså jeg fikk jo den forståelsen for det, og det er jo det som var deilig, at man forstår det selv.»

Espen fikk strategier av terapeuten for å håndtere utageringer. Han opplevde imidlertid disse som lite nyttige, da han ikke klarte å benytte seg av dem når han ble sint. Samtidig uttrykker han at MST hjalp til slik at det ble færre utageringer, men oppgir å være usikker på nøyaktig hvordan MST bidro til dette. Espen forteller at færre utageringer har vært en varig endring.

Det andre momentet som fremstår som viktig, er at terapeuten formidlet sin tro på ungdommen. Erik hadde mistet motivasjonen og selvtilliten da MST kom inn. Terapeuten ble en betydningsfull bidragsyter til økt mestringstro, og dette er noe av det viktigste han har tatt med seg videre fra MST. På spørsmål om det var noe terapeuten gjorde som han likte, forteller han: *«Det var vel det at hun hele tiden sa at det kom til å gå bra uansett. Og visste at på et punkt så vil det ordne seg. Og alltid holde motivasjonen oppe og vite at det vil løse seg»*

Erik illustrerer videre betydningen av at andre har sett at han er i stand til å mestre utfordringer, slik som rusproblemer:

«så jeg fikk jo veldig mye mer viljestyrke og pågangsmot etter det, og det er jo ting jeg har brukt i senere tid for å holde meg gående. (I: Det å vite at du kan hvis du vil) Mm og vite at andre folk også har sett det, at du kan. Så det er vel det jeg har tatt med meg mest fra MST.»

Anine og Erik forteller også at terapeuten ga dem et «push» for å prøve nye strategier. Til tross for innledende skepsis, understreker de at et slikt push var nødvendig for at de skulle få det bedre. Erik opplevde at terapeutens «push», styrket han:

«(I: Hvordan var det hun pusha deg?) Nei, det var vel det at hun alltid bare sa at jeg skulle prøve, uansett hva jeg tenkte selv om det, så var det liksom bare ... men gi det en sjanse og bare ... kom i gang. Også får det heller bare, hvis det ikke går, så går det ikke. (...) Du får litt mer styrke, og litt vilje, ved å bli pusha litt ekstra.»

Det tredje, viktige momentet, kan forstås gjennom en metafor, med utgangspunkt i ungdommen som en fuglunge som skal lære å fly og terapeuten som fuglemor. Selv om fuglemor gjør det hun kan for å få den lille ut av redet, er det til syvende og sist opp til fuglungen å hoppe. Fuglungen må fly på egne vinger, og den bestemmer selv hvor den skal fly. Flere av ungdommenes opplevelser fanges opp av denne metaforen. Selv om de ble presentert for kunnskap, strategier og råd, var det de selv som tok valget og det siste skrittet. Friheten til å fly dit fuglungen selv ønsker, forstås i sammenheng med ungdommens positive opplevelse av medbestemmelse i behandlingen.

Erik tok selv valget om å kutte kontakten med venner som ruset seg. Han beskriver at terapeutens psykoeduksjon og bevisstgjøring bidro til økt forståelse, men at det i siste instans var han selv som tok det vanskelige valget: *«asså, det var jo opp til meg, om jeg ville kutte kontakt med det miljøet.»*

«Noen fuglunger flyr helt uten fuglemors hjelp». Metaforen fanger opp at flere av ungdommene knytter endring til egen innsats og økt forståelse, uavhengig av MST. På ulike måter tegner ungdommene et bilde av seg selv som viktige agenter i endringsprosessen, spesielt med tanke på skole og fremtid, men også hva gjelder venner og egen oppførsel.

Lisa (17) opplevde en stor forandring fra å ha vært «på bønn» i livet før MST kom inn, og til nå. Hun knytter mye av endringen til grep hun selv har tatt, som ikke skyldes MST. Lisa byttet selv vennegjeng til mer prososiale venner, og på spørsmål om andres bidrag i denne prosessen svarer hun: «Jeg tror det er mest at jeg jobbet med meg selv». Videre forteller hun at hun selv innså at hun måtte gjøre det bedre på skolen for å kunne ta ønsket utdanning. Hun innså også at hun måtte bedre sin oppførsel overfor lærerne. Lisa var ikke spesielt involvert eller interessert i å være med på MST og beskriver seg som relativt passiv på flere av møtene. Hennes prosess illustrerer at til tross for at hun ikke fremstår som spesielt aktiv i selve MST-behandlingen, var hun likevel en aktiv agent i sitt eget liv. Samtidig uttrykker hun at MST har bidratt i tilretteleggingen på skolen og har spilt en rolle i bedring av relasjonen til mor.

4 Diskusjon

Alle ungdommene forteller i dag at de har det bedre enn før MST. De beskriver bedre familiefungering, bedre skole-/jobbsituasjon, mindre rusbruk og flere prososiale vennerelasjoner. Alle ungdommene har i utgangspunktet vært skeptiske til MST, men skepsisen har avtatt for de fleste. Ungdommene gir uttrykk for at de er generelt tilfredse med behandlingen, med unntak av Espen som fremstår noe ambivalent. Et sentralt spørsmål for denne studien har vært: «Hvordan kan MST ha bidratt til at ungdommene er kommet hit, og hvordan beskriver de sine erfaringer i denne prosessen?»

Ungdommene trekker frem flere aspekter ved behandlingen som nyttige og endringsskapende. Medbestemmelse i behandling og et positivt bilde av terapeuten går særlig igjen når de beskriver sine opplevelser. I tillegg beskriver de arbeidet med omgivelsene som positivt og hjelpsomt. Systemarbeid har bidratt til økt forståelse og samhold i familien, samt en lettere skolehverdag. I første del av diskusjonen vil vi drøfte våre funn i lys av alliansebegrepet og forskning på den terapeutiske alliansen. Deretter følger en diskusjon av ungdommenes opplevelse av systemarbeidet i lys av teoretiske rammeverk og empiri. Til slutt vil vi diskutere hvordan disse aspektene synes å inngå i et samspill.

4.1 Alliansen mellom terapeuten og ungdommen

Ungdommenes fortellinger tyder på at de var opptatt av at terapeuten har vært lett å like, at de har fått være med å bestemme hva det skulle jobbes med og hvordan det skulle jobbes. Til tross for en gjennomgående opplevelse av medbestemmelse, beskriver noen at det har vært uenighet om mål og metoder. Espen var eksempelvis uenig i MST-teamets problemforståelse og metoden som ble brukt for å få ham på skolen. Lisa forteller at hun har mislykket tidkrevende skjemautfylling.

Viktigheten av ungdommens medbestemmelse i mål og metoder, og betydningen av å like terapeuten, kan forstås i lys av alliansebegrepet, slik det er konseptualisert av Bordin (1979). Bordins panteoretiske forståelse er av de mest anerkjente modellene, der allianse består av tre komponenter: 1) enighet om mål, 2) enighet om oppgaver, og 3) utvikling av et gjensidig emosjonelt bånd. Mål-komponenten handler om klientens og terapeutens enighet om

behandlingsmål. Oppgave-komponenten handler om enighet mellom terapeut og klient knyttet til teknikker og metoder som benyttes for å nå behandlingsmålene. Disse tydeliggjøres i tema 1, gjennom opplevelsen av å kunne være med å bestemme. Bånd-komponenten handler om relasjonen mellom klienten og terapeuten, og i hvilken grad den er preget av gjensidig tillit, omsorg og en følelse av å like hverandre (Bordin, 1979). I våre funn gjenspeiles båndaspektet i tema 3 som omhandler ungdommenes opplevelse av å like og ha tillit til terapeuten.

Våre funn indikerer hva som kan være allianseskapende for ungdom i MST-behandling. Dette er interessant i lys av forskning som viser en moderat sammenheng mellom allianse og positive utfall i terapi for barn og unge (Karver et al., 2018). Den terapeutiske alliansen fremstår også som sentral i ungdommenes opplevelser i to kvalitative studier av brukererfaringer med MST (Paradisopoulos et al., 2015; Tighe et al., 2012). Videre er funnene interessante fordi ungdom-terapeut-alliansen i MST er lite empirisk studert.

Ut fra Bordins alliansemodell og dens ulike komponenter ønsker vi å drøfte utviklingen av alliansen mellom ungdom og terapeut i dette utvalget. Som vist var disse ungdommene skeptiske i utgangspunktet, og et interessant spørsmål er derfor hvordan terapeuten kan kommet i posisjon til å hjelpe, og fått etablert en allianse med ungdommen.

Enighet om mål og oppgaver i behandlingen

Utvikling av en god allianse kan være spesielt krevende i familierapi sammenlignet med individualterapi, da terapeuten må interagere med familiemedlemmer som kan ha ulik motivasjon for, ulike forventninger til og ulikt mål med behandlingen (Glebova, 2018). Våre informanter har ofte opplevd at deres egen problemforståelse og deres egne behandlingsmål ble tatt hensyn til. Dette ser ut til å ha vært viktig for den videre veien i behandlingen: Noen ungdommer ønsket at terapeuten skulle jobbe mest med dem selv, mens andre i større grad ønsket at terapeuten skulle jobbe med foreldrene og systemet rundt. Dette synes å være i tråd med behandlingsmanualen i MST, der det legges vekt på fleksibilitet og tilpasning hva gjelder arbeidsmåter i hver enkelt familie (Henggeler et al., 2013).

Digiuseppe og medforfattere (1996) understreker at enighet om mål og oppgaver i alliansedannelsen er særlig viktig i arbeid med ungdom, blant annet fordi mange selv ikke ønsker behandling, ikke opplever å ha et problem, eller er kritiske til at andre skal sette mål for dem (Digiuseppe, Linscott & Jilton, 1996). Utviklingsbehov slik som selvbestemmelse,

løsrivelse og uavhengighet er også viktig å ta hensyn i alliansebyggingen (Digiuseppe et al., 1996). Våre resultater kan tyde på at terapeuten har tatt slike hensyn. Ungdommene føler at de er tatt på alvor, og at terapeuten har lyttet til deres problemforståelse og deres ønsker. Et annet viktig aspekt i denne sammenhengen er opplevelsen av at terapeuten har respektert deres valg av grad av deltagelse, noe som kan ha bidratt til en følelse av selvstendighet og uavhengighet i behandlingen.

Ungdommene har også opplevd å få være med å bestemme hvilke metoder og intervensjoner som skulle benyttes. Resultatene viser at ungdommene stort sett opplever rådene de har fått som forslag/valg, heller enn forhåndsbestemte metoder. Dette kan ha bidratt til at ungdommen har fått mer eierskap, mestringstro og agens i egen prosess, og at de da i større grad har fått lyst til å jobbe sammen med terapeuten. Karver og kolleger (2005) har utarbeidet en modell som fremhever hva som kan være alliansebyggende terapeutiske strategier (Karver, Handelsman, Fields & Bickman, 2005). De trekker frem opplevelsen av selvstendighet og autonomi i behandlingen som særlig viktig (Karver et al., 2005). Våre funn kan tyde på at MST-terapeutene har tilnærmet seg ungdommene på måter som ivaretar deres behov for autonomi, eksempelvis ved at ungdommene kunne bestemme grad av deltakelse på møter. Dette kan også ses i sammenheng med behandlingsprinsipp 6 om at intervensjonene skal være tilpasset ungdommens alder og modenhetsnivå (Henggeler et al., 2013). At klienten opplever autonomi og blir lyttet til i behandling, kan ha flere fordeler. *Empatisk resonans* blir definert som å bli hørt i behandling, og at klient og terapeut er på bølgelengde. Dette er vist å bidra til positive utfall (Diamond, Liddle, Hogue & Dakof, 1999). I tillegg har studier vist at klienter som har erfart forbedret personlig autonomi i terapien, også er mest fornøyd med behandlingen ved avslutning (Taylor, Adelman & Kaser-Boyd, 1986).

Båndet til terapeuten

Forskning viser at ungdom i behandling ofte kan mistro og være negative til voksne (Sommers-Flanagan & Sommers-Flanagan, 1995). Mange av våre informanter har tidligere negative erfaringer fra andre hjelpetiltak, som kan ha bidratt til deres skepsis til MST. En av de viktigste grepene for å etablere en terapeutisk allianse med ungdom er å snu innledende motvilje og negativitet til samarbeid (Liddle, 1995). Å nærme seg ungdommene på riktig måte er derfor avgjørende for terapeuten. Informantene i denne studien beskriver blant annet terapeutene som trygge og forståelsesfulle, «kule», og at terapeutene har tilpasset seg deres språk og holdning. Å være på nivå med ungdommen, og innta en forståelsesfull holdning, kan

ha bidratt til mindre skepsis og vært viktig ved etablering av relasjonen. Dette er i tråd med forskning som viser at særlig ungdom i terapi setter pris på et egalitært forhold med terapeuten, der man føler seg respektert og ikke snakket ned til (Everall & Paulson, 2002). Videre støtter våre resultater den kvalitative studien av Paradisopoulos og kolleger (2015), der terapeutegenskaper som fleksibilitet og varme bidro til at ungdommene følte seg trygge og ønsket å ta imot hjelp.

Et annet aspekt som ser ut til å ha bidratt til å styrke båndet mellom terapeut og ungdom, er terapeutens tilgjengelighet, og at terapien er hjemmebasert. Noen ungdommer trekker frem dette som sentralt for at de har kunnet føle seg trygge og har kunnet bli mindre skeptiske til terapeuten. Erik opplever at tilgjengelighet kombinert med hjemmebesøk har bidratt til å styrke båndet til terapeuten, mens Anine forteller at tilgjengelighet døgnet rundt har gitt følelse av at det alltid er noen der for henne. Christensen & Mauseth (2007) trekker frem MST-teamets tilgjengelighet og hjemmebaserte metode som styrkende for behandlingsalliansen med familiemedlemmene. Våre resultater tydeliggjør betydningen av terapeutens tilgjengelighet og hjemmebasert behandlingstilbud for relasjonen med ungdommen spesielt.

Ved å være tilgjengelig og komme på hjemmebesøk kan det tenkes at terapeuten kommuniserer en holdning om å alltid være der for ungdommen, og med dette viser varme og omsorg. En slik holdning kan videre tenkes å fungere som en korrigerende emosjonell erfaring for ungdom som er i konflikt med omgivelsene. Ungdommene i vårt utvalg har stått i konflikt og hatt negative erfaringer med både familie, lærere og andre tidligere hjelpetiltak.

De fleste av ungdommene oppgir at MST-teamet har avsluttet behandlingen på et passende tidspunkt. For Erik er dette derimot ikke tilfelle. Han hadde en del uavklarte spørsmål knyttet til utdanning og fremtid, og ønsket seg ved behandlingsslutt en lengre oppfølging. Eriks fortelling illustrerer at det er viktig å være bevisst den potensielt sårbare situasjonen ungdommer kan havne i når den særegne tilgjengeligheten forsvinner.

I våre funn fremstår alliansen som betydningsfull i behandlingsprosessen, både for ungdom som har hatt få eller ingen møter alene med terapeuten, og for ungdom som har samarbeidet mye alene med terapeuten. Dette støttes av en tidligere intervjustudie der foreldre forteller at relasjonen mellom ungdom og terapeut er viktig i terapiprosessen, også i tilfellene der ungdommen har vært lite involvert i behandlingen (Bond, 2017).

At alliansen fremstår som viktig for våre ungdommer, er interessant, ettersom det ikke har vært et hovedfokus i MST at terapeuten skal bruke mye tid på å «vinne den unge over» på sin side, samt at omsorgsgiver anses som den viktigste endringsaktøren (Henggeler et al., 2000; Mauseth, 2016, s. 242). Enkelte (e.g. Glebova, 2018) har i den forbindelse tatt til orde for at alliansen mellom terapeuten og ungdommen muligens ikke er av like stor betydning for behandlingsutfall i MST. Vi undres om våre funn kan være en indikator på et økt fokus på involvering av den unge i MST-behandling de siste årene. MST i Norge har de siste årene blitt tydeligere på å strekke seg langt for å involvere ungdommen uten at dette svekker foreldreautoriteten eller går over til å bli individualterapi (N. Tollefsen ved NUBU, personlig kommunikasjon, 13. februar, 2019). Våre funn tyder på at dette er en god utvikling, og at terapeutens relasjonskompetanse og kommunikasjonsevne er viktig for å nå frem til denne klientgruppen.

MST er først og fremst en familiebasert behandlingsmodell, der arbeidet med omsorgsgiver står sentralt (Henggeler et al., 2013). Våre funn kan tyde på at nettopp systemarbeidet, inkludert endring og styrking av foreldrepraksis, også kan styrke alliansen mellom ungdommen og terapeuten.

4.2 Systemarbeid i MST

Ungdommene i vårt utvalg opplever systemarbeidet som positivt, og alle ungdommene gir på ulike måter uttrykk for at endringer i omgivelsene har fungert bra for dem. De legger vekt på at foreldrene har fått hjelp til å forstå, kommunisere og håndtere situasjonene bedre. Dette er i tråd med studier som viser at intervensjoner som forbedrer foreldrepraksis er en viktig mekanisme for endring av problematferd hos den unge (Gardner, Burton & Klimes, 2006).

Ungdommenes opplevelser fremhever viktigheten av å styrke omsorgsgivers ressurser og ferdigheter, noe som er sentralt i endringsteorien i MST (Henggeler et al., 2000). Dette støttes også av andre kvalitative studier (Paradisopoulos et al., 2015; Tighe et al., 2012). Våre funn kan tyde på at systemarbeid har flere fordeler for denne gruppen ungdommer spesielt. Flere av våre informanter opplevde at omgivelsene var kritisk innstilt og ikke forsto dem. Det er nærliggende å anta at for ungdom som opplever at mange personer rundt dem er sinte, oppgitt eller skuffet over dem, vil skifte av fokus på omgivelsene innebære en alternativ holdning. På denne måten er det ikke lenger ungdommen alene som er problemet. Det er ikke vanskelig å

forestille seg hvordan selvfølelse, håp og mestringstro kan få et løft når ungdommen slipper å bære alt ansvaret for egne vansker.

Det at ungdommene ser faktiske endringer i omgivelsene, spesielt hos foreldrene, ser ut til å ha kunnet øke deres håp om bedring. Håp om endring er påvist å kunne påvirke terapiforløpet (Hubble, Duncan & Miller, 1999). Videre synes et slikt systemfokus å kunne virke tillitsskapende hos ungdommer i vår studie som allerede var motvillige og skeptiske. Det systemiske fokuset fremstår som alliansefremmende, ved at de unge både var enige i behandlingsfokuset, og opplevde reelle positive konsekvenser av endringene i omgivelsene.

En vanlig innvending mot MST er at behandlingen kun beskjeftiger seg med atferd og ikke bakenforliggende årsaker til problemene, eksempelvis traumer. Metoden kritiseres for å bedrive overfladisk atferdsregulering, mens de unge behøver omsorg og forståelse (Christensen & Lønnum, 2018; Mauseth, 2016, s. 257). Flere fagpersoner tar til orde for at forvirring rundt selve atferdsbegrepet kan være kilden til en del av kritikken, da atferdsbegrepet ofte assosieres med et overfladisk og negativt fokus (Christensen & Lønnum, 2018; Strand, 2016). I MST-behandling er terapeuten opptatt av å kartlegge negativ og positiv atferd hos ungdommen. Et grunnleggende premiss i modellen er imidlertid at negativ atferd ikke oppstår i et vakuum, men i en kontekst av systemer, erfaringer, relasjoner, tanker og følelser. En viktig del av behandlingen er nettopp å kartlegge slike bakenforliggende faktorer, og analysere deres rolle i utviklingen og opprettholdelsen av problemene i familien. (Henggeler et al., 2013; Christensen & Lønnum, 2018). I vårt utvalg kan det se ut som slike faktorer i ungdommens miljø er blitt jobbet med, noe som understrekes av ungdommenes opplevelser av verdifullt arbeid med foreldre, venner og skole.

Forandringsfabrikkens undersøkelse Kloket om rus vitner likevel om at ungdom i MST-behandling har opplevd det motsatte av hva som er målet med modellen:

«Det har føltes som om de voksne skulle fikse på oss, at de kom og tok kontroll over oss og at all skylda ble flytta på oss – når vi egentlig bare hadde det veldig vondt inni oss eller hjemme der vi bodde.» (Forandringsfabrikken, 2018).

Våre informanter tegner et annet bilde, der opplevelsen av at omgivelsene endret seg og møtte ungdommene på en bedre måte, står sentralt. Dette kan være tilfeldig, og kan tenkes å henge sammen med at våre informanter er lite representative for de ungdommene som ikke har hatt nytte av behandlingen. Våre informanters opplevelser kan likevel også tenkes å være en

indikator på at MST har tatt til seg kritikken som er blitt reist. I forlengelsen av kritikken som omhandler manglende fokus på bakenforliggende årsaksfaktorer, kan for eksempel innføring av traumekartlegging som standard i alle MST-saker i Norge de siste årene, forstås som et svar på økt kunnskap om at traumatiske opplevelser og utviklingstraumer kan være viktige faktorer i utvikling av atferdsproblemer.

Flere av ungdommene uttrykker at det er greit at de voksne jobbet uten dem, og at de ikke har vært spesielt involvert eller interessert i å bruke tid på MST. Dette kan oppfattes som ansvarsfraskrivelse eller passivitet fra ungdommens side. På en annen side kan det ses i lys av at dette er ungdom som har brukt mye krefter på konflikter med personer i sine omgivelser, og at det å kunne få fri ved at de voksne tar ansvar kan tenkes å virke utviklingsfremmende gjennom å gi økt kapasitet til å konsentrere seg om andre prosjekter og mål i eget liv.

Ungdomstiden er muligens den perioden i livet som i størst grad preges av utviklingstemaer som autonomi, løsrivelse og individuering (Bengtson, 2016, s.189). Verdien av å få mer «space» av foreldrene er fremtredende i våre funn. Videre er en gjennomgående opplevelse at de unge i løpet av tiden i MST, eller rett etter avslutning, selv oppnådde innsikt og tok egne valg for sine liv, uavhengig av MST. Et interessant spørsmål er hvorvidt endringer i omgivelsene kan ha bidratt til at de unge har fått frigjort oppmerksomhet og krefter som tidligere ble brukt på krangling og problematferd. Det kan tenkes at dette vil kunne gjøre de unge bedre rustet til å fokusere på eget prosjekt, lære, og ta gode valg for egen utvikling og fremtid. Dermed innebærer ikke fokus på endring i omgivelsene en støtte til ansvarsfraskrivelse eller protest hos den unge, men heller å støtte deres utviklingsoppgaver i livet.

4.3 Et komplekst samspill

Ungdommenes beskrivelser kan tyde på et mulig samvirke mellom relasjonen til terapeuten og intervensjonene som blir brukt, inkludert både systemarbeid og individuelt arbeid. Ulike intervensjoner knyttet til foreldrearbeid ser eksempelvis ut til å ha bidratt til mindre skepsis til terapeuten og MST, og på denne måten kan det tenkes at relasjonen er blitt styrket av gode teknikker. Likeledes ser det ut til at ungdommenes positive bilde og tillit til terapeuten kan ha bidratt til at terapeuten kom i posisjon til å hjelpe, og at relasjonen dermed kan ha fasilitert teknikkene som ble brukt. Dette er i tråd med forskning som viser at interaksjonen mellom

teknikk og relasjon, eller såkalte spesifikke faktorer og fellesfaktorer, er avgjørende for behandlingsutfall. (Se Nissen-Lie, 2013 for en oversikt over studier.) I den forbindelse fremstår en dikotomi mellom teknikk og relasjon som kunstig, da allianse nettopp konseptualiseres som enighet om metoder og mål, samt utvikling av et emosjonelt bånd.

Oddli og Kjøs (2013) har argumentert for at alliansearbeidet handler om individuell tilpasning gjennom arbeid med *relevans*. De understreker at terapeuten må danne et fellesskap som gir intervensjonene relevans for den enkelte klient (Oddli & Kjøs, 2013, s. 195–210). Våre informanternes fortellinger kan tyde på at terapeutene var gode til å tilpasse seg de unge gjennom å gjøre intervensjonen relevante for hver enkelt ungdom. Ungdommens opplevelse av en terapeut som er villig til å tilpasse behandlingen til ungdommens problemforståelse ser ut til å underbygge dette. Dette er i tråd med MSTs mål om manualbasert fleksibilitet, gjennom å skreddersy behandlingen til hver enkelt sak (Henggeler et al., 2000).

5 Metodologiske refleksjoner og begrensninger

5.1 Kvalitetssikring

I kvalitativ forskning er spørsmål om validitet, reliabilitet og generaliserbarhet relevante på andre måter enn i kvantitativ forskning, da de ulike forskningsmetodene søker å besvare ulike vitenskapelige spørsmål (Patton, 1990). Elliot og kolleger (1999) understreker at verdien av en vitenskapelig metode må vurderes utfra dens evne til å gi meningsfulle og nyttige svar på forskningsspørsmålet det er ment å svare på.

Reliabilitet innenfor kvalitativ forskning henviser til pålitelighet og troverdighet i forskningsresultatene (Kvale & Brinkmann, 2015). I en kvalitativ studie er gjennomsiktighet viktig for å styrke forskningsfunnenes troverdighet. Dette innebærer at vi gir en åpen fremstilling av våre faglige utgangspunkt, metodologiske valg, prosedyrer og analyse (Avis, 2005). I gjennomføringen av denne studien har vi tatt ulike grep for å styrke påliteligheten. Ved å bruke en felles intervjuguide sikret vi at deltakerne fikk de samme overordnede spørsmålene. Vi benyttet oss av en felles transkripsjonsprosedyre samt gjennomgikk hverandres transkripsjoner samtidig som vi lyttet på lydfile, slik at transkribering av intervjuene ikke ble basert på skjønn. I analyseprosessen etterstrebet vi såkalt dialogisk intersubjektivitet, der vi oppnådde enighet om koding og videre analyse gjennom rasjonell dialog og gjensidig kritikk mellom forfatterne og veilederne (Kvale & Brinkmann, 2015).

Validitet handler om metodens evne til å undersøke det den er ment til å undersøke, og omhandler kvaliteten på forskningshåndverket gjennom alle fasene av intervjuundersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015). Flere strategier ble brukt for å øke kvaliteten av intervjuene. I tråd med anbefalinger fra Magnusson og Marecek (2015) ble det først utført øvingsintervjuer der forfatterne rollespilte med hverandre, og deretter et pilotintervju. I tråd med Kvale og Brinkmann (2015) ble meningsavklaring av uttrykk og uttalelser fra ungdommene gjort underveis i intervjuene for å sikre at vår forståelse var tilstrekkelig fundert i datamaterialet. Med visshet om at vi som intervjuere har innflytelse på informasjonen som fremkommer, gjorde vi det tydelig for ungdommen før hvert intervju at vi ønsket å høre om både eventuelle

negative og positive erfaringer med MST og forsikret om konfidensialitet, slik at ungdommene skulle kunne uttale seg mest mulig fritt.

Triangulering, som innebærer at forskning vurderes fra minst to synspunkter, eksempelvis bruk av flere forskere, kilder eller metoder, brukes ofte for å styrke reliabiliteten og validiteten i kvalitativ forskning. (Elliot et al., 1999; Flick, 2007). For å redusere mulig bias startet vi analysene med å lese intervjuene hver for oss og startet den initiale kodingen. Så kom vi sammen og diskuterte våre koder. Der hvor vi ikke var enig i forståelsen gikk vi tilbake til intervjuene og leste dem igjen. Dette er i tråd med anbefalingene til Hill og kolleger (2005), og bidrar til å minimere at forskeren overser vesentlig informasjon i datamaterialet eller blir farget av sine egne perspektiv (Hill et al., 2005). Vi har også diskutert alle trinnene i forskningsprosessen åpent med hverandre og med våre veiledere underveis i prosessen som en kredibilitetsjekk. Våre veiledere leste gjennom noen av de transkriberte intervjuene før vi alle kom sammen for diskusjon av funnene.

I en kvalitativ studie er forskeren selv forskningsinstrumentet (Patton, 1990). Forskerens personlige involvering, inkludert erfaring, kunnskap og motivasjon vil påvirke hva slags data som samles inn, og hvordan data analyseres (McLeod, 2013). I den forbindelse er refleksivitet, forskerens bevissthet og refleksjon over sin påvirkning på data sentralt for å vurdere validiteten i en kvalitativ studie (Malterud, 2001). I tråd med retningslinjene gitt av Elliot og kolleger (1999) har vi spesifisert vårt faglige og personlige ståsted, samt forventninger til funn, slik at leseren får et bedre grunnlag til å tolke og vurdere vårt datamateriale og vår forståelse. Vi var bevisste på at eget utgangspunkt påvirker evne til å se nye og ukjente aspekter ved det som undersøkes, samt hvilke oppfølgingsspørsmål som stilles. Vi etterstrebet dermed en lytteholdning som var åpen, nøye og følsom for ulike nyanser i det informantene fortalte, som anbefalt av Kvale og Brinkmann (2015).

Videre har vi arbeidet etter Elliot og kollegers (1999) anbefalinger om å presentere tilstrekkelig med eksempler i form av sitater fra datamaterialet, beskrive vårt utvalg, og presentere forskningsresultatene og vår forståelse på en sammenhengende og integrert måte, samtidig som nyanser i datamaterialet bevares.

Kvale og Brinkmann (2015) bruker begrepet analytisk generalisering om hvordan generalisering kan forstås innenfor kvalitativ forskning. Analytisk generalisering er en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan bruke som rettleiding for hva

som er relevant i andre situasjoner. Dette kan gjøres ved forskeren argumenterer for generaliserbarheten av sine funn, eller at leseren, på grunnlag av detaljerte kontekstuelle beskrivelser fra forskeren vurderer om resultatene kan generaliseres til en ny situasjon. Analytisk generalisering forutsetter at beskrivelsene av forskningsprosessen er av høy kvalitet (Kvale og Brinkmann, 2015).

5.2 Begrensninger ved studien

Studien har flere begrensninger knyttet til hvilke opplevelser med MST vi har fått tilgang til. Utvalget er relativt lite, noe som reduserer funnenes generaliserbarhet med tanke på hvorvidt utvalget er representativt. Generalisering til større utvalg er imidlertid ikke er hovedmål for denne studien, eller for kvalitative studier forøvrig (Binder et al., 2016). Styrken ved kvalitative metoder er at de tillater forskeren å studere mindre utvalg i dybde og detalj (Patton, 1990). Vi har undersøkt hver ungdoms opplevelse av MST grundig, og fått tilgang på rike beskrivelser om hvordan de knyttet mening til sine erfaringer.

Vi har valgt å kun la ungdom som har fullført behandling inngå i vårt datamateriale. En problemstilling blir dermed hvorvidt vi utelater en gruppe som kan ha hatt dårligere erfaringer med MST. Det kan sies å være en svakhet ved studien og resultatene kan ikke generaliseres til de som droppet ut av behandling. MST har imidlertid svært høy andel av familier og ungdom som fullfører behandling. I 2018 var det 90% av familiene som gjennomførte et fullt behandlingsløp. Fullført løp innebærer at behandlingen ikke ble avsluttet fordi MST-teamet ikke oppnådde en behandlingsallianse med familien, eller fordi barnevernet vedtok plassering utenfor hjemmet (K. Taraldsen ved NUBU, personlig kommunikasjon, 30. mars, 2019). Vi vurderte det dermed som hensiktsmessig i denne studien å undersøke de som hadde fullført. En annen begrensning i forbindelse med et mulig positivt bias i datamaterialet, er eventuelle egenskaper ved ungdommene som takket ja til å delta. Det kan tenkes disse var mer motiverte og mer fornøyd med MST enn ungdommene som takket nei. Samtidig er det naturlig å forvente at gavekortet på 500 kr kan virke motiverende.

En annen utfordring var ungdommenes hukommelse av tiden med MST. Flere uttalte at det var vanskelig å huske tilbake, og det kan tenkes at vi hadde fått mer og/eller andre detaljer dersom ungdommenes minner var mer nøyaktige. Vi opplevde imidlertid at samtlige ungdommer kunne gi klare beskrivelser av en rekke opplevelser fra tiden med MST. Flere av

ungdommene hadde konsentrasjons og oppmerksomhetsvansker, og noen ble merkbart rastløse og ukonsentrerte mot slutten av intervjuet. Dette kan tenkes å ha preget noen av intervjuene. Alle informantene ble tilbudt pause underveis, samt mat og drikke. Dette ble gjort for å hjelpe ungdommen til å holde konsentrasjon og oppmerksomhet oppe, samt å møte ungdommen på en positiv og hensynsfull måte.

En metode vi kunne benyttet oss av for ytterligere kvalitetssikring hadde vært å la en eller flere av ungdommene lese gjennom våre resultater og diskusjon, og dermed korrigere evt. misforståelser eller skjevheter i fremstillingen (Elliot et al., 1999). Vår tidsramme for prosjektet tillot imidlertid ikke dette. Dessuten kunne vi da risikere at en eller få av ungdommenes forståelse fikk større prioritet enn de andres.

6 Implikasjoner for behandling og videre forskning

Informantene trekker frem flere aspekter ved behandlingen som de har opplevd som viktige og endringsskapende, men også aspekter som de ikke opplever som nyttige. Å inkludere slike tilbakemeldinger som del av strukturen i MST-behandlingen, vil kunne muliggjøre ytterligere tilpasning av terapien til behovet til hver enkelt ungdom. Dette vil også kunne bidra til økt brukermedvirkning i utforming av tilbud.

Våre funn indikerer forbedringsmuligheter knyttet til metoder MST-terapeuter benytter ovenfor ungdom. Bruk av fysiske aktiviteter og kreative uttrykksformer som eksempelvis tegning, trekkes frem som ønsket av noen av ungdommene i vår studie. Mulige metodeforbedringer kan tenkes å bidra til økt tilfredshet og involvering fra ungdommens side, og det kan være nyttig å utforske dette mer systematisk.

I vårt materiale fremstår det som at terapeutenes evne til å fleksibelt tilpasse seg ungdommene, bidrar til at de får et positivt bilde av vedkommende, og til at de blir mindre skeptiske til behandlingen. Dette er i tråd med Karver og kollegers (2018) anbefalinger for alliansefremmende praksis i terapi. Terapeuten bør forholde seg fleksibelt til ungdommenes utviklingsbehov også når det arbeides innenfor en manualbasert behandlingsform (Karver et al., 2018). Våre resultater understreker hvilken betydning MST-terapeuters kommunikasjonsferdigheter og relasjonskompetanse har når de gjelder å engasjere, skape tillit og komme i posisjon til å hjelpe ungdommen. Funnene peker videre mot viktigheten av at MST-terapeuter er bevisste om og jobber aktivt med involvering av ungdommen, og at de sikrer at de unge opplever å bli hørt i behandling.

Da alliansen fremstår som viktig for ungdommene i vårt utvalg, synes det fruktbart å fokusere på involvering og medbestemmelse knyttet til alle tre komponentene i alliansebegrepet. Ungdommene forteller at de verdsetter medbestemmelse både om mål og metoder i behandlingen.

Involvering av ungdommen kan også verdsettes av omsorgsgiverne. Deres erfaringer er trukket frem i en norsk intervjustudie, der flere foreldre forteller at de har savnet at deres barn i større grad blir involvert i behandling (Bond, 2017).

Å etterstrebe ungdommenes deltakelse og involvering kan ha flere fordeler. Det er likevel viktig at dette ikke går på bekostning av deres autonomi. Dette understreker også Paradisopoulos og kolleger (2015) i forbindelse med funnene i deres kvalitative studie av brukererfaringer med MST. En metaanalyse viser at opplevd autonomi for ungdom i behandling er moderat assosiert med grad av deltakelse, noe vi igjen vet er relatert til behandlingsutfall (Karver, Handlesman, Fields & Bickman, 2006). Våre resultater tyder på at ønsket grad av involvering i behandling varierer fra ungdom til ungdom, og viser at det er viktig for ungdommene å kunne være med å bestemme dette.

Det bør forskes videre på hvilke faktorer som bidrar til å utvikle og styrke den terapeutiske alliansen mellom ungdom og terapeut i MST-behandling. Studien som har undersøkt dette, fokuserer kun på bånd-komponenten i Bordins alliansemodell (Glebova et al., 2018). Studien finner at styrken på båndet mellom ungdom og terapeut ikke er signifikant relatert til behandlingsutfall. I våre resultater fremstår både bånd-, oppgave- og målkomponentene som sentrale i alliansen. Det vil derfor være interessant med fremtidig forskning som inkluderer alle de tre komponentene i alliansebegrepet.

Det vil videre være hensiktsmessig med flere kvalitative studier som inkluderer større utvalg av ungdommer som har mottatt MST. Inkludering av tilfeller der behandlingen er avbrutt, vil kunne gi ytterligere kunnskap om hvilke grep og teknikker som fungerer godt, og hvilke som er mindre fruktbare.

7 Konklusjon

Denne studien gir et bilde av seks ungdommers opplevelser av multisystemisk terapi. Ved oppstart av behandling hadde ungdommene ulike sosiale, emosjonelle og atferdsmessige vansker. De stod i konflikt med familiemedlemmer, viste utagerende atferd, skulket skolen og hadde rusproblemer. Flere hadde også negative erfaringer med tidligere hjelpetiltak. I ungdommenes beskrivelser fremstår spesielt muligheten til medbestemmelse i behandling, et terapifokus som innebærer arbeid med omgivelsene, samt et positivt bilde av terapeuten som sentralt. Disse temaene ser ut til å ha vært viktige for ungdommenes tilfredshet med behandlingen og opplevde endringsprosesser. Informantene fremår som generelt fornøyde, med unntak av en, som var noe ambivalent.

Ut fra ungdommenes beskrivelser fremstår det systemiske fokuset som sentralt i deres opplevelse av endring. Dette er i tråd med MST-teori og behandlingsmodellens mål, der foreldrene og andre betydningsfulle voksne anses som de viktigste personene for å oppnå bærekraftige endringer (Henggeler et al., 2013).

Den terapeutiske alliansen fremstår som betydningsfull i ungdommenes fortellinger. Det tekniske aspektet ved alliansen synliggjøres gjennom de unges opplevelser av å kunne bestemme og bli hørt når det gjelder mål, metoder og grad av involvering i behandlingen. Våre funn vitner samtidig om at noen av informantene var misfornøyde med visse metoder. Båndaspektet i alliansen bringes inn gjennom ungdommenes opplevelse av å like og ha tillit til terapeuten. Til tross for heterogenitet hva gjelder involvering og antall møter med terapeuten, samt visse uenigheter i metoder, forteller samtlige informanter at de likte terapeuten.

Resultatene understreker viktigheten av terapeutens kommunikasjonsferdigheter og relasjonskompetanse for å skape tillit og engasjement hos den unge. Ungdommenes fortellinger vitner om MST-terapeuter som ofte tilpasset seg deres utviklingsnivå, og bidro til at intervensjoner og metoder opplevdes som relevante for hver enkelt ungdom i deres situasjon. Dette er i tråd med terapimodellens mål om manualbasert fleksibilitet.

De ulike aspektene ved alliansen slik det fremkommer i denne studien ser ut til å kunne inngå i et komplekst samspill. Systemarbeidet synes å gjøre seg gjeldende i dette samspillet mellom

teknikk og relasjon, der teknikker i form av intervensjoner i omgivelsene ser ut til å styrke relasjonen mellom terapeuten og ungdommen. Våre funn indikerer at medbestemmelse, positive endringer i omgivelsene samt et positivt bilde av terapeuten kan ha virket alliansefremmende, og bidratt til en opplevelse av relevant endring for disse ungdommene.

Litteraturliste

- Avis, M. (2005). Is there an epistemology for qualitative research? I I. Holloway (Red.), *Qualitative Research in Health Care* (s. 3–15). Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Bengtson, M. (2016). Ungdommens prosjekt. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind 1* (2.utg.) (s. 185–203). Oslo: Gyldendal.
- Berge, T., Vedlog, A. & Ekern, P. (2011). Bruker spør bruker: Brukerperspektivet i psykisk helsevern. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48 (7), 659–663. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/fra-praksis/2011/07/bruker-spor-bruker-brukerperspektivet-i-psykisk-helsevern?redirected=1>
- Binder, P. E., Schanche, E., Holgersen, H., Nielsen, G. H., Hjeltnes, A., Stige, S. H., Veseth, M. & Moltu, C. (2016). Why do we need qualitative research on psychological treatments? The case for discovery, reflexivity, critique, receptivity, and evocation. *Scandinavian Psychologist*, 3, e8. <https://doi.org/10.15714/scandpsychol.3.e8>
- Braun, V. & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3, 77–101. <http://dx.doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Braun, V. & Clarke, V. (2013). *Successful qualitative research: A practical guide for beginners*. London: Sage Publications Ltd.
- Bordin, E. S. (1979). The generalizability of the psychoanalytic concept of the working alliance. *Psychotherapy: Theory, Research, and Practice*, 16, 252–260. <http://dx.doi.org/10.1037/h0085885>
- Boden, J.M., Fergusson, D.L. & Horwood, J. (2010). Risk factors for conduct disorder and oppositional/ Defiant Disorder: Evidence from a New Zealand Birth Cohort. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 49 (11), 1125–1133. <https://doi.org/10.1016/j.jaac.2010.08.005>
- Bond, L.A.S. (2017). *En intervjustudie av MST – «Foreldreperspektiver på behandlingsprosess og utfall.»* (Hovedoppgave). Psykologisk institutt: Universitetet i Oslo. Hentet fra: <https://www.duo.uio.no/bitstream/handle/10852/56260/En-intervjustudie-av-MST--Foreldreperspektiver-p--behandlingsprosess-og-utfall-.pdf?sequence=1>
- Borduin, C. M., Mann, B. J., Cone, L. T., Henggeler, S. W., Fucci, B. R., Blaske, D. M., & Williams, R. A. (1995). Multisystemic treatment of serious juvenile offenders: Long-term prevention of criminality and violence. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63(4), 569-578. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.63.4.569>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development: Experiments by nature and design*. Cambridge MA: Harvard University press.

- Bufdir.(2018, 15. November). Adferdsvansker – ulike metoder. Hentet fra:
https://www.bufdir.no/Barnevern/Tiltak_i_barnevernet/Metoder/
- Christensen, B. & Lønnum, K. (2018). Lost in translation? *KONTEKSTonline*, 2. utgave, 36–42. Hentet fra: <https://www.nubu.no/utgave-2/lost-in-translation-article3034-2504.html>
- Christensen, B. & Mauseth, T. (2007). Multisystemisk terapi: familie- og nærmiljøbasert behandling av ungdom med alvorlige adferdsvansker. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44 (9), 1095–1106. Hentet fra:
<https://psykologtidsskriftet.no/fagartikkel/2007/09/multisystemisk-terapi-familie-og-naermiljobasert-behandling-av-ungdom-med>
- Diamond, G.M., Liddle H.A., Hogue A. & Dakof, G.A. (1999). Alliance-building interventions with adolescents in family therapy: A process study. *Psychotherapy*, 36, 355–67. <http://dx.doi.org/10.1037/h0087729>
- Digiuseppe, R., Linscott, J. & Jilton, R. (1996). Developing the therapeutic alliance in child-adolescent psychotherapy. *Applied and preventive Psychology*, 4(2), 85–100
[https://doi.org/10.1016/S0962-1849\(96\)80002-3](https://doi.org/10.1016/S0962-1849(96)80002-3)
- Elliott, R., Fischer, C. T. & Rennie, D. L. (1999). Evolving guidelines for publication of qualitative research studies in psychology and related fields. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 215–229. doi: 10.1348/014466599162782.
- Everall, R.D. & Paulson, B.L. (2002). The therapeutic alliance: adolescent perspectives. *Counselling and Psychotherapy Research* 2(2), 78–87.
<https://doi.org/10.1080/14733140212331384857>
- Farrington, D.P. (2005). Childhood Origins of Antisocial Behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12, 177–190. <https://doi.org/10.1002/cpp.448>
- Flick, U. (2007). *Managing Quality in Qualitative research*. London: Sage Publicaions Ltd.
- Forandringsfabrikken. (2018, 28. november). Klokhet om rus. Hentet fra:
http://www.forandringsfabrikken.no/files/klokhetomrus_web_epost_26nov.pdf
- Gardner, F., Burton, J. & Klimes, L. (2006). Randomised controlled trial of a parenting intervention in the voluntary sector for reducing child conduct problems: outcomes and mechanisms of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47(11), 1123–1132. doi:10.1111/j.1469-7610.2006.01668.x
- Glebova, T., Foster,S. L., Cunningham, P. B., Brennan, P. & Whitmore,E.A. (2018). Therapists' and Clients' Perceptions of Bonding as Predictors of Outcome in Multisystemic Therapy. *Family Process*, 57 (4) 867–883. doi: 10.1111/famp.12333
- Granic, I., Otten, R., Blokland, K., Solomon, T., Engels, R. C. M. E. & Ferguson, B. (2012). Maternal depression mediates the link between therapeutic alliance and improvements

- in adolescent externalizing behavior. *Journal of Family Psychology*, 26, 880–885.
<http://dx.doi.org/10.1037/a0030716>
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S.K & Borduin, C. M, Rowland,M.D. & Cunningham,P.B. (2000). *Multisystemisk behandling av barn og unge med atferdsproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget
- Henggeler, S.W. (2011). Efficacy Studies to Large-Scale Transport: The Development and Validation of Multisystemic Therapy Programs. *Annual Review of clinical Psychology*, 7, 351–381. doi: 10.1146/annurev-clinpsy-032210-104615
- Henggeler, S. W., Schoenwald, S. K., Borduin, C. M., Rowland, M. & Cunningham P. B. (2013). *Multisystemisk terapi: for barn og unge med alvorlige atferdsvansker*. Oslo: Gyldendal
- Henggeler, S.W. & Schaeffer, C. M. (2016). Multisystemic Therapy: Clinical Overview, Outcomes, and Implementation Research. *Family Process*, 55(3).
<http://dx.doi.org/10.1111/famp.12232>
- Hill, C. E., Knox, S., Thompson, B. J., Williams, E. N., Hess, S. A. & Ladany, N. (2005). Consensual qualitative research: An update. *Journal of Counseling Psychology*, 52(2), 196–205. doi:10.1037/0022-0167.52.2.196
- Hubble, M.A., Duncan, B.L. & Miller, S.D. (1999) *The heart & soul of change. What works in therapy*. Washington DC: American Psychological Association.
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2005). A Theoretical Model of Common Process factors in Youth and Family Therapy. *Mental Health Services Reserach*, 7 (1), 35-5. Doi: 10.1007/s11020-005-1964-4
- Karver, M. S., Handelsman, J. B., Fields, S. & Bickman, L. (2006). Meta-analysis of therapeutic relationship variables in youth and family therapy: The evidence for different relationship variables in the child and adolescent treatment outcome literature. *Clinical Psychology Review* 26 (1), 50–65. Doi:
<https://doi.org/10.1016/j.cpr.2005.09.001>
- Karver, M. S., De Nadai, A. S., Monahan, M. & Shirk, S. R. (2018). Meta-analysis of the prospective relation between alliance and outcome in child and adolescent psychotherapy. *Psychotherapy*, 55(4), 341–355. <http://dx.doi.org/10.1037/pst0000176>
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal.
- Letourneau, E.J., Henggeler, S.W., Borduin, C.M., Schewe P.A., McCart, M.R., Chapman J.E. & Saldana, L. (2009). Multisystemic therapy for juvenile sexual offenders: 1-year results from a randomized effectiveness trial. *Journal of Family Psychology*, 23(1), 89–102. <http://dx.doi.org/10.1037/a0014352>

- Liddle, H. A. (1995). Conceptual and clinical dimensions of a multidimensional, multisystems engagement strategy in family-based adolescent treatment. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 39–58. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.32.1.39>
- Littell, J. H., Campbell, M., Green, S. & Toews, B. (2005). Multisystemic therapy for social, emotional, and behavioral problems in youth aged 10–17. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4, 19 (4). Doi: 10.1002/14651858.CD004797.pub4.
- Magnusson, E. & Marecek, J. (2015). *Doing Interview-based Qualitative Research: A Learner's Guide*. Cambridge: Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781107449893>
- Malterud, K. (2001). Qualitative research: standards, challenges, and guidelines. *The Lancet*, 358, 483–488. [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(01\)05627-6](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(01)05627-6)
- Mauseth, T. (2016). Den unges plass og betydning i Multisystemisk behandling av alvorlige adferdsforstyrrelser. I H. Haavind & H. Øvreide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Bind 1* (2.utg.) (s. 227–257) Oslo: Gyldendal.
- McLeod, J. (2013). Qualitative Research: Methods and Contributions. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6. Utgave. s. 49–84). Hoboken, New Jersey: John Wiley & Sons, Inc.
- Nissen-Lie, H. A. (2013). Teknikk eller relasjon i psykoterapi: En uhensiktsmessig dikotomi? I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s. 316–342). Oslo: Pax.
- Nock, M.K., Kazdin, A.E., Hiripi, E. & Kessler, R.C. (2006). Prevalence, Subtypes, and correlates of DSM- IV Conduct Disorder in the National Comorbidity Survey Replication. *Psychol Med*, 36(5). 699–710. doi: 10.1017/S0033291706007082
- Oddli, H. W. & Kjøs, P. (2013). Å gjøre endring relevant – alliansen som knutepunkt. I K. Benum, E. D. Axelsen & E. Hartmann (Red.), *God Psykoterapi: Et Integrativt Perspektiv* (s.194–215). Oslo: Pax.
- Ogden, T. (2002). Multisystemisk behandling av atferdsproblemer– teori og forskningsgrunnlag. *Tidsskrift for ungdomsforskning* 2 (2), 39–58 Hentet fra: <https://journals.hioa.no/index.php/ungdomsforskning/article/view/1164>
- Ogden, T. & Halliday-Boykins, C. A. (2004). Multisystemic Treatment of Antisocial Adolescents in Norway: Replication of Clinical Outcomes Outside of the US. *Child and Adolescent Mental Health*, 9(2), 77–83. Doi:10.1111/j.1475-3588.2004.00085.x
- Ogden, T. & Hagen, K. A. (2006a). Virker MST? Kommentarer til en systematisk forskningsoversikt og meta-analyse av MST. *Nordisk sosialt arbeid*, 26 (3), 222–233. Hentet fra:

https://www.idunn.no/nsa/2006/03/virker_mst_kommentarer_til_en_systematisk_forsk_nings-_oversikt_og_meta-anal

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

Ogden, T. (2015). *Sosial kompetanse og problemferd hos barn og unge*. Oslo: Gyldendal.

Paradisopoulos, D., Pote H., Fox, S. & Kaur, P. (2015). Developing a model of sustained change following multisystemic therapy: young people's perspectives. *Journal of Family Therapy*, 37 (4), 471–491. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12070>

Patton, M. Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods* (2nd ed.). Newbury Park, California: Sage Publications, Inc.

Sawyer, A. M. & Borduin, C. M. (2011) Effects of multisystemic therapy through midlife: A 21.9-year follow-up to a randomized clinical trial with serious and violent juvenile offenders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 79, 643–652. <http://dx.doi.org/10.1037/a0024862>

Scott, S., Knapp, M., Henderson, J. & Maughan, B. (2001). Financial Cost Of Social Exclusion: Follow Up Study Of Antisocial Children Into Adulthood. *BMJ: British Medical Journal*, 323(7306), 191–194. doi: <https://doi.org/10.1136/bmj.323.7306.191>

Shelef, K., Diamond, S.M., Diamond G.S. & Liddle, H.A. (2005). Adolescent and parent alliance and treatment outcome in multidimensional family therapy. *Journal of consulting and clinical Psychology*, 73 (4), 689–698. <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.73.4.689>

Sommers-Flanagan, J. & Sommers-Flanagan, R. (1995). Psychotherapeutic techniques with treatment-resistant adolescents. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 32(1), 131–140. <http://dx.doi.org/10.1037/0033-3204.32.1.131>

Strand, N. (2016). «Atferd» under angrep. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 53(11), 880–881. Hentet fra: <https://psykologtidsskriftet.no/na/2016/11/atferd-under-angrep>

Taylor, L., Adelman, H. & Kaser-Boyd, N. (1986). The Origin Climate Questionnaire as a tool for studying psychotherapeutic process. *Journal of Child & Adolescent Psychotherapy*, 3(1), 10–16.

Tighe, A., Pistrang, N., Casdagli, L., Baruch, G. & Butler, S. (2012). Multisystemic therapy for young offenders: Families' experiences of therapeutic processes and outcomes. *Journal of Family Psychology*, 26(2), 187–197. doi:10.1037/a0027120

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

Ungsinn. (2017, 7. Desember). Kunnskapsoppsummering og klassifisering av tiltaket: MST. Hentet fra: https://ungsinn.no/post_tiltak_arkiv/multisystemisk-terapi-mst-2-utg/

Vedlegg

Vedlegg A

Intervjuguide til ”En intervjustudie i MST”

Innledning: Demografiske data og informasjon om intervjuet

- Informere om varighet på omtrent en time
- Informere om formålet med studien; Å forstå bedre hvordan MST oppleves for ungdommen og få ungdommens perspektiv. /” Jeg er kjempeinteressert i hvordan MST har vært for deg”. Få frem at det er bra ungdommen er her
- “Vi vil gjerne høre om både hva som har vært bra og dårlig”

- Alder og kjønn på ungdommen
- Hvem er hovedsorgsperson for ungdommen? Begge, mor, far eller andre

Tema 1: Generell opplevelse av MST

Åpne spørsmål

- Fortell meg litt om hva som gjorde at du og familien din kom i kontakt med MST?
- Hvordan hadde du det på den tiden?
- Fortell meg litt om hvordan det var for deg å være med på MST?

Mulige oppfølgingsspørsmål

- Kan du fortelle litt om hvordan dere (du/familien din/MST-teamet) jobbet?
- Hvordan var det at noen kom hjem til deg? At noen involverte seg i ulike deler av livet ditt?
- Var det noe du likte?
- Var det noe du ikke likte eller som var ubehagelig/plaget deg?
- Kan du huske noe du synes var til hjelp?
- Var det noe du synes ikke hjalp eller gjorde ting verre?
- Hvis du skulle fortalt vennene dine om MST, hva ville du sagt?

- Hvis du har mottatt hjelp fra andre (eks. PPT, BUP eller andre tiltak fra barnevernet eller andre) - hvordan synes du MST var sammenliknet med annet du/dere har fått? Hvordan var det likt eller forskjellig fra disse?

Tema 2: Involvering av ungdommen

Åpne spørsmål:

- Fortell litt om hvordan du var involvert i det dere jobbet med i MST?
(For eksempel: ble du spurt om hva som var viktig for deg, opplevde du at de hørte på deg, at du ble inkludert i det som skjedde?)

Mulige oppfølgingsspørsmål:

- Opplevde du at du var med på å bestemme hva dere skulle jobbe med i MST? På hvilken måte?
- Opplevde du at dine meninger var viktige? På hvilken måte?
- Opplevde du å bli spurt om hva du synes?
- På hvilken måte var du med på diskusjoner?
- Var du enig eller uenig med terapeuten? Hvordan var dette?

Tema 3: Erfaringer med terapeuten

Åpne spørsmål:

- Hvordan opplevde du samarbeidet med terapeuten?
- Si litt om hva du synes om han/henne

Mulige oppfølgingsspørsmål:

- Opplevde du at terapeuten forsto hvordan du hadde det?
- Likte du terapeuten?
- Var det noe terapeuten sa eller gjorde som hjalp deg? På hvilken måte var det hjelpsomt?
- Var de noe terapeuten sa eller gjorde som ikke hjalp/plaget deg?

- Hva likte du/likte du ikke med måten terapeuten jobbet på?
- Hvordan var terapeuten å jobbe sammen med?
- Hvordan var det å ha noen å snakke med om problemene dine/i familien?

Tema 4: Endringsprosesser

Åpne spørsmål:

- Du fortalte meg litt i sted om hvordan du hadde det da du og familien din kom i kontakt med MST. (Du sa bla ... oppsummer kort). Hvordan har du det nå? Er det noe som har forandret seg?
- Hvordan forstår du det? /Har MST noe med dette å gjøre? Eller er det andre ting i livet ditt som har påvirket det?

Hjelpespørsmål dersom viktige temaer ikke dekkes/ønskes utdypet etter første narrativ:

- Tror du MST har forandret:

- hvordan dere i **familien** har det sammen?
(På hvilken måte?/ Hvordan synes du MST hjalp til med det?)
- hvordan dere i familien **forstår hverandre**?
(På hvilken måte?/ Hvordan synes du MST hjalp til med det?)
- hvordan **foreldrene** dine behandler deg?
(På hvilken måte?/ Hvordan synes du MST hjalp til med det?)
- hvem du **henger med**?
(På hvilken måte? / Hvordan synes du MST hjalp til med det?)
- hvordan det går med **skole**?
(På hvilken måte?/ Hvordan synes du MST hjalp til med det?)
- hva du tenker om **fremtiden**?
(På hvilken måte?/ Hvordan synes du MST hjalp til med det?)
- **hva du tenker om deg selv**?
(På hvilken måte?/ Hvordan synes du MST hjalp til med det?)
- hvordan din måte **å være på kan påvirke andre**? (F. eks hjemme med foreldre)
(På hvilken måte?/ Hvordan synes du MST hjalp til med det?)

Mulige oppfølgingsspørsmål:

- Bidro MST til at du ville endre din måte å være på? I såfall, hvordan?
- Hva har hjulpet deg til å holde deg unna problemer/trøbbel? Var det noe terapeuten foreslo?
- Er det noe du synes MST burde gjort annerledes?
- Hvis en av vennene dine hadde hatt samme type problemer som du hadde, ville du anbefalt MST som noe som kunne hjelpe? Hvorfor/hvorfor ikke?
- Hvis du nå prøver å se for deg at du skulle vært en MST-terapeut og skulle ha hjulpet ungdom til å få det bedre, hva tenker du ville vært viktig å gjøre?

Om avslutningen

- Hvor lenge var MST involvert i din familie? Hvordan var det da de trakk seg ut?

Avslutning

- Da er jeg ferdig med de spørsmålene jeg hadde. Er det noe som er viktig for deg som jeg ikke har spurt deg om eller noe du har lyst til å si/legge til?
- Er det noe du lurer på?

- Takk ungdommen for at de stilte opp

Vedlegg B: Infoskriv og samtykkeerklæring

Vil du delta i forskningsprosjektet En intervjustudie av MST?

Dette er et spørsmål til deg om å være med i en forskningsstudie for å få mer kunnskap om hvordan Multisystemisk terapi (MST) oppleves for ungdom. Vi er to psykologistudenter som vil undersøke hvordan MST har vært for deg.

Formål/hvorfor

Vi ønsker å snakke med deg for å kunne forstå bedre hvordan MST oppleves, slik at dette kan bidra til å gjøre behandlingen bedre. Dette kan hjelpe andre ungdommer som får behandling i fremtiden. Vi ønsker å høre om dine erfaringer, både positive og negative, og forstå mer av hva ungdom mener er bra eller dårlig med behandlingen.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Prosjektet er en del av en hovedoppgave i psykologi og gjøres av psykologistudentene Mathilde Breen og Rannveig Strømsvåg. Prosjektet er et samarbeid mellom Universitetet i Oslo og Nasjonalt Utviklingssenter for Barn og Unge (NUBU). Prosjektleder er psykolog Margrethe Seeger Halvorsen, ved Universitetet i Oslo.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Ungdom som har fått MST-behandling som har vært avsluttet i løpet av det siste året, og som er i nærheten av Oslo-området vil få spørsmål om å delta.

Hva betyr det for deg å delta?

Hvis du velger å delta så vil du bli intervjuet om dine erfaringer med MST. Intervjuet handler blant annet om hvordan du opplevde behandlingen, samarbeidet med terapeuten og hvordan situasjonen er nå etter at behandlingen er ferdig. Intervjuet tar omtrent 1 time, og vil gjennomføres i løpet av høsten 2018. Intervjuet gjennomføres i MST sine lokaler, på et tidspunkt som passer deg. Dersom dette er vanskelig er det mulig å gjennomføre intervjuet hjemme hos deg eller et annet sted du ønsker. En av studentene vil intervju deg, og det vil bli tatt lydopptak av intervjuene for at vi skal huske alt du har fortalt.

Hvis du vil være med vil du få et gavekort på 500 kr.

For pårørende: Det kan komme frem informasjon om andre personer enn ungdommen i intervjuet. Dette kan være informasjon om hvordan ungdommene har opplevd foreldre,

terapeut eller andre personer i forbindelse med MST-behandlingen. Denne type informasjon vil bli anonymisert under transkriberingen av intervjuet.

Under intervjuet kommer vi til å stille noen spørsmål om dine foreldre i forbindelse med MST. Derfor er det fint om du forteller dine foreldre om at du har deltatt i dette intervjuet og at du har pratet litt om foreldrene dine. På denne måten vet også foreldrene dine at de er en del av vårt masterprosjekt. Du trenger ikke å fortelle foreldrene dine akkurat hva vi har snakket om. De opplysningene som kommer frem om foreldrene dine kommer til å bli anonymisert når vi transkriberer (skriver ned) informasjonen fra lydopptakene.

Det er frivillig å delta

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst, og uten å oppgi noen grunn, trekke deg fra prosjektet. Om du ønsker å delta vil MST-lederen gi kontaktinfo til studentene. De vil da ta kontakt med deg, for å avtale sted for intervju, og på et tidspunkt som passer for deg. Før intervjuet starter må du skrive under på et samtykkeskjema du får av studenten på at du ønsker å delta i studien. Er du under 16 år, må også din/dine omsorgspersoner samtykke og skrive under på at du kan få være med i studien.

Dersom du trekker deg fra prosjektet slettes alle opplysninger om deg. Eventuelle anonymiserte opplysninger som er med i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner, vil ikke kunne slettes da vi ikke kan identifisere disse i brukt materiale. Anonymiserte opplysninger er informasjon der du som person ikke vil kunne gjenkjennes. Du får gavekort selv om du trekker deg.

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

Informasjonen som registreres om deg behandles strengt konfidensielt, og skal kun brukes slik som beskrevet over. Det betyr at ingen vil kunne knytte ditt navn til intervjuopptaket. Opptaket av intervjuet vil bli oppbevart i et sikkert system (TSD, som er Universitetet i Oslos sikkerhetslagring), som ingen andre har tilgang til enn de som jobber på dette prosjektet. Informasjon som brukes i oppgaven vil være anonymisert dvs. at du som person ikke vil kunne gjenkjennes. Personidentifiserbare opplysninger som vi får av MST-lederne (som ditt navn og telefonnummer), vil bli oppbevart i et låst arkivskap. Lydfiler vil slettes 31. desember 2019 når prosjektet avsluttes.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Anonymiserte data vil lagres i 10 år fra prosjektslutt i forbindelse med eventuell forskning og kvalitetssikring.

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke personopplysninger som er registrert om deg,
- å få rettet personopplysninger om deg,
- få slettet personopplysninger om deg,
- få utlevert en kopi av dine personopplysninger (dataportabilitet), og
- å sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger.

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke. På oppdrag fra Psykologisk institutt, UiO har NSD – Norsk senter for forskningsdata AS vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Har du spørsmål eller ønsker å trekke deg?

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

- Prosjektleder Margrethe Seeger Halvorsen. Telefonnummer 22845205 eller e-post m.s.halvorsen@psykologi.uio.no
- Student Mathilde Breen. Telefonnummer 92440723 eller e-post mathilbr@student.sv.uio.no
- Student Rannveig Strømsvåg. Telefonnummer 95932053 eller e-post rannvst@student.sv.uio.no
- Vårt personvernombud: personvernombudet ved UiO, på e-post: personvernombudet@uio.no
- NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på e-post personverntjenester@nsd.no eller telefon: 55 58 21 17.

Med vennlig hilsen

Prosjektansvarlig

Studenter

Margrethe Seeger Halvorsen

Rannveig Strømsvåg og Mathilde Breen

Samtykkeerklæring (deltakere over 16 år)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "En intervjustudie av MST" og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet

(Sted og dato)

(Deltakers signatur)

(Deltakers navn med trykte bokstaver)

Samtykkeerklæring (deltakere under 16 år)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "En intervjustudie av MST" og har fått anledning til å stille spørsmål.

Jeg samtykker til å delta i prosjektet

(Sted og dato)

(Deltakers signatur)

(Deltakers navn med trykte bokstaver)

Samtykkeerklæring for pårørende til deltagere under 16 år

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet "En intervjustudie av MST" og har fått anledning til å stille spørsmål.

(Sted og dato)

(Pårørendes signatur)

(Pårørendes navn med trykte bokstaver)

(Sted og dato)

(Pårørendes signatur)

(Pårørendes navn med trykte bokstaver)

Vedlegg C: Svar fra REK

Vår ref.nr.: 2018/1989 C

Hei.

Vi viser til innsendt skjema for fremleggingsvurdering av ovennevnte prosjekt, mottatt 05.10.18.

I henvendelsen angis følgende om formålet med prosjektet: Studien er en kvalitativ undersøkelse der formålet er å få et brukerperspektiv på multisystemisk terapi ved å intervju om lag 8 ungdom mellom 12 og 18 år som har fullført behandlingen. Studien tar utgangspunkt i en lignende studie gjennomført i England (Tighe et al., 2012), og gjøres under ledelse av Universitetet i Oslo, i samarbeid med Nasjonalt Utviklingscenter for Barn og Unge (NUBU). Multisystemisk terapi (MST), er en evidensbasert familie og hjemmebasert intervensjon for unge mennesker med alvorlige atferdsproblemer.

I forhold til spørsmål om tvil ved fremleggingsplikten, sier søker: Etter telefonsamtale med REK ble vi informert om at prosjektet ser ut itl å falle utenfor helseforskningslovens virkeområde, men ble likevel anbefalt å sende inn fremleggsvurdering slik at vi kan vise til denne som en formalitet.

Denne studien er en søsterstudie til en tidligere intervjustudie i MST, REK-referanse 2016/942 REK sør-øst D. I søsterstudien vurderte REK at det ikke krevdes godkjenning fra REK for å gjennomføre prosjektet.

Helseforskningslovens gjelder for medisinsk og helsefaglig forskning, forstått som virksomhet som utføres med vitenskapelig metodikk for å skaffe til veie ny kunnskap om helse og sykdom, jf. helseforskningslovens § 4.

Vi deler søkers vurdering av at dette prosjektet ikke kommer inn under helseforskningslovens bestemmelser, og at det kan gjennomføres uten REK-godkjenning, jf. helseforskningslovens §§ 2 og 4.

Vi antar for øvrig at prosjektet kommer inn under de interne regler for behandling av

opplysninger som gjelder ved ansvarlig virksomhet. Søker bør derfor ta kontakt med enten forskerstøtteavdeling eller personvernombud for å avklare hvilke retningslinjer som er gjeldende.

Vi gjør videre oppmerksom på at konklusjonen er å anse som veiledende jfr. forvaltningsloven § 11.

Dersom dere likevel ønsker å søke REK, vil søknaden bli behandlet i komitémøte, og det vil bli fattet et enkeltvedtak etter forvaltningsloven.

Med vennlig hilsen

Tor Even

Marthinsen

seniorrådgiver post@helseforskning.etikkom.no

<<mailto:post@helseforskning.etikkom.no>> T: 22845521

Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk REK sør-øst-Norge
(REK sør-øst) <http://helseforskning.etikkom.no>

Vedlegg D: Svar fra NSD

NSD sin vurdering

Prosjekttittel

En intervjustudie i MST

Referansenummer: 723079

Registrert: 28.09.2018 av Rannveig Strømsvåg - rannvst@student.sv.uio.no

Behandlingsansvarlig institusjon: Universitetet i Oslo / Det samfunnsvitenskapelige fakultet
/ Psykologisk institutt

Prosjektansvarlig (vitenskapelig ansatte/veileder eller stipendiat)

Margrethe Seeger Halvorsen, m.s.halvorsen@psykologi.uio.no, tlf: 22845205

Type prosjekt

Studentprosjekt, masterstudium

Kontaktinformasjon, student

Rannveig Strømsvåg, rannveig2@live.no, tlf: 95932053

Prosjektperiode

15.10.2018 - 31.12.2019

Status

11.10.2018 - Vurdert

Vurdering (1)

11.10.2018 – Vurdert

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

MELD ENDRINGER Dersom behandlingen av personopplysninger endrer seg, kan det være nødvendig å melde dette til NSD ved å oppdatere meldeskjemaet. På våre nettsider informerer vi om hvilke endringer som må meldes. Vent på svar før endringen gjennomføres.

TYPE OPPLYSNINGER OG VARIGHET Prosjektet vil behandle særlige kategorier om psykososiale helseforhold og alminnelige personopplysninger frem til 31.12.2019.

LOVLIG GRUNNLAG FOR DE REGISTRERTE (UNGDOMMENE) Prosjektet vil innhente samtykke fra de registrerte til behandlingen av personopplysninger. Vår vurdering er at prosjektet legger opp til et samtykke i samsvar med kravene i art. 4 nr. 11 og art. 7, ved at det er en frivillig, spesifikk, informert og utvetydig bekreftelse, som kan dokumenteres, og som den registrerte kan trekke tilbake. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være den registrertes uttrykkelige samtykke, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 a), jf. art. 9 nr. 2 bokstav a, jf. personopplysningsloven § 10, jf. § 9 (2).

LOVLIG GRUNNLAG FOR TREDJEPERSONER (PÅRØRENDE OG TERAPEUTER) Det skal ikke innhentes samtykke fra pårørende og fra terapeuter, men tredjepersoner skal få informasjon om den behandlingen som finner sted. NSD finner at prosjektet skal behandle personopplysninger om tredjepersoner med grunnlag i en oppgave av allmenn interesse. Vår vurdering er at behandlingen oppfylder vilkåret om vitenskapelig forskning, jf. personopplysningsloven § 8, og dermed utfører en oppgave i allmenhetens interesse. Lovlig grunnlag for behandlingen vil dermed være utførelse av en oppgave i allmenhetens interesse, jf. personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav e, jf. art. 6 nr. 3, jf. personopplysningsloven § 8.

PERSONVERNPRINSIPPER NSD finner 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 (UNGDOMMENES) RETTIGHETER De registrerte/ungdommene vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 13), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), dataportabilitet (art. 20). Rettighetene etter art. 15-20 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. NSD vurderer at informasjonen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13.

TREDJEPERSONERS (PÅRØRENDE OG TERAPEUTER) RETTIGHETER

Tredjepersoner vil ha følgende rettigheter i prosjektet: åpenhet (art. 12), informasjon (art. 14), innsyn (art. 15), retting (art. 16), sletting (art. 17), begrensning (art. 18), underretning (art. 19), protest (art. 21). Rettighetene etter art. 15-19 gjelder så lenge den registrerte er mulig å identifisere i datamaterialet. NSD vurderer at informasjonen om behandlingen som de registrerte vil motta oppfyller lovens krav til form og innhold, jf. art. 12.1 og art. 13. Vi minner om at hvis en tredjeperson tar kontakt om sine rettigheter, har behandlingsansvarlig institusjon plikt til å svare innen en måned.

FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER NSD legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32) For å forsikre dere om at kravene oppfylles, må prosjektansvarlig følge interne retningslinjer/rådføre dere med behandlingsansvarlig institusjon.

OPPFØLGING AV PROSJEKTET NSD vil følge opp underveis (hvert annet år) og ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet/pågår i tråd med den behandlingen som er dokumentert. Lykke til med prosjektet! Kontaktperson hos NSD: Belinda Gloppen Helle Tlf. Personverntjenester: 55 58 21 17 (tast 1)