

Feedback-verktøy i terapi med barn og unge

*En litteraturgjennomgang og en kvalitativ studie av
behandlernerfaringer med HETA*

*(The **H**opes and **E**xpectations for **T**reatment **A**pproach)*

Hanne Adele Helbæk-Platou



Hovedoppgave ved Psykologisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

VÅR 2015

Feedback-verktøy i terapi med barn og unge: En litteraturgjennomgang og en kvalitativ studie av behandlererfaringer med HETA (The Hopes and Expectations for Treatment Approach).

En hovedoppgave av Hanne Adele Helbæk-Platou ved Psykologisk institutt, Universitetet i Oslo. Levert våren 2015

© Hanne Adele Helbæk-Platou

2015

Feedback-verktøy i terapi med barn og unge: En litteraturgjennomgang og en kvalitativ studie av behandlererfaringer med HETA (The Hopes and Expectations for Treatment Approach).

Forfatter: Hanne Adele Helbæk-Platou

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

Trykk: Reprosentralen, Universitetet i Oslo

IV

Sammendrag

Forfatter: Hanne Adele Helbæk-Platou

Tittel: Feedback-verktøy i terapi med barn og unge: En litteraturgjennomgang og en kvalitativ studie av behandlererfaringer med HETA (The Hopes and Expectations for Treatment Approach).

Hovedveileder: Helene Amundsen Nissen-Lie **Biveileder:** Erik Stånicke

Bakgrunn: Med stadig økende krav til dokumentert effekt av psykologisk behandling, er det særlig de siste årene utviklet flere typer feedback-verktøy i et forsøk på å møte dette behovet og å kunne forbedre behandlingsprosess og terapiutfall. Hovedvekten av forskningen som foreligger på området har opphav fra en mer medisinsk tankegang, og den psykodynamisk orienterte terapikulturen har vært kritisk til mye av forskningen og verktøyene som har vært lansert.

Formål: Oppgaven forsøker å undersøke feedback-litteraturen, med hovedvekt på bruk av feedback i behandling av barn og unge. Først blir «endring» gjennom psykoterapi og målbarhet av slik endring diskutert. Deretter blir det gjort rede for generell forskning rundt pasientfeedback, rasjonale for å bruke feedback-verktøy, effekt av å bruke feedback, og status på feltet i dag. Videre blir utfordringer ved bruk av feedback-verktøy drøftet, særlig fra et psykodynamisk perspektiv, før oppgaven fokuserer videre på feedback i psykologisk behandling av barn og unge. Her blir HETA (The Hopes and Expectations for Treatment Approach; Urwin, 2009) trukket frem som en type feedback-verktøy utviklet for bruk med nettopp barn og unge. Dette verktøyet springer ut fra et psykodynamisk miljø (Tavistock klinikken i London, England) og har derfor en alternativ utforming i tråd med en slik tenkning. Oppgaven forsøker å belyse hva HETA kan bidra med på feltet og hva som er fordeler og ulemper ved å benytte verktøyet. Behandlerne med kjennskap til HETA er intervjuet rundt ulike aspekter ved verktøyet, og deres erfaringer er presentert og videre drøftet opp mot relevant forskning.

Metode: Undertegnede har gjennomført semistrukturert intervju med 4 behandlere fra en poliklinikk for barn og unge på Østlandet. Intervjuene er transkribert og videre analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse (Smith, Flowers, & Larkin, 2009).

Resultater: Resultatene fra de kvalitative analysene av intervjumaterialet indikerer at HETA har positive egenskaper blant annet ved at det (1) bidrar til tydelighet i kommunikasjonen mellom foreldre, terapeut og barn, (2) det virker klargjørende for partenes forventning til behandling og mål for behandling, og i tillegg ser det ut til at (3) det «presser» terapeuten til å være mer konkret, noe behandlerne opplever som positivt. Det er noe mer uenighet om hvorvidt behandlerne opplever HETA som et tilstrekkelig fleksibelt og åpent verktøy, og hvorvidt de opplever det som generelt nyttig eller ikke.

Konklusjon: HETA ser ut til å inneha egenskaper som fremmer *terapeutisk fokus* og *konkretisering av terapiprosessen* fra terapeutens side, fremmer *tydelig kommunikasjon* for alle parter og ikke minst styrker alliansen med både pasienter og foreldre. Det er også indikasjoner for at HETA kan være et verktøy som er egnet for å kunne måle endring og terapeutisk utfall. Gjennomgangen av litteraturen og intervjuene tydeliggjør også enkelte begrensninger ved HETA. Verktøyet kan kritiseres for å ikke være utformet slik at det er egnet for alle typer terapier med barn og unge, men passer mer med psykodynamisk tenkning, og opplevd utbytte kan følgelig variere med terapeutens teoretisk orientering. Viktigheten av bruk av feedback-verktøy i behandling av barn og unge drøftes, og avslutningsvis belyses mulige implikasjoner av resultatene og hvorvidt HETA ser ut til å bidra med noe nytt som andre feedback-skjema ikke har.

Forord

Alt i alt er det mange involverte i en hovedoppgave – i hvert fall i min! Noen er nok godt klar over at de har vært viktige (og tidvis opplevd som uunnværligere) i denne prosessen, mens andre vet nok ikke en gang hvor verdifulle de er for meg. Alle fortjener uansett å vite det.

Først og fremst kommer selvsagt en takk til veilederne mine. **Helene** har vært til stor hjelp, særlig for å få meg i gang med selve skrivejobben. Hun har lest x antall utkast og svarer alltid kjapt på epost med både konstruktive, positive og ivaretagende tilbakemeldinger som jeg har følt som oppbyggende. **Erik** har spesielt i vårhalvåret i fjor og nå i innspurten, vært til stor hjelp. I tillegg til å være sparringpartner for å tenke rundt prosjektet, har han hjulpet ved å sørge for at jeg tidlig startet å lese meg opp på aktuell litteratur, i tillegg til at han loset meg gjennom praktiske steg med søking til NSD og møter med den samarbeidende poliklinikken. Mye takket være dere er jeg nå ytterligere inspirert til å lære mer – særlig rundt god psykologisk behandling av barn. At jeg ved endt oppgaveskriving nå faktisk har lyst til å forske mer, blant annet på barns opplevelser underveis og i etterkant av terapi, er kanskje det jeg selv er mest overrasket over. Tusen takk for hjelp og inspirasjon!

Tonya har også vært en person til inspirasjon. Samtaler med henne oppleves som givende, og jeg føler meg alltid veldig sett og velkommen, til tross for hennes fulle timeplan. Takk til **poliklinikken** for deres samarbeidsvillighet helt fra start av. Takk for at jeg har fått ha frie tøyler, og lov til å bruke flere av behandlerne i oppgaven. Takk til de fire **intervjuobjektene** for deres ærlige svar og refleksjoner som har gitt meg grunnlaget for oppgaven, og takk til **familien** som lot meg få innsyn i sine HETA-intervjuer.

Takk til **Hanne** for at jeg har kunnet dele mine frustrasjoner, gleder og sorger med deg (både oppgaverelatert og ellers). Takk til **Nina**, for din omsorg med det fantastiske overraskelsesbesøket en sen kveld på lesesalen – med pizza, vin, snop og massasje! Takk til både Hanne, Nina, **Camilla** og **Katharina** for at jeg har hatt dere ved min side i alle disse 6 årene på PSI.

Takk til lillesøstrene mine **Stine** og **Live** for gjennomlesing og gode innspill – som alltid i skolesammenheng. Dere er utrolig gode å ha. Tusen takk også for koselige initiativer til middag og samtaler når dere synes jeg har virket sliten og lei. Takk til **mamma og pappa** for at dere bare alltid er der for meg – tidlig som sent, på telefon eller når vi er sammen.

Ikke minst fortjener **mannen min** en stor takk: Takk for at du alltid lytter og alltid støtter meg. Takk for at du har vært spesielt tålmodig med meg de siste månedene, og for at du har holdt hjulene i gang på hjemmebane med rydding, støvsuging, klesvask og matlaging uten det minste av klaging på mine manglende bidrag og mitt noe ekstra uforutsigbare humør. Det er vel ingen hemmelighet at jeg synes du er best i verden. Gleder meg til vi skal seile igjen!

Helt til slutt en takk til lille **Lava**, for en ekstra boost av overskudd og pågangsmot i helt i innspurten, etter tonnevis med valpekos og lek med høyt energinivå.

Innholdsfortegnelse

Feedback-verktøy i terapi med barn og unge: En litteraturgjennomgang og en kvalitativ studie av behandlererfaringer med HETA (The Hopes and Expectations for Treatment Approach). III	
Sammendrag	V
Forord	VII
Innholdsfortegnelse	VIII
1 Introduksjon	1
1.1 Problemstillinger	2
1.2 Samfunnets krav til målbarhet av psykologisk behandling	2
2 Endring i psykologisk behandling	5
2.1 Å måle «endring»	5
2.2 Endring i psykodynamisk behandling	6
3 Feedback i psykologisk behandling	9
3.1 Hva er feedback i psykoterapi?	9
3.2 Feedback som brukermedvirkning	10
3.3 Feedback-verktøy	10
3.4 Hvorfor er feedback fra pasienten viktig?	12
3.5 utfordringer ved bruk av feedback-verktøy	13
4 Barn og unge i psykologisk behandling	15
4.1 Psykodynamisk terapi med barn og unge	16
4.2 Feedback-verktøy i terapi med barn og unge	17
4.2.1 The Hopes and Expectations in Treatment Approach (HETA)	18
5 Metode.....	21
5.1 Innhenting av klinisk materiale og litteratur.....	21
5.2 Kvalitative analyser	22
5.3 Prosedyre	22
5.4 Om informantene	24
5.5 Ethiske vurderinger.....	26
6 Analyse.....	27
6.1 Presentasjon av resultatene	27
6.1.1 Tabell 1. Overordnede temaer med tilhørende undertemaer	27
6.2 Tematisk fremstilling av resultatene.....	28

6.2.1	Kommunikasjon med alle involverte parter	28
6.2.2	Evaluering av prosess og utfall	29
6.2.3	Fleksibilitet.....	30
6.2.4	Terapeuten blir utfordret til å være konkret	31
6.2.5	En terapeutisk intervensjon	31
6.2.6	Nyttig tilskudd i praksis eller ikke?.....	32
6.2.7	Er teoretisk forankring relevant for opplevd utbytte av HETA?.....	33
6.2.8	Hvordan implementere HETA ved poliklinikk?	34
6.3	Konklusjon av resultatene	34
6.3.1	Tabell 2: Oppsummert fremstilling av behandlernes erfaringer	35
7	Diskusjon.....	36
7.1	Nytteverdi av feedback i psykoterapi	37
7.2	Begrensninger med feedback generelt.....	38
7.2.1	Feedback i langtidsterapi: mindre relevant?.....	40
7.3	Hvordan fungerer HETA	41
7.4	Fordeler og ulemper med HETA	42
7.4.1	Hva du bringer inn i HETA avgjør også hva du får ut av det	43
7.5	Implikasjoner av studien.....	45
7.5.1	Et verktøy egnet også for ubevisste og mer gradvise endringer	45
7.5.2	Et verktøy egnet for prosess- og utfallsmålinger	45
7.5.3	Økt aksept for behov for langtidsterapi?.....	46
7.5.4	Implikasjoner for vurdering av kvalitet.....	46
7.5.5	Økt fokus på pasienten	47
7.6	Begrensninger ved min studie	47
7.7	Behov for videre forskning.....	48
8	Konklusjon	49
	Litteraturliste	50
9	Vedlegg	57
9.1	Vedlegg 1: Spørsmål til terapeuter som har benyttet HETA-intervjuet	57
9.2	Vedlegg 2: Transkriberte intervju med behandlerne	59
	Vedlegg 3: Søknadssvar fra NSD.....	74
9.3	Vedlegg 4: Samtykkeskjema	76
9.4	Vedlegg 5: Henvisning (anonymisert).....	78

9.5	Vedlegg 6: Skjema for håp og forventninger til utfall i psykoterapi med barn (<i>Hopes and expectations for Treatment Approach, HETA</i>).....	79
9.6	Vedlegg 7: HETA-skjema fra illustrasjonskasus.....	84

1 Introduksjon

Det er ikke lenger tvil om at psykologisk behandling er effektivt, uansett hvilken av de etablerte teoretiske skoleretninger innen psykoterapi en terapi anvender (Lambert, 2005, 2007; Lambert, Whipple, Hawkins, Vermeersch, Nielsen & Smart, 2003; Norcross & Lambert 20011; Ogles, Lambert & Masters, 1996). Positive effekter av psykologisk behandling har vært dokumentert helt siden 1930-tallet (Lambert, 2007; Lambert, 2004). Allerede i 1978 ønsket blant andre Barrett, Hampe og Miller å dra fokus vekk fra spørsmålet om hvorvidt psykoterapi fungerer eller ikke, og ønsket heller å stille seg spørsmålet «*hvilke prosedyrer er effektive for hvilke typer pasienter med hvilke typer problemer, praktisert av hvilken type terapeut?*» (Barrett, Hampe, & Miller, 1978, s. 435, oversatt her). Dette spørsmålet er fortsatt i høyeste grad aktuelt og feltet opplever et stadig større press for å optimalisere behandlinger og dokumentere effektivitet. De siste årene har det derfor vært økt fokus på det reelle innholdet i hver enkelt terapi og hva som er virksomt og ikke, heller enn et ensidig fokus på forskjeller mellom ulike terapimetoder og teknikker (Wampold & Imel, 2015). Likevel er det ingen overraskelse for de fleste at store deler av denne forskningen kommer fra en mer kognitivt orientert retning, som er kan sies å ha større fokus på det observerbare og rent atferdsmessige (McWilliams, 1999).

En metode for å få informasjon om terapien oppleves virksom, er gjennom strukturert feedback fra pasientene selv. Hensikten med denne oppgaven er å se på et feedback-verktøy utviklet til bruk i behandling av barn og unge i et psykodynamisk terapimiljø, og videre se på hvilke fordeler og ulemper behandlere ved en poliklinikk for barn og unge opplever ved å anvende det i praksis. Det er også et mål å belyse forskningsfeltet som studerer «feedback», samt å utforske hva terapeutisk endring er og hvordan det kan måles. Det er et gjennomgående problem at svært mye av litteraturen på både feedback og psykoterapiforskning generelt, er gjennomført på voksenalderen. Dette gjenspeiles også i denne oppgaven, og en betydelig del av forskningen på området er derfor hentet fra forskning på en voksenpopulasjon. Dette er en utfordring blant annet fordi vi vet at terapi på voksne og barn er ulikt, og underliggende endringsmekanismer i psykoterapi med barn i stor grad fortsatt ikke er kjent (Fonagy, 2009). Det er likevel naturlig å tenke seg at en del funn fra voksne også er relevante for behandling av barn og unge, så flere funn fra denne forskningen sammen med

viktige funn fra barne- og ungdomsfeltet vil bli presentert. Oppgaven søker å drøfte konkret de tre problemstillingene som følger under.

1.1 Problemstillinger

1. Hva er feedback i psykoterapi?
2. Hvordan fungerer feedback-verktøyet HETA (The Hopes and Expectations Treatment Approach) brukt i behandling på barn og unge?
3. Hva er eventuelle fordeler og ulemper ved å bruke feedback-verktøy i terapi med barn og unge?

1.2 Samfunnets krav til målbarhet av psykologisk behandling

Samfunnets krav til målbarhet av psykoterapeutisk effektivitet er kommet av flere årsaker. Fra et samfunnsmessig perspektiv er det ofte viktig at behandling er virksom, relativt raskt, og at virkningen både er stor nok og god nok (Ogles, Lambert, & Masters, 1996; Reed & Eisman, 2006). I tillegg er faktorer som «*langvarige effekter*», og «*fravær av tilbakefall*» av betydning.

Med stadig større tilgjengelighet på psykofarmaka, og et til dels forvrengt bilde av relativ bevismessig støtte for farmakologiske intervensjoner (da blant annet negative resultater rutinemessig blir undertrykt av farmasøytiske selskaper og sjelden publisert), blir kravet til målbarhet desto viktigere. Psykofarmaka blir ofte fremstilt som en form for «quick fix», og mangeårig mangel på gode, omfattende og nyanserte forskningsresultater innenfor prosess- og utfallsforskning har ledet til at farmasiindustri og «quick fix-løsninger» kan påstås å urettmessig ha seilet frem som «god psykologisk behandling» (Reed & Eisman, 2006; Tjersland, Monsen, & Hansen, 2015). Medikamentell behandling virker nesten alltid inn på symptom, og ikke årsak, og vil ved seponering derfor ofte resultere i tilbakefall og reinnleggelser i psykisk helsevern. Langtidseffekter av psykologisk behandling vil kunne ha innvirkning på antall reinnleggelser og bør tas med i regnestykket fordi det påvirker kost-nytte-verdien i et lengre samfunnsperspektiv.

Med dette i tankene er det derfor viktig at psykoterapifeltet tar til seg og aksepterer disse kravene fra samfunnet, og står samlet for å få et bredt omfang studier når det gjelder effektivitet og ulike aspekter ved dette, slik at man igjen kan forsvare viktigheten av psykologisk behandling.

Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten (Helsedirektoratet, 2011, s. 21-25) definerer kvalitet på bakgrunn av følgende seks målområder: Hvorvidt tjenestene er «virkningsfulle», «trygge og sikre», «involverer brukerne og gir dem innflytelse», har «god samordning og kontinuitet i tjenestetilbudet», har «god ressursutnyttelse» og er «tilgjengelige og rettferdig fordelt». Disse målområdene er direkte retningsgivende for det «*Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*» er basert på. Denne veilederen er svært sentral for de barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene i deres arbeid, fordi den tydeliggjør både helsepolitiske føringer og forventninger, i tillegg til at den blant annet gir direkte faglige råd og anbefalinger til hvordan man gir best mulig hjelp innenfor psykisk helsevern for barn og unge (Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, 2008). Fra Helsedirektoratets side, kommer det tydelig frem at «*virksomhetene jevnlig skal evaluere kvaliteten på det kliniske arbeidet, også pågående behandlingsopplegg*», og videre at «*...man må sette klare mål, undersøke om målene nås og endre tjenestene basert på funn fra evalueringen. Det er viktig å involvere ansatte, samarbeidspartnere og brukere i arbeidet med mål og prioriteringer*» (Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, 2008, s. 68).

Nasjonale kvalitetsindikatorer innenfor psykisk helsevern for barn og unge er nøkkeltall basert på direkte målinger fra hele landet, som har til hensikt å belyse kvaliteten på de ulike helsetjenestene. Disse indikatorene omhandler gjennomsnittlig ventetid, registrering av diagnoser, at man får henvisning vurdert innen ti dager og helsehjelp innen 65 dager og antall fristbrudd som poliklinikkene har (Helsedirektoratet, 2015). Som en ser av disse kvalitetsindikatorene, som er det eneste poliklinikkene helt konkret blir målt på, defineres «*kvaliteten*» av behandling på aspekter som ligger utenfor selve behandlingen og terapien. Det første målområdet for kvalitet, som går på hvorvidt tjenesten er «*virkningsfull*» blir ikke målt eller vurdert på noen måte fra statlig hold, og er derfor heller ingen indikator på kvaliteten ved et behandlingssted. I veilederen kommer det riktignok frem at «*Norske fagmiljø bør vurdere mulige kvalitetsregistre for barn og unge med psykisk helseproblemer. Et kvalitetsregister bør inkludere informasjon om bedring og fornøydhet for den enkelte*

pasient. Det kan danne grunnlag for kvalitetsforbedring og kompetanseutvikling ved poliklinikkene» (Helsedirektoratet, 2015, s. 69). Veilederen oppfordrer med dette til måling av kvalitet på behandling på de enkelte poliklinikkene (i form av eksempelvis behandlingsutfall og pasienters fornøydhets), men dette er per i dag ikke noe poliklinikkene blir målt på, og heller ikke å regne som en «kvalitetsindikator». Feedback-verktøy tenkes å kunne utgjøre en slik kvalitetssikring av virkningen og innholdet av psykologisk behandling.

2 Endring i psykologisk behandling

«Å snakke om forskning til en psykoterapeut kan føles som å selge fryser til en eskimo» (Fonagy, 2009, s. 19 oversatt her)

Fremgangsmåter som brukes i psykologisk behandling skal fortrinnsvis være basert på dokumentert kunnskap – kunnskap om hvordan det oppleves å bli utsatt for de ulike metodene, og kunnskap om hvilke effekter de kan ha (Haavind & Øvreeide, 2011).

Prinsipperklæringen om evidensbasert psykologisk praksis skal «...fremme virksom, effektiv psykologisk praksis og forbedre folkehelsen ved å bruke empirisk underbygde prinsipper for psykologisk utredning, kasusformulering, behandlingsrelasjon og intervensjon» (Norsk psykologforening, 2007, s. 1127). Den videre debatten knyttet til hva som skal regnes som «evidensbasert praksis» har vært, og er, både heftig og følelsesladet. Er det kun randomiserte og kontrollerte studier, manualbaserte terapier og ensrettede behandlingsforløp som er akseptable? Eller er også andre utgangspunkt for evidens ønskelig og bør aksepteres?

2.1 Å måle «endring»

Kriteriene for endring gjennom psykologisk behandling tenkes å se forskjellig ut i ulike terapissammenhenger, og vil derfor heller ikke alltid være like lett å anvende i praksis. I følge Rønnestad (2008) vil nytten av randomiserte og kontrollerte studier av endring være begrenset dersom data om selve terapiprosessen ikke registreres. Mange psykologer mener at gode kvalitative undersøkelser av enkelterapi og mer omfattende intervjuundersøkelser og feltstudier kan være uttrykk for like viktig evidens som randomiserte studier, fordi vitenskapelig utforskning av psykologiske behandlingsmetoder ikke alltid kan randomiseres (Hofgard, 2008; Lambert, 2004). I debatten stilles de relevante spørsmålene: Hva er effektiv behandling? Vil effektiv behandling alltid kunne måles? Hvordan? Hvilke faktorer forklarer endring i psykologisk behandling?

I Usher (2013) blir det foreslått at man kan finne ut av om et problemområde har blitt gjennomarbeidet, altså hvorvidt det har foregått en vesentlig endring eller ikke, ved å spørre seg selv: dersom pasienten hadde søkt terapi nå, ville denne (aktuelle) problemstillingen fortsatt vært fremtredende hos pasienten? Konseptet *endring* har i et bredt perspektiv vært diskutert gjennom hele psykoterapiens historie, men mange ulike beskrivelser av hva som kan

anses for å være endring, viser at flere oppfatninger eksisterer side om side (Carlberg, 2009). Det er imidlertid visse aspekter som ofte går igjen i forskningen når endring skal måles. Et eksempel her er feedback-verktøyet Outcome Questionnaire, (presentert senere i oppgaven), som fremholder at endring kan måles basert på *mengde rapporterte symptomer, opplevde vanskeligheter i mellommenneskelige forhold og opplevd grad av vanskeligheter i sosiale roller* (Lambert, Burlingame, Umphress, Hansen, Vermeersch, Clouse et al., 1996; Ogles et al., 1996). Disse er igjen utledet fra diagnostiske kriterier på diagnoser som ofte forekommer (Lambert et al., 1996) og er å anse som relativt konkrete og lett identifiserbare endringsaspekter.

Når det er snakk om å måle endring i psykologisk behandling er det viktig at man velger en evalueringsmåte som faktisk måler den typen endring som man tenker at en terapi er ventet å gi. Wampold og Budge (2012) omtaler «bedring» ved terapiutfall som enten «symptomlette» eller «bedret livskvalitet» og fremholder at disse to også har en innbyrdes forbindelse. Tradisjonelt sett har utfallsmålinger hatt et hovedfokus på symptomer slik de er beskrevet i diagnostisk sammenheng. Årsaker til dette kan tenkes å være fordi symptomer enkelt lar seg måle konkret, og fordi de behandlingene som forskningen i stor grad er basert på, har vært myntet på endring i form av reduserte symptomer (Siefert & FDeFife, 2012).

Det å måle endringer i symptomer uten samtidig å ta livskvaliteten i betraktning kan likevel være noe misvisende, fordi en kan tenke at noen pasienter kan oppleve et faktisk symptomlette, uten at livskvaliteten har økt nevneverdig, mens andre pasienter derimot kan rapportere uendrede, eller kanskje til og med forverrede symptomer, men likevel oppleve bedret livskvalitet. Årsaker til opplevd bedret livskvalitet, tross manglende symptomlette, kan eksempelvis være på grunn av opplevd støtte, at man har fått hensiktsmessige mestringsstrategier både individuelt og relasjonelt, at man har fått økt innsikt, eller bedre evne til å reflektere rundt egen situasjon og eget liv.

2.2 Endring i psykodynamisk behandling

Psykodynamisk orientert psykoterapi er ment å resultere i endring i en form for symptombedring, men søker i større grad å fasilitere andre endringer som går mer på fungering i mellommenneskelige relasjoner, bedre mestringsstrategier, forbedret selvforståelse og større følelse av koherens i livet (Siefert & FDeFife, 2012). Psykoanalytiske

teorier har historisk sett ikke vært bundet av begrensninger til empirisk metodologi. Noen mener at slik teori kan forstås som en metaforisk tilnærming på et subjektivt nivå, av ubevisste og indre opplevelser (Fonagy, 2009; Levy, Ablon, & Kächele, 2012). Det betyr imidlertid ikke at det bør skusles vekk som uvesentlig eller uriktig, da det er godt kjent at vitenskap ofte benytter metaforer i fravær av detaljert kunnskap om underliggende prosesser, og slike detaljer finnes det ennå lite av, selv om vi gjennom blant annet fMRI-studier får stadig mer kunnskap (Fonagy, 2009; McWilliams, 2011). Denne mer innsiktsorienterte kulturen, blir uansett stadig mer utfordret til å finne metoder som kan bevise effekt, men uten at man vil det skal gå på bekostning av rikhet i dybde og forståelse av pasienten og dens utvikling. Dersom psykodynamiske terapeuter motstår seg slik utvikling og fortsetter å isolere seg fra viktige vitenskapelige funn fra relevante fagområder, vil de kunne stå i fare for å bli avskrevet som mindre seriøs psykoterapiretning (Fonagy, 2009). Med andre ord trengs et mer balansert perspektiv som hverken setter et feilaktig og sneversynt likhetstegn mellom randomiserte kontrollerte studier (RCT-studier) og evidensbasert praksis, men som heller ikke overvurderer klinisk og relasjonell ekspertise mens den avviser funn med forskningsstøtte (Norcross & Lambert, 2011). Foreløpig finnes det få direkte retningslinjer for hvordan man kan bedrive forskning som både bedrer kunnskapsbasen for disiplinen, som er til fordel for pasientene, og samtidig tar deres opplevelser i betraktning (Urwin, 2009).

I psykodynamisk orientert terapi er man først og fremst opptatt av den enkeltes endringsforløp i forhold til seg selv, og ikke hvordan pasienten kommer ut i forhold til forhåndsbestemte bedringskriterier (Gullestad & Killingmo, 2013). Man tenker at endringer skjer på mikro-nivå, og at de i terapirommet kan merkes eksempelvis i form av mer kraft i stemmen, mer liv i tonefallet, evne til å «ta imot» fra terapeuten, måten å snakke på, en rankere rygg eller et mer direkte blikk. Slike endringer skjer ofte over tid og uten at pasienten bevisst deltar i prosessene, som kan karakteriseres som en form for reorganiseringsprosesser. Nettopp fordi endringene skjer over tid og i det «stille», hevder Gullestad og Killingmo (2013, s. 232) at det også er grunn til å tro at det er snakk om varige endringer.

Mange klinikere innenfor psykodynamisk retning argumenterer for at den store hovedvekten av prosess-utfallsforskningen med sitt hovedfokus på kortere behandlingsløp, er basert på en relativt ukritisk aksept av en medisinsk modell. Resultatene fra denne forskningen vil derfor følgelig oppleves som lite relevant for deres kliniske praksis, da denne forskningen ikke inkluderer de mer psykoanalytiske konsepter av hverken prosess eller utfall

(Luyten, Blatt, & Mayes, 2012). Selv om ikke den eksisterende forskningen bare er begrenset til å omhandle symptomlette og være mer «overfladisk», er det fortsatt lite kunnskap når det kommer til underliggende prosesser for endring og hvilke mekanismer som resulterer i endring som følge av terapi (Huppert, Fabbro, & Barlow, 2006). Mål for den terapeutiske endringen i psykodynamisk behandling kan sies å være ganske grunnleggende annerledes fra de mer kortidsbaserte terapiene. Fra psykoanalytisk terapi har eksempelvis en kvalitativ studie vist at endring sett fra pasientens ståsted kan uttrykkes som *evne til mer omsorg for seg selv, økt tilbøyelighet til å søke støtte hos andre, samt evne til å identifisere, differensiere og kommunisere om ulike aspekter ved eget liv*, i et språk hvor trygghet, meningsfullhet og likhet er sentralt (Stänicke, 2011). Det er ofte snakk om et bredt omfang av endringer både når det gjelder mellommenneskelig endring og endring i personlighetsorganisering, i tillegg til symptomlette (Luyten et al., 2012). Metodeproblemene assosiert med prosess-utfallforskning særlig innenfor lengre psykodynamisk terapi og psykoanalytisk terapi er derfor omfattende på grunn av kompleksiteten av terapiprosessen og de mange faktorene en tenker er involvert.

På bakgrunn av dette kan vi si at hvordan man vurderer endring, er avgjørende for hvordan man måler det, og dette får igjen implikasjoner for bruken av ulike verktøy som har til hensikt å måle terapeutisk endring og utfall i terapi.

3 Feedback i psykologisk behandling

«For i sannhet å kunne hjelpe en annen, må jeg forstå mer enn han – men dog vel først og fremst forstå det, som han forstår. Når jeg ikke gjør det, så hjelper min merforståelse han slett ikke»(Kierkegaard, 1962, s. 96, oversatt her).

3.1 Hva er feedback i psykoterapi?

Feedback kan innenfor psykoterapifeltet defineres som: (1) informasjon som gis til en person (2) fra en ekstern kilde (3) om personens atferd eller effekten atferden har (Claiborn & Goodyear, 2005; Claiborn, Goodyear, & Horner, 2002). Det å gi feedback antyder at det foregår en form for vurdering eller måling av noe slag. I mange tilfeller foregår dette både kontinuerlig og uformelt, og som en persons oppfatning av, og reaksjon på, en annens atferd i løpende øyeblikk og situasjoner. Feedback kan ta mange ulike former, eksempelvis i form av ros, tolkning, konfrontasjon, forsterking, eller som relevant informasjon knyttet til den aktuelle situasjonen. Det kan således sies å ha både deskriptive og evaluerende komponenter. Anvendt som en bevisst og fokusert intervensjon, er feedback uansett ansett som nyttig for endring av pasientatferd så vel som oppfatninger og kognisjoner (Claiborn et al., 2002). På samme måte som at feedback er viktig for alle i hverdagslivet, er det en helt uunngåelig og svært viktig del av den psykoterapeutiske prosessen, og kan karakteriseres som en terapeutisk intervensjon (Claiborn et al., 2002).

De siste tiårene er det imidlertid vist som stadig viktigere at også pasienten gir feedback til terapeuten (Ogles et al., 1996), ikke slik at det blir en symmetrisk relasjon, men for å fremme at pasienten kan dele sine opplevelser og erfaringer av terapien og terapirelasjonen mens den pågår. Ved å åpne opp for en slik mulighet i mer «ordnet form», altså en form for systematiske tilbakemeldinger til terapeuten, er tanken at terapiprosessen blir lettere å monitorere. Det gir terapeuten bedre mulighet til å kunne endre terapiforløpet for å imøtekomme pasientens ønsker og behov på best mulig måte, og det tenkes følgelig at terapeutisk effektivitet og terapiutfall vil bli lettere å måle og at det slik sett derfor skal være gunstig både på individ- og systemnivå.

Pasientfeedback er altså i denne sammenheng en mer formalisert type feedback, en form for mer eller mindre systematiserte tilbakemeldinger fra pasienten, som ofte omhandler endringsforhold som symptomtrykk, eksterne livshendelser av betydning, kvaliteter ved terapeuten, terapiprosessen og relasjonen til terapeuten. Oppgavens hovedfokus er nettopp denne type feedback, og i det videre vil derfor all omtale av «feedback», sikte til og være avgrenset til, den type feedback som kommer fra pasienten. Relatert til terapi med barn og unge vil feedback også kunne omfatte tilbakemeldinger fra pasientens foreldre.

3.2 Feedback som brukermedvirkning

Prinsippet om brukermedvirkning betyr at tjenesteapparatet skal benytte brukerens erfaringskunnskap for å yte best mulig hjelp, og er en lovfestet rettighet som kan skje i form av medvirkning i politisk utforming, påvirkning på systemnivå eller på individnivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2005). Myndighetene i Norge vektlegger i stor grad at brukermedvirkning skal ligge til grunn for tjenestetilbudet innenfor psykisk helse, og helsedirektoratets nasjonale strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten, trekker gjentatte ganger frem hvordan systematisk innhenting av brukererfaring er viktig og anbefaler blant annet tiltak som å «*utvikle effektive metoder for å involvere brukeren*», samt å «*evaluere metoder for brukermedvirkning*» (Sosial- og helsedirektoratet, 2005, s. 35). Til tross for stort fokus på brukerperspektivet i blant annet «*Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999–2006*» (som senere ble utvidet med to år), hevder en rapport fra Rådet for psykisk helse (2008), at brukere i store deler av landet *ikke har* reell medvirkning. Basert på dette er det dermed tydelig både et stort behov for, og et ønske fra statlig hold, å innføre metoder som fremmer feedback og brukerens involvering i behandling innenfor psykisk helse. Slike metoder finnes det flere varianter av, som alle har forskjellig utforming og ulikt fokus.

3.3 Feedback-verktøy

Kort oppsummert kan man si at det er fire hovedargumenter for at klinikere bør måle utfall i psykoterapi: For å forbedre den kliniske forskningen på området, for å bedre kvaliteten av psykologisk behandling, for å sikre etterrettelighet og ikke minst for å ivareta det etiske ansvaret overfor pasientene for å gi så god behandling som mulig (Ogles et al., 1996).

Feedback-verktøy er utviklet for å gjøre det enklere for pasienten å komme med feedback til terapeuten. Man gir pasienten en sterkere stemme, og det gir både pasient (+ evt. foreldre), terapeut, ledere og økonomisk ansvarlige mulighet til å få tilbakemeldinger om pasienters respons på den service som er gitt. Dette vil igjen fremme effektiv behandling som er skreddersydd til den enkelte klient. Det er utviklet flere typer feedback-verktøy både når det gjelder pasienters vurdering av den løpende terapeutiske prosessen, og pasientens vurdering av endring i terapien, for både barn, unge og voksne. I noen verktøy er det kun terapeuten som får tilbakemeldingen, mens i andre får også pasienten se resultatene, da innlemmet som en del av samtalen. Innenfor fagfeltet som forsker på bruk av feedback i terapi står blant annet Duncan og Miller sterkt i dag. De har vært sentrale i utviklingen av et velkjent og mye studert feedback-verktøy som vil bli kort gjort rede for.

Outcome Questionnaire 45 (forkortet OQ-45) (Simon, Lambert, Harris, Busath, & Vazquez, 2012; Wells, Burlingame, Lambert, Hoag, & Hope, 1996) er et selvrapporteringskjema med 45 påstander som skal måle den enkeltes psykiske helse gjennom terapiforløpet og ved terapislutt. Basert på denne har Duncan og Miller laget en forkortet variant av samme type selvrapportering (Duncan, 2012; Miller, Duncan, Sorrell, & Brown, 2005). Denne kalles Outcome Rating Scale (ORS), og har til hensikt å måle endring i terapien. Resultatene regnes ut ved å se på nåværende resultat, sammenlignet med resultater fra innkomst, og er tenkt som veiledende for terapeuten, som en form for kontinuerlig monitorering av pasientens progresjon (eller mangel på så). OQ-45 har også et såkalt støtteverktøy (Clinical Support Tool) kalt «Assesment for Single Cases» (Lambert, Bailey, Kimball, Shimokawa, Harmon, & Slade, 2007) som skal måle terapeutisk allianse, forekomst av pågående negative livshendelser, tilgang på sosial støtte og grad av motivasjon når terapi ikke går i ønsket retning. Med utgangspunkt i disse resultatene får terapeuten en liste med mulige konkrete intervensjoner (Lambert, 2013). Også basert på dette har Duncan og Miller utviklet en forkortet variant kalt Session Rating Scale (SRS), som skal måle pasientens opplevelse av allianse, mål og samtale tema, og tilnærming i timen (samlet utgjør de to PCOMS – Partners for Change Outcome Management System) (Miller et al., 2005). Både ORS og SRS består henholdsvis av kun 4 items som pasienten skårer på en skala fra 0-10. Disse er vist som både effektive, lite tidkrevende, og hevdes også å skulle være ansett som egnet for de fleste typer psykologisk behandling (Duncan, 2012; Law & Wolpert, 2014;

Miller et al., 2005). ORS fylles ut i forkant av hver terapitime og skal forsøke å fange opp hva som skjedd siden forrige terapitime, mens SRS fylles ut etter endt terapitime og skal måle pasientens inntrykk etter dagens time.

3.4 Hvorfor er feedback fra pasienten viktig?

Studier viser at terapeuters vurderinger av eget terapiarbeid i liten grad er til å stole på. En studie av Walfish, McAlister, O'Donnell, og Lambert (2012) viste at ingen av de 129 deltagende terapeutene angav å være «under gjennomsnittet» for hvor gode terapeuter de var, sammenlignet med sine kollegaer. Omlag 25 % anslo at de lå helt i øvre sjiktet, på over 90. persentil. Studien viste også at terapeutene overestimerte antall pasienter som ble bedre og underestimerte antallet som ble dårligere. Nesten halvparten av terapeutdeltagerne avfeide muligheten for at noen av deres pasienter ble dårligere i terapi. Dette reflekterer det som i sosialpsykologien ofte omtales som «Lake Wobegon-effekten», eller «over-gjennomsnittet-effekten», og psykologer selv, er tydelig intet unntak. Nissen-Lie, Monsen, Ulleberg, og Rønnestad (2013) fant i sin studie at det å ha en «profesjonell selvtvil» og evne til å erkjenne sine tilkortkommenheter heller var forbundet med både god allianse og endring hos pasienten. Nissen-Lie (2013) viser også til flere studier som i forlengelse av dette har funnet at jo mer terapeuter selv oppgir å være dyktige (når det gjelder å hensiktsmessig bruke egne og pasientens emosjonelle reaksjoner), jo svakere er relasjonen vurdert fra pasientens side. Mange vil hevde at psykologer kanskje er blant dem som burde fremstå med de beste forutsetninger for å kunne vurdere nettopp allianse og grad av bedring. Når det likevel viser seg at også de i såpass liten grad mestrer dette feltet, bør tilbakemeldinger og vurderinger rundt eget arbeid være et område de fleste terapeuter med respekt for seg selv, bør ønske å ta på alvor.

Det er i dag gjort mange studier som konkluderer med at bruk av feedback-skjema gir nyttige tilbakemeldinger om faktiske effekter, og bidrar til flere positive behandlingsutfall (Boswell, Kraus, Miller & Lambert, 2015; De Jong, Timman, Hakkaart-Van Roijen, Vermulen, Kooiman & Passchier et al., 2014; Lambert 2005, 2007; Reed & Eisman, 2006; Wells et al, 1996). De Jong et al (2014) har eksempelvis studert effekten av feedback gjennom en randomisert og kontrollert studie med 475 pasienter. Studien skiller mellom terapier med kort og langt forløp, hvor korttidsterapi her er definert som terapier med varighet

på under 35 uker. Resultatene fra denne studien indikerte at bruk av feedback er en signifikant prediktor for endring i både kort- og langtidsterapi. I korttidsterapiene var fordelene av feedback sterkest i tilfellene hvor terapiforløpene ikke hadde god progresjon. Feedback gitt kun til terapeuten (ikke til pasienten også), var effektivt for de såkalte NOT-tilfellene, «not on track», altså terapiforløp som ikke viser ønsket progresjon, men dette var kun i korttidsterapiene.

Det foreligger mye evidens for at feedback er særlig viktig i NOT-tilfeller (Lambert, Whipple, Hawkins, Vermeersch, Nielsen, & Smart, 2003; Shimokawa, Lambert, & Smart, 2010). Definisjonen av hva NOT innebærer varierer noe, men er ofte definert som tilfeller hvor det minst én gang er oppdaget (ved hjelp av feedback-verktøy) fravær av forventet progresjon. Andre velger å kreve at forverring skal ha vært oppdaget to ganger, for at terapiforløpet skal kunne klassifiseres som «not on track» (De Jong et al, 2014). I Shimokawa et al. (2010) er det foretatt meta- og mega-analyse av seks store studier som har benyttet OQ-45 for å se på terapier som er vurdert å stå i fare for dårlig utfall. Originaldata fra disse studiene, med N=6151, ble analysert på nytt med hensikt å studere effekten av feedback relatert til utfall av terapiene. Et av hovedfunnene i studien var at feedback-effektene var størst hos NOT-pasienter. Resultater som dette, kombinert med sterke indikasjoner på at terapeuter er dårlige på å avgjøre hvorvidt terapiprosesser går bra eller ikke, understreker viktigheten av å bruke feedback. Shimokawa et al. (2010) hevder at litteraturen som foreligger i dag er tilstrekkelig for å rettferdiggjøre innføring av rutinemessig bruk av feedback-verktøy.

3.5 utfordringer ved bruk av feedback-verktøy

Langtidsterapier er ofte ikke direkte problemløsningsorienterte på samme måte som eksempelvis kognitiv terapi. Terapier som er mer i retning av å gi pasienten tid og rom for å kunne kommunisere og eksperimentere med ideer i den terapeutiske relasjonen, kan tenkes som mindre egnet for time-til-time evalueringer.

Resultatene fra studien til De Jong et al. (2014), antydte at effektene av å bruke feedback-verktøy var større og bedre for korttidsterapiene. Her finnes flere mulige forklaringer. En forklaring som De Jong et al. (2014) trekker frem, er muligheten for at hennes studie hadde forskjeller i type pasientgruppe. Pasientene i gruppa som mottok

langtidsterapi viste seg å være eldre, samt hadde et overrepresentert antall NOT-tilfeller. Dette kan være en mulig indikasjon på at gruppen var preget av mer kroniske plager.

Som nevnt tidligere er synet på hva endring innebærer, hvordan endring kommer til uttrykk, og videre hvordan det kan måles, et tema med mye faglig uenighet og heftig diskusjon. Med symptomtrykk som sentral komponent og endringsmål, vil både OQ-45 og PCOMS fange endring i form av reduserte symptomer, i større grad enn de kanskje mer indirekte endringene som eksempelvis «innsikt» og «evne til refleksjon». Dette kan tenkes som en relevant utfordring for de mer psykodynamisk orienterte terapiene, som nettopp baserer seg på slik type endring, heller enn konkret symptombasert.

Det at terapier kategoriseres som NOT-tilfeller etter kun en eller to ganger med manglende forventet progresjon, kan også tenkes som en mulig utfordring. Innenfor psykodynamisk terapiarbeid er det en kjent klinisk oppfatning at forbigående økte kroppslige symptomer og utagering kan være vanlig. I slik terapiarbeid er det å gjøre følelser mer tilgjengelig, ofte en sentral del av det terapeutiske arbeidet, og en naturlig følge av dette kan derfor også ofte være nettopp økt symptomtrykk i form av eksempelvis angstsymptomer. Følelser blir fort vanskelig å håndtere når de oppleves som overveldende og man ikke enda har forstått seg på dem. Dette tenker man imidlertid er forbigående, og ofte tegn på at prosessen går i riktig retning, da et mål er at pasienten gjennom terapien vil forstå nettopp hvorfor han eller hun føler som han eller hun gjør i de aktuelle situasjonene. Dette vil da igjen medføre symptomlette, dog på en mer indirekte måte, fordi pasienten har fått en ny type innsikt og evne til refleksjon over egen situasjon og eget følelsesmønster, og dette tenkes i seg selv som terapeutisk effektivt. Det å jobbe seg gjennom denne prosessen, tar imidlertid ofte mer enn to uker, og terapeuter vil derfor på grunnlag av OQ-45 eller PCOMS kunne få en feilaktig melding om at nåværende sted i prosessen ikke er ønskelig, og at terapien bør endre retning. Dersom terapeuten velger å følge oppfordringen basert på støtteverktøyet, kan det tenkes at den pågående terapeutiske prosessen vil bli forstyrret i negativ forstand, snarere enn positiv, da det økte symptomtrykket ville vært forbigående uten inngripen i terapiens forløp.

De Jong et al (2014) trekker også frem at manglende effekt av feedback kan forklares av at terapier som pågår i mer enn 35 uker, ergo definert som langtidsterapier i hennes studie, gir terapeuter bedre muligheter til å oppdage negative endringer selv, også uten feedback.

4 Barn og unge i psykologisk behandling

Til tross for at en av ti barn og unge (i USA) diagnostiseres med en eller flere psykiske lidelser som kan sies å forårsake en betydelig negativ innvirkning på livet, ligger forskningen fortsatt i dag etter, sammenlignet med forskningen på samme fagfelt for voksne (Dunn, Burlingame, Walbridge, Smith, & Crum, 2005). Likevel er det imidlertid godt dokumentert at psykologisk behandling også har god effekt for barn og unge (Kennedy & Midgley, 2007; Midgley, Target, & Smith, 2006; Schachter & Target, 2009; Svendsen, 2007; Wiesz, Ng, Rutt, Lau, & Masland, 2013). I følge Lambert (2010) er det likevel vanskeligere å predikere negative behandlingsutfall hos barn enn det er hos voksne. En grunn her er at det foreløpig foreligger relativt sett lite forskning på området, samt at pasientgruppen «barn» eller «barn og unge» kan omfatte en svært heterogen gruppe i stor utvikling (Haavind & Øvreeide, 2011). Et generelt problem i forskningen på barn og unge, er at barna som blir rekruttert til studiene ofte viser seg å ha vesentlig mindre problemer enn de øvrige kliniske tilfellene. Dette resulterer i begrenset gyldighet og generaliserbarhet og kan gi feil indikasjoner på effektivitet i behandling (Maruish, 2004).

Til tross for at eksisterende forskning har vist at behandling av barn bør ha stort fokus på å utforske *den terapeutiske relasjonen* og hva den innebærer og omfatter i arbeid med barn, ser det ifølge Svendsen (2007) ut til at psykoterapiforskere i relativt liten grad har vært opptatt av dette. Dette står i sterk kontrast til den betydningen man mener at mellommenneskelige prosesser har innenfor utviklingspsykologien, som antas å ligge til grunn for en stor del av de barnepsykiatriske forstyrrelsene.

Fastlåste og repeterende reaksjonsmåter hos barn kan anta symptomkarakter, slik at den pågående utviklingen forstyrres og begrenses (Haavind & Øvreeide, 2011). Terapi med barn kan følgelig sees på som en søken etter hva som kan få i gang igjen denne utviklingen, slik at barnet kan komme ut av resignasjon.

4.1 Psykodynamisk terapi med barn og unge

En av de kanskje mest grunnleggende tankene innenfor psykodynamisk terapi med barn og unge, er tanken om at vi utvikles i relasjon til både indre forutsetninger og eksterne forhold, altså i relasjon til foreldre, søsken og andre mennesker rundt oss. Et barn reagerer på omverdenen med både følelser og fantasier, og dette påvirker igjen erfaringer, kognisjon, atferd og interaksjoner. Barnets emosjonelle og kognitive utvikling, dets iboende styrker og vansker, samt personlighet og temperament er faktorer som påvirker hvordan terapien utformes og hvilke mål man setter. I barnepsykoterapi jobber terapeuten ut ifra en forutsetning om at barnet uttrykker seg selv og sine problemer i lek og i relasjon til terapeuten, og det er gjennom terapeutens holdning og i samspillet at utvikling og bearbeiding kan finne sted (Jeanneau & Winzer, 2007).

Det finnes få store og omfattende utfallstudier av psykodynamiske tilnærminger til barn og ungdom med psykiske vansker (Goodyer, Tsancheva, Byford, Dubicka, Hill, Kelvin et al., 2011; Hersoug, Ulberg, & Høglend, 2014; Midgley, Cregeen, Hughes, & Rustin, 2013). En av årsakene til at det ennå er relativt lite forskning på dette området, er at slike omfattende studier er svært kostbare, og farmasiindustrien (som i realiteten finansierer mye av forskningen) ikke er interessert i å støtte slike studier (Carlberg, Eresund, & Boëthius, 2008). Det finnes imidlertid flere store utfallsstudier fra behandling på voksne, og funn her indikerer at psykodynamisk psykoterapi er nyttig i behandling av flere av de samme typer lidelser som ofte sees hos barn. Likevel tenker mange at en «one-size-fits-all-holdning» sannsynligvis ikke kan rettferdiggjøres ved behandling av barn og unge. Man kan tenke seg at en mer diskret tilnærming for å møte de unge pasientene som kommer til behandling med bruk av diagnostiske indikatorer, kan være nyttig og nødvendig (Fonagy, 2009).

I Storbritannia krever the National Health Service at klinikere innenfor barnepsykoterapifeltet i større grad forsøker å demonstrere evidens for klinisk effektivitet, prosessen i psykoterapi og samtidig at funn fra forskning skal bidra til bedre praksis. Også her leder dette til motstridende synspunkter når det gjelder hva som bør gjelde som evidens og hva som er i pasientenes beste interesse. I følge NICE (National Institute of Health and Clinical Excellence) i Storbritannia er det RCT-studier som anses som «gullstandarden», og pasienters egne erfaringer er det som regnes som minst relevant for forskningen, til tross for at

brukermedvirkning (og bruk av feedback-verktøy) også der er et eksplisitt krav til klinikere fra statlig hold (Urwin, 2009).

Det vil være nødvendig å se på forskningen innenfor barnepsykoterapifeltet for å utvide psykodynamisk modell av underliggende mentale prosesser og videre systematisere kunnskapsbasen, for at integrering med en ny vitenskap av sinnet skal kunne bli mulig. Det vil også være helt nødvendig å kommunisere med andre vitenskaper om at denne måten å behandle på, fungerer, samt kommunisere ut når oppdagelser blir gjort (Fonagy, 2009).

4.2 Feedback-verktøy i terapi med barn og unge

Feedback-verktøyene OQ-45 og PCOMS finnes begge i barnetilpassede varianter; Youth Outcome Questionnaire 30 (YOQ 30) og Child Outcome Rating Scale (CORS) og Child Session Rating Scale (CSRS). ORS brukt på ungdommer og CORS brukt på barn i alderen 6-12 år er vist å signifikant korrelere med Youth Outcome Questionnaire, og begge har vist robust reliabilitet, validitet og gjennomførbarhet (Law & Wolpert, 2014). Da CORS og CSRS i likhet med ORS og SRS bygger på Outcome Questionnaire, og i tillegg det faktum at oppgaven har begrenset omfang, gjør at det i det videre vil bli fokusert på CORS og CSRS.

Child Outcome Rating Scale (CORS) er ganske likt utformet som voksenvarianten, med fire elementer: «*Meg selv – hvordan jeg har det*», «*Familien – hvordan jeg har det i familien*», «*Skolen – hvordan jeg har det på skolen*», «*Alt i alt – hvordan jeg har det alt i alt*». Under hvert element er en (stiplet) horisontal linje, med et surt smiley-fjes i den ene enden og et blidt smiley-fjes i den andre enden. Barnet skal sette et merke på linjen for å markere sitt svar. Svaret fylles ut i forkant av hver terapitime. De skal måle symptomplager, mellommenneskelig velvære, sosial rolle og generell velvære.

Child Session Rating Scale (CSRS) fylles ut på samme måte, men i etterkant av hver time, for at terapeuten skal få informasjon om hvordan det var for barnet å være i timen. Dette skjemaet har også fire elementer med en stiplet linje og smiley-fjes. I tillegg har også denne en kort hjelpetekst i form av en påstand i hver ende sammen med smileyen. Den første går på «*å bli hørt*» (og har hjelpetekstene «*hørte ikke så godt på meg*» og «*hørte godt på meg*»), den andre «*hvor viktig*» («*det vi gjorde og snakket om var ikke så viktig for meg*» og «*det vi gjorde og snakket om var viktig for meg*»), den tredje «*det vi gjorde*» («*jeg likte ikke det vi*

gjorde i dag» til «jeg likte det vi gjorde i dag», og den siste «alt i alt» («jeg ønsker å gjøre noe annet» til «jeg håper vi kan gjøre noe lignende neste gang»). Barnet skal sette et merke på linjen for å markere sitt svar.

4.2.1 The Hopes and Expectations in Treatment Approach (HETA)

I et forsøk på å imøtekomme blant annet målbarhetskravene til psykoterapeutisk effektivitet har det fra Tavistock-klinikken i London, med Cathy Urwin i spissen, blitt utformet et annet feedback-verktøy for bruk i terapi med barn og unge (Urwin, 2009). Dette verktøyet skiller seg imidlertid en del ut, og har en annerledes innfallsvinkel og utforming. I tillegg til målbarhetskrav har man også innenfor psykodynamisk tenkning erkjent at arbeid med foreldre er avgjørende for gjennomføring og effekt av psykoterapi med barn. Urwin og hennes medarbeidere har derfor særlig vektlagt betydningen av de vurderingene som normalt gjøres i starten av behandlingen, nemlig det å danne seg et bilde av barnets indre verden og generelle utvikling, det å formulere symptomene i psykodynamiske termer, det å gi barnet opplevelse av å bli forstått så godt at det også blir tydelig hvordan barnet vil respondere på psykoterapi, samt informere om hvordan man tenker at psykoterapi eventuelt kan hjelpe. Tanken er at dette vil skape en «base line» før oppstart av psykoterapien, og at dette er et utgangspunkt man senere kan bruke til å måle endring ut ifra.

Verktøyet er et semistrukturert intervju kalt HETA- Hopes and Expectations for Treatment Approach (Urwin, 2009, se vedlegg nr 6 for norsk oversettelse av intervjuet). HETA er ment brukt i rutinepraksis ved barne- og ungdomspoliklinikker hvor barn er henvist for psykologisk behandling. Hovedhensikten med det semistrukturerte intervjuet er å bringe frem barn/foreldre og terapeuters forståelse av hva problemene omfatter og hvordan de viser seg i dag, og videre få frem hvilke håp og forventninger de ulike partene har til terapien. Gjennom disse håpene og forventningene skal både terapeut og foreldre (og eventuelt barnet) også beskrive hvordan de tenker at endringen helt konkret vil kunne merkes i henholdsvis terapirommet og i hverdagen eller på skolen/barnehagen. Punktene man kommer fram til skal igjen tas fram for evaluering ca hvert halvår. HETA er mye benyttet i klinikk i både England og Sverige, og noe i Norge, men verktøyet har i liten grad vært gjenstand for empirisk forskning. Dette er en av de første studiene.

Etter et første møte med terapeut, barn og foreldre, vil terapeuten møte barnet alene i tre møter på lekerommet. I løpet av denne tiden håper terapeuten å ha dannet seg et bilde av

barnets tilknytning, dets interne verden, utviklingsnivå og fremtredende forsvar, og ha en idé om hva som bidrar til vanskene som har gjort at familien har søkt hjelp. Terapeuten er også interessert i hvordan barnet ser ut til å respondere på en slik «smakebit» av terapien, og vil også gjerne forsøke å få tak i hva barnet håper å se endret. Basert på de tre møtene med barnet setter terapeuten sammen en formulering som innebærer terapeutens oppfatning av barnet og dets vansker, og hvorvidt psykoterapi vurderes som beste behandling. Her er det også relevant at terapeuten sier noe om hvilke områder man kan forvente å se endring på, mulige interne eller strukturelle endringer en kan vente, og sannsynlige områder av motstand det er tenkelig at man vil støte på og som terapeuten bør være i stand til å kunne si noe om (Urwin, 2009).

Dette deles på et såkalt «feedback-møte» med foreldrene. Målet med dette møtet er å skape en «bro» mellom terapeuten og foreldrene slik at de opplever at deres bekymringer er tatt på alvor, og at terapeuten har forstått deres barn. Dersom det er enighet om å starte opp terapi, vil det semistrukturerte intervjuet gjennomføres. I del 1 spør terapeuten foreldrene om hva deres største bekymringer for barnet er, og videre ber man om tre eksempler som viser hvordan bekymringen viser seg i hverdagen. Deretter deler terapeuten sin forståelse av barnet (som presisert over) på en måte som foreldrene vil forstå. Videre bør terapeuten si noe om hvorfor han/hun vurderer psykoterapi som hensiktsmessig. Terapeuten skal også gi tre eksempler. Del 2 omhandler mer praktiske forhold, og man underretter blant annet om at det vil bli noen ferieavbrekk som vil bli annonsert i god tid i forveien for å forberede barnet på brudd i terapien. I del 3 skal foreldrene fylle ut hvilke endringer de håper å se hos barnet, og gi tre konkrete eksempler på hvordan de eventuelt vil merke en slik endring. Terapeuten gjør deretter det samme både når det gjelder endringer i terapitimene og endringer hjemme/på skolen. Denne informasjonen brukes som grunnlag for evaluering når familien har neste feedback-møte etter ca et halvt år. Endringer vil da måles med skårer på 0 - «ingen endring», 1 - «noe endring» eller 2 - «markant endring» på hver av delene, med maksimum skåre på 18 (6 x 3). Målene vil på samme tid gås igjennom og revideres slik at de er like gjeldene for nåværende situasjon (Urwin, 2009).

HETA er fra utviklers hold foreslått som et mulig verktøy for rutinemessig mål (Urwin, 2007), som følgelig vil kunne imøtekomme de tidligere nevnte krav om både brukermedvirkning og mål på effektivitet av terapi. Dersom HETA tenkes inkorporert som en rutinemessig del av behandling ved poliklinikker for barn og unge i landet, bør det være en

forutsetning at verktøyet er brukervennlig i en norsk setting og at blant annet behandlerne opplever det som et positivt bidrag.

I den neste delen av oppgaven blir fire behandleres erfaringer med bruk av HETA analysert og videre diskutert opp mot foreliggende litteratur på området.

5 Metode

5.1 Innhenting av klinisk materiale og litteratur

Innhenting av litteratur er gjort ved hjelp av «*Oria*» som er søkemotoren Universitetsbiblioteket benytter for både norsk og internasjonal litteratur i form av bøker, artikler, tidsskrifter og hovedoppgaver som er tilgjengelig enten i fysisk eller elektronisk form. Utover det er «*Google Scholar*» benyttet for å få tilgang til elektroniske artikler som er tilgjengelig gjennom Universitetet i Oslo. Den internasjonale psykologidatabasen «*PsychINFO*» er også benyttet for innhenting av litteratur, da hovedsakelig artikler.

Særlig relevante søkeord for denne oppgaven har vært søkeord som «children AND psychotherapy research », «feedback AND psychotherapy», «feedback AND clinical support tools», «Process AND outcome AND psychotherapy research», «psychodynamic AND psychotherapy AND research», «Psychodynamic AND treatment AND children» og «Psychodynamic AND research AND children».

Behandlererfaringene er innhentet ved hjelp av et semistrukturert intervju som er utviklet av undertegnede, basert på foreslåtte retningslinjer fra Smith, Flowers & Larkin (2009). Se forøvrig Urwin (2007, s. 156-160) eller vedlegg nr 6 (oversatt til norsk), for å se hvordan selve HETA-intervjuet er utformet. Intervjuene ble gjennomført på behandlernes respektive kontor hvor de ble tatt opp på lydbånd og transkribert for å best kunne la seg analysere i etterkant. Intervjuenes varighet var ca 20-45 minutter.

Datamaterialet som presenteres i resultatdelen er i sin helhet basert på det som kom fram gjennom samtale, totalt 4 behandlerintervjuer. I forbindelse med oppgaveskrivingen ble det også gjennomført 3 HETA-intervjuer i klinisk setting (med en mor, en far og en pasient), som ble tatt opp på video. Disse intervjuene har gitt undertegnede førstehåndserfaring med bruk av verktøyet og således vært et viktig bidrag i prosessen, men har ikke noe direkte fokus i oppgaven.

5.2 Kvalitative analyser

Datamaterialet er valgt analysert ved hjelp av fortolkende fenomenologisk analyse (interpretative phenomenological analysis – i det følgende omtalt som IPA (Smith et al., 2009). Denne metoden skriver seg inn i en tradisjon som er opptatt av at subjektive fenomener skal forstås på sine premisser, og at man ikke skaper objektive mål på subjektiv fenomenologi.

IPA vurderes som en hensiktsmessig måte å analysere dette datamaterialet på, fordi den har til formål å utforske data på en slik måte at det er deltagerens subjektive erfaringer som kommer til uttrykk ved hjelp av egne formuleringer, heller enn forhåndsdefinerte kategorier. Det er benyttet både deskriptive, strukturelle, evaluerende, komparative og kontrastfremmende formuleringer for å oppnå dybde i intervjuene (se vedlegg nummer 1 og 2). I gjennomgangen av det transkriberte materialet er det skrevet løpende deskriptive, konseptuelle og språkmessige utforskende kommentarer basert på transkripsjonene, og på bakgrunn av dette er det igjen ekstrahert fremtredende temaer. Disse har videre blitt gjennomgått og kategorisert slik at det til slutt står igjen noen overordnede temaer med tilhørende undertemaer. De overordnede temaene har til hensikt å reflektere en *synergisk prosess* av både deskriptivt materiale og fortolkning (se Smith et al., 2009) og er videre materiale for diskusjon.

Når man benytter IPA som metode ser man på de subjektive erfaringene, opplevelsene og forståelsene. En utfordring kan derfor sies å være å oversette denne innsikten fra en form for fenomenologisk filosofi over til et mer praktisk og meningsfullt datamateriale for ytterligere analyse (Smith et al., 2009). Resultatet av slik analyse vil alltid være preget av hvordan den analyserende (undertegnede) tror at intervjuobjektene tenker – dette er en form for 'dobbel hermeneutikk' som enhver leser bør ta høyde for når man ser på resultatene.

5.3 Prosedyre

Feedback i terapi med barn og unge, med særlig vekt på verktøyet Hopes and Expectations for Treatment Approach ble valgt som tema for min hovedoppgave. Det ble i denne perioden startet et samarbeid med en poliklinikk på østlandsområdet, som hadde noe kjennskap til verktøyet, og mulig interne veiledere ble kontaktet rundt årsskiftet 2013-14. I

mars 2014 ble behandlerne på poliklinikken for barn og unge kontaktet angående bruk av HETA-intervju i en pasientsak i nær framtid. Noen av disse hadde allerede noe kjennskap til HETA, mens andre ikke kjente til HETA i det hele tatt. Parallelt ble det i samarbeid med veileder og poliklinikken, utarbeidet en søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS, (NSD). NSD er et personvernombud for både forsknings- og utdanningsinstitusjoner og skal bidra til at lovpålagte plikter knyttet til internkontroll og kvalitetssikring av forskning blir overholdt. I mai 2014 ble prosjektet godkjent av NSD (se vedlegg nr 3). Ni behandlere sa seg i utgangspunktet positive til å delta i prosjektet. To av dem hadde allerede benyttet HETA før de ble kontaktet, og fem ble av ulike grunner forhindret til å benytte HETA på en pasientsak, og dermed også forhindret i å delta på prosjektet. Det ble derfor gjennomført HETA-intervju i kun ett kasus, hvor to behandlere var involvert (en foreldrearbeider og en barneterapeut). Det ble gjennomført HETA-intervju med mor, far og jenta separat. Alle de tre intervjuene ble gjennomført i september 2014 og tatt opp på video (se vedlegg nr 4 for samtykkeskjema). Tilstede under intervjuene var behandler(e) og mor/far/datter. Intervjuene ble transkribert. Videotapene fikk koblingsnøkkel og ble oppbevart trygt i en låst safe på poliklinikken. Da det endte med kun ett HETA-intervju, og dette også etter hvert viste seg å bli noe amputert (ingen andre del av intervju etter et halvt år), ble det bestemt å flytte fokus over til behandlernes erfaringer med å bruke verktøyet. De gjennomførte HETA-intervjuene fikk dermed en mer illustrerende rolle for undertegnede, enn direkte innvirkning på oppgave og datamateriale som opprinnelig tenkt.

Høsten 2014 ble det gjennomført semi-strukturert intervju med de fire behandlerne som hadde direkte erfaring med HETA, rundt deres erfaringer med bruken av verktøyet (se vedlegg nr 1 og 2). Disse intervjuene ble gjennomført i tidsperioden november 2014 til januar 2015. Intervjuene ble tatt opp på bånd, for så å bli transkribert og analysert ved hjelp av IPA, fortolkende fenomenologisk analyse (Smith et al., 2009). Perioden fra januar til og med april har gått med til ytterligere arbeid med analysene, litteraturlæsning og skriving av selve oppgaven.

Oppbevaring av sensitivt materiale

Som avtalt med NSD oppbevares alt sensitivt materiale med koblingsnøkkel i ulike nøkkelskap på den tilknyttede poliklinikken. Alt sensitivt materiale (videotaper, båndopptak

og originale transkripsjoner) vil bli destruert etter at prosjektet er avviklet. Dette er også i overensstemmelse med avtalen med NSD.

Hvordan HETA ble anvendt

HETA-intervju ble gjennomført på ett kasus, av to behandlere ved en poliklinikk på Østlandet (videre referert til som informant 1(I1) og informant 2 (I2)). I etterkant ble disse to behandlerne, samt to andre behandlere med erfaring med HETA, intervjuet av undertegnede, om sine erfaringer med bruk av HETA.

5.4 Om informantene

Informant 1 (I 1)

Psykolog på poliklinikken, kvinne, 33 år, ferdig utdannet for 7 år siden. I sitt arbeid henter hun inspirasjon og verktøy fra ulike teoretiske retninger, men har en psykodynamisk forankring. I1 synes det er særlig spennende å jobbe med barn i barneskolealder, og er opptatt av å jobbe med både barn og foreldre i sine saker, og mener det er viktig å ha foreldre med på laget. Videre synes hun også det er svært viktig å lytte til 'barnets stemme' i behandlingen. I1 var behandler for barnet i denne oppgavens kasus, og hadde fra mars 2014 og frem til jul 2014 jevnlig (2-4 ganger per måned) individualterapi på barneterapirommet. I1 gjennomførte hoveddelen av begge foreldreintervjuene og gjennomførte barneintervjuet på tomannshånd med jenta (som ble tatt opp på lydbånd og transkribert). I tillegg har I1 bidratt med sine refleksjoner knyttet til sine erfaringer med bruk av HETA som feedback-verktøy i intervju med undertegnede.

Informant 2 (I 2)

Barnepsykiater, en kvinne på 47 år, som ble ferdig utdannet spesialist for 1,5 år siden. Hun arbeider hovedsakelig psykodynamisk og familierapeutisk, og er særlig opptatt av at alle pasienter er individuelle og at utredning og behandling må tilpasses deretter. I2 var familiarbeider i oppgavens illustrasjonskasus og hadde jevnlig samtaler med foreldrene, separat. I2 var til stede på begge foreldreintervjuene, som co-terapeut, med relevante innspill

underveis. I2 har også bidratt med sine refleksjoner rundt bruk av HETA i intervju med undertegnede.

Informant 3 (I 3)

Kvinne, psykolog med spesialisering i barn og unge, 50 år og utdannet for 23 år siden. I3 er psykoanalytisk orientert, og jobber mye med alvorlig problematikk med psykoser og autisme ut fra en psykodynamisk modell. Hun jobber også mye med familiearbeid. I3 gjennomførte selv to HETA-intervjuer i 2013. Det var en sak hvor barnet utviste både depressive symptomer, konsentrasjonsvansker, utagering og sosiale vansker på skolen. Det kom fram at det var store relasjonsvansker til foreldrene. Relatert til denne erfaringen har I3 bidratt med sine refleksjoner rundt bruk av HETA i intervju med undertegnede.

Informant 4 (I 4)

Psykolog, mann, 34 år, utdannet for 8 år siden. I utgangspunktet jobber I4 mye innenfor et familieperspektiv og han anser seg selv for å være «systemorientert», men han gir uttrykk for at han kan benytte ulike varianter og at han forsøker å tilpasse metode best mulig til dem han møter. I en del saker benytter han et mer dynamisk bakteppe, mens han i mer «rene angst/PTSD/traumesaker» har mer fokus på kognitiv terapi. I individualterapi med ungdommer jobber han ofte mer etter modellen til Leigh McCulloughs affektforbimodell. Som psykolog er han særlig interessert i psykoterapiforskning, system- og familierapi med barn og ungdom og er forkjemper for integrativ tilnærming i saker hvor det er indikasjon for individualterapi. Han er også interessert i organisasjonsarbeid- og utvikling, barnevern og sakkyndig arbeid. Relatert til denne oppgaven har I4 bidratt med sine refleksjoner rundt bruk av HETA. I4 har erfaring med HETA fra tidligere, da han selv har gjennomført et intervju i en sak han hadde. Han ble intervjuet av undertegnede om denne erfaringen.

Kort om det illustrerende kasuset

Pas. I illustrasjonskasuset er en 11 år gammel jente som er henvist etter oppfordring fra poliklinikken, da søsteren allerede er der for utredning fra før av. Søster har en del utagerende atferd som utgjør et problem i hjemmet og for jenta. Jenta er lei seg etter at foreldrene ble skilt for 6 år siden og det har vært store konflikter mellom foreldrene siden da,

og disse konfliktene er fortsatt store. Pas. reagerer med sinne, men med mer innternaliserende adferd enn sin søster.

Anonymisert henvisning er i sin helhet vedlagt, se vedlegg nr 5. HETA-intervjuet slik det så ut i skriftlig versjon i etterkant, er valgt lagt med i vedlegg nr 7, slik at leser kan se et eksempel på hvordan et HETA-intervju kan se ut i skriftlig og oppsummert versjon etter at alle intervjuene er gjennomført.

5.5 Etiske vurderinger

Etiske vurderinger er gjort forløpende og i samarbeid med veiledere og behandler ved poliklinikken. Saken med familien som gjennomførte HETA-intervju, var opprinnelig tenkt å ha en mer sentral rolle i denne oppgaven. Da den etter hvert krevde en annen tilnærming og andre prioriteringer fra poliklinikkens side, ble det både fra behandlerens side og av undertegnede vurdert som etisk uriktig og uhensiktsmessig å skulle gjennomføre feedback-intervju etter et halvt år, som opprinnelig tenkt. Dette av hensyn til pasientens beste. Det vurderes at prosessen og oppgaven slik den fremstår i dag er gjort i tråd med god etisk og forskningsmessig skikk.

6 Analyse

6.1 Presentasjon av resultatene

I det følgende blir de fire informantenes svar på spørsmålene om bruk av HETA-intervjuet presentert i en forkortet variant, slik de fremstår etter analysen (se tabell 1 under). For å analysere datamaterialet er det brukt fortolkende fenomenologisk analyse, og i tråd med Smith et al. (2009) sine foreslåtte retningslinjer er de transkriberte intervjuene gjennomgått med fortløpende utforskende kommentarer i teksten som ledd i å finne tema for utbrodering og analyse. Dette arbeidet er presentert i en lengre tabell (se vedlegg nr 2). Gjennom analysen dukket fremtredende temaer opp, disse fremkommer i samme tabellen i vedlegget dersom leseren ønsker innsyn i analyseprosessen. Temaene er videre gått igjennom og kategorisert, og de endelige overordnede temaene er valgt presentert i tabell 1 under, med tilhørende undertemaer. Etter dette følger en tematisk fremstilling av resultatene.

6.1.1 Tabell 1. Overordnede temaer med tilhørende undertemaer

Nedenfor følger en tabell med oversikt over overordnede temaer fra intervjuene med informantene basert på en analyse ved hjelp av metoden IPA. Se eventuelt vedlegg nr 2 for fullstendig innsyn i transkripsjonene, med utforskende kommentarer og fremtredende temaer underveis i analyseprosessen.

1. Kommunikasjon med alle involverte parter
<ul style="list-style-type: none"> - Tydelighet for alle parter - Tydeligere behandlingsmål - Klargjørende for partenes forventninger - Fremmer foreldrenes syn - HETA til hjelp for å engasjere foreldre? - Gjør HETA foreldrenes forståelse av barnet tydeligere for behandler? - Sørger for konkret og tydelig forståelse av problemet og beskrivelse i hvordan det viser seg - Kommunikasjon rundt komplekse psykiske fenomener
2. Evaluering av prosess og utfall
<ul style="list-style-type: none"> - HETA aktuell for å måle kvalitet og se på prosess ved behandling?
3. Fleksibilitet
<ul style="list-style-type: none"> - Fleksibelt og åpent - Behov for modifisert utgave? - Behov for å favne en bredere målgruppe og et komprimert skjema? - Hvor mye fleksibilitet kan tillates, før det ikke lenger er HETA? - Fungerer HETA strukturerende? - Underliggende føringer - HETA utviklet for en annen tid - utdatert i dag? - Hvordan brukes HETA med yngre barn?

4. HETA sammenlignet med andre typer feedback-verktøy
<ul style="list-style-type: none"> - Tilfører HETA noe nytt som andre feedback-skjema ikke har? - Tvinger en til å tenke ordentlig rundt terapien - Krever i motsetning til andre verktøy refleksjon rundt prosess og behandling
5. Nyttig tilskudd i praksis eller ikke?
<ul style="list-style-type: none"> - Nyttig i ulike typer terapi så lenge de ikke er veldig strukturert? - Særlig viktig med flere involverte parter/ulik forståelse? - Mest nyttig i komplekse eller enklere saker? - Tilskudd til prosessen? - HETA krever ikke psykoanalytisk/ dynamisk arbeid, men en tanke om at samspill, relasjon og indre verden er viktig - Ikke hensiktsmessig i saker hvor det allerede skjer alt for mye rundt barnet? - Overflødig i helt avgrensede saker?
6. Teoretisk orientering relevant for opplevd utbytte av HETA?
<ul style="list-style-type: none"> - Fokus på barn vs familie/foreldre- Setter HETA krav her? - Begrenset utbytte
7. Hvordan implementere HETA på poliklinikk?
<ul style="list-style-type: none"> - Hvorfor er det så vanskelig å få behandlerne til å prøve HETA?

6.2 Tematisk fremstilling av resultatene

I det følgende er svarene gjengitt i mer abstrahert form, etter at de har vært gjenstand for fortolkende fenomenologisk analyse (Smith et al., 2009). Resultatene fremstilles kategorisert etter de overordnede temaene (se tabell 1 over) og vil bli ytterligere gått gjennom hver for seg.

6.2.1 Kommunikasjon med alle involverte parter

«Det er en spesifikk måte å kommunisere rundt egentlig veldig komplekse og vanskelige psykiske fenomener og problematikk» (Informant 3).

Nettopp det at terapeuten blir så konkret, virker å gjøre det enklere å formidle til foreldrene, både hvordan man forstår problematikken og hvordan man ser for seg veien

fremover. Alle informantene trekker frem denne tydeligheten som noe positivt og klargjørende, og det blir nevnt at HETA «skjerper opp noe i kommunikasjonen» som man tenker som nyttig, både når det gjelder i kommunikasjon til foreldre, men også til ens egen forståelse.

«... I og med at foreldrene [i den aktuelle kasusen] var skilt tenker jeg nesten at det er ekstra viktig at man er klar over hva som er målene og at man kan si det...også blir det også tydeligere hvordan de ser henne da» (Informant 1).

Det at det på et så tidlig tidspunkt kommer frem hvordan alle partene oppfatter problematikken og ulike aspekter ved den, trekker alle terapeutene frem som en fordel med å bruke HETA. Basert på informantene virker det som at HETA fasiliterer det å få frem hvordan foreldrene ser barnet, og dermed bidrar til å få frem forskjellene innad i familien. I den aktuelle kasusen er foreldrene skilt og ikke på talefot. Barneterapeuten i denne saken uttaler at hun synes det kan være ekstra viktig i tilfeller med stor familiekonflikt som denne, at både terapeuten og foreldrene er klar over målene, og at man får frem hvordan de ser barnet sitt. Hun nevner videre at hun ikke tror slik viktig informasjon ville ha kommet frem like eksplisitt dersom hun ikke hadde benyttet HETA.

Det at terapeuten får frem foreldrenes forståelse av problematikken virker å være informasjon som terapeutene ser på som viktig, og noe som fyller ut bildet de har å jobbe ut ifra.

6.2.2 Evaluering av prosess og utfall

«... [HETA] er en måte å se på måloppnåelse i forhold til kvalitet da. I forhold til mange andre kvalitetsparametere, som ikke egentlig går så veldig mye på kvalitet (...) men som går mer på å være «flink pike» og gjøre de riktige tingene, (...) dette er kanskje mer i forhold til om det skjer noe i terapien» (Informant 2).

Uten at evaluering av terapiprosess og utfall ble direkte etterspurt i intervjuene, ble det eksplisitt trukket frem av to av terapeutene, at HETA kan brukes som utgangspunkt for å evaluere hvorvidt terapiprosessen går i ønsket retning eller ikke. Verktøyet ble nevnt som en måte å kunne måle kvalitet i terapiprosessen på, med muligheter for mer systematisk innhenting av slik informasjon for å kunne måle endring, i forskningsøyemed.

6.2.3 Fleksibilitet

«Jeg synes jo på en måte det er såpass fleksibelt og åpent at det nettopp ikke presser en inn i...noe som...skaper distanse eller...sånn» (Informant 3)

«Det er veldig mye bra med HETA, jeg tenker det er helt nødvendig å bruke den type beslektede kartlegginger og på en måte målsettingsverktøy, for å kalle det det...men at jeg synes at ulempen med det er at det er for...det legger litt for mange føringer. Det begrenser antall saker hvor det vil være naturlig å ta det frem» (Informant 4).

Når det gjelder hvorvidt HETA er fleksibel og åpen, er informantene noe uenig. Tre informanter gir uttrykk for at de synes HETA er både fleksibel og åpen, mens en informant synes verktøyet er for individfokuset og bør åpens opp når det gjelder målgruppe, samt komprimeres når det gjelder problemområdene. En av de tre som stiller seg mer positiv, opplever at HETA er tett på både erfaring, opplevelse og hverdag og synes HETA er fleksibel og åpen, og ikke presser en inn i noe som skaper distanse, eller krever en viss type behandling. De to siste informantene trekker også frem fleksibilitet som et viktig trekk ved HETA som gjør den aktuell til bruk for både dynamisk og mer kognitivt orientert terapi, og både lengre og kortere forløp. Når HETA her blir beskrevet som åpen, er dette fordi man selv fyller ut hva som er mål, i motsetning til de mer kjente feedback-verktøyene som har ferdigstilte spørsmål.

Angående terapier med yngre barn trekker flere av informantene frem aspekter de opplevde som mindre nyttig, eller som de stiller seg mer kritisk til når det gjelder utformingen av i verktøyet. Barneterapeuten i oppgavens kasus opplevde at intervjuet hun gjorde med jenta ikke ble helt slik hun hadde ønsket det, og at det derfor ikke ble like nyttig for jenta som det ble for foreldrene.

«Kanskje man kan legge vekk litt skjema? ...jeg merket at det ble så annerledes enn sånn som vi egentlig har det på lekerommet..For jeg følte veldig på det at, det er ikke sånn vi pleier å snakke sammen...»(Informant 1).

11 gir uttrykk for at hun er usikker på hvor mye man bør involvere barnet i hva som er mål og forventninger, og antyder et ønske om å i hvert fall kunne legge vekk selve skjemaet for å få en mer naturlig flyt i samtalen. Hun opplevde at skjemaet i denne situasjonen ble litt

som en «vegg» mellom de to, og at jenta følgelig også oppførte seg annerledes enn hun pleier å gjøre sammen med henne. Hun tenker ikke at det å ha barnet sammen med foreldrene ville være noen ålreit løsning i denne aktuelle saken fordi det kan gjøre det vanskelig for både barn og voksne og gi uttrykk for det de ønsker dersom den andre parten er tilstede. En annen terapeut trekker også frem intervjubiten med barnet som noe potensielt vanskelig, men gir uttrykk for at hun mener det kan oversettes og tydeliggjøres for barn også. En tredje av terapeutene stiller seg generelt mer kritisk til at det å jobbe med barn i klassisk barneterapi skal være «gullstandarden» ved behandling av barn og unge med psykiske vansker. Han synes heller at man burde være mer opptatt av at symptomer kommer til uttrykk også på grunn av familiestruktur eller foreldre, og at man slik sett ofte heller burde ha fokus på å eksempelvis styrke foreldres omsorgsutøvelse enn å ha barnet i barneterapi. I HETA-sammenheng foreslår han derfor en omformulering, slik at det ikke nødvendigvis er bare barnet det dreier seg om, men heller familien eller foreldrene.

6.2.4 Terapeuten blir utfordret til å være konkret

«HETA presser terapeuten til å være konkret...i forhold til hvordan man forstår problemet og beskriver hvordan endring vil se ut i en virkelig verden» (Informant 3).

Alle de fire informantene trakk frem det at terapeuten ved å bruke HETA, blir «presset» til å være konkret, og at dette er noe positivt. Man må være konkret når det gjelder hvordan man forstår problemet og man må beskrive hvordan endringer vil se ut i en virkelig verden. Dette skiller seg eksempelvis utvilsomt fra barneverksjonene til Duncan og Miller, hvor besvarelsen skjer i form av å sette en strek på en linje for å markere sin opplevde tilstand. HETA skiller seg ut ved at det tidlig krever en form for systematisert innsats fra terapeuten, ved at hun setter seg ned og tenker gjennom hvor hun vil med terapien, og hva hun tenker bør gjøres for å komme dit. Flere trekker frem at dette er utfordrende for terapeuten, men at det er en positiv form for utfordring og bra.

6.2.5 En terapeutisk intervensjon

Tre av de fire informantene trakk selv frem at den måten å legge frem og presentere en forståelse av et barn, til foreldre på, var en veldig tydelig måte, som berørte dem sterkt. Det ble også uttalt at det skjer et terapeutisk arbeid i prosesser hvor man forsøker å klargjøre og

spesifisere, og at selve tilbakemeldingen til foreldrene kan sees på som en terapeutisk intervensjon i seg selv. På dette punktet skiller også HETA seg vesentlig fra andre nevnte verktøy.

«...den biten der terapeuten kommer med sin tilbakemelding om pasienten (...) ja, det er jo en terapeutisk intervensjon, liksom» (Informant 3).

6.2.6 Nyttig tilskudd i praksis eller ikke?

Informantene uttrykker seg litt forskjellig når det gjelder hvordan de ser på HETA som nyttig. Tre av informantene gir uttrykk for at de synes HETA er nesten uforbeholdent nyttig. To av disse spesifiserer nyttigheten til de klassiske barneterapiene, og det poengteres at det særlig i slike saker er viktig at foreldrene forstår hva man bedriver i terapirommet og at de kan trygges på prosessen. Den siste av informantene ser HETAs bruksområde som noe mer begrenset, og synes verktøyet er mest egnet for bruk med eldre barn/ungdommer som går i individualterapi. Han mener HETA da er nyttig for å engasjere særlig passive foreldre, noe han ser på som viktig for god behandling.

Når det gjelder i hvilke type saker de tenker HETA er egnet for, nevner en informant at HETA kanskje er særlig viktig i mer kompliserte saker. En annen antyder at HETA kan være vanskelig men kanskje også desto viktigere i akkurat slike typer vanskelige saker, nettopp for å kunne jobbe frem felles mål.

«..i saker hvor barnet eller ungdommen er i fritt fall liksom[....]kan det jo kanskje være litt voldsomt å komme inn med HETA» (Informant 3)

Det er også noe ulikt hva terapeutene trekker frem på spørsmål om når de tenker at HETA er mindre hensiktsmessig å bruke. En informant tenker at HETA kan bli for voldsomt for barn og familier i «fritt fall», som altså heller kan tenkes å ha behov for at det skapes trygghet, rammer og forutsigbarhet i begynnelsen, enn å finne konkrete mål og eksemplifisere disse. På en annen side vurderer samme informant at det i tilfeller med tydelig avgrenset problematikk og kort forløp også kan tenkes som for omstendelig og kanskje også overflødig å sette i gang med HETA. En av de andre informantene gir uttrykk for at hun synes det er mindre nødvendig, men fortsatt nyttig, i mer strukturerte terapiformer.

Samtlige av informantene kan se for seg at de ønsker å benytte HETA igjen ved senere anledninger, men i noe ulik grad.

«Ja, det kan jeg absolutt» (Informant 2).

I3 begrunner det med at hun opplevde HETA som et tilskudd til både seg selv, familien og hele prosessen. I1 trekker fram at hun særlig vil kunne ønske å bruke det dersom barnevarianten av intervjuet kan gjennomføres mer som en integrert del av en vanlig barneterapitime, uten selve skjemaet mellom hendene. I2 synes det å få en slik felles forståelse og felles mål, og å se på måloppnåelse i forhold til kvalitet er hovedargumentet for at hun kan ønske å bruke HETA igjen senere. Den siste av informantene, I 4, gir uttrykk for at så lenge HETA ikke er mer åpen i forhold til målgruppe og komprimert i forhold til fokusområder enn den er i dag, vil det ikke være naturlig for han å benytte verktøyet i majoriteten av sine saker. De tilfellene han imidlertid ser for seg å kunne bruke HETA slik det foreligger i dag, er i saker hvor han jobber med litt eldre barn i mer dynamisk orientert individualterapi inspirert fra Leigh McCulloughs modell.

6.2.7 Er teoretisk forankring relevant for opplevd utbytte av HETA?

Resultatene fra intervjuene antyder at elementer av HETA vurderes som nyttig uavhengig av teoretisk retning, men at de tre terapeutene som selv gir uttrykk for at de har en dynamisk forankring i større grad opplever at verktøyet er nyttig uansett hvilken teoretisk forankring man har.

Informanten som jobber mer eklektisk og familieorientert synes det er nyttig å tenke slik som HETA forsøker å tenke, men vurderer ikke HETA som optimalt utarbeidet, og synes den burde tilpasses bedre til dagens hverdag. Han trekker likevel frem viktigheten av å strukturere og klargjøre mål og forventninger, men synes HETA legger for mye føringer for behandling. En annen av terapeutene mener at den eneste forutsetningen HETA egentlig setter, er *«...at man jobber ut ifra en ide om at psykiske vansker eller problematikk alltid har en dimensjon av relasjon til levd liv og mening og erfaring, og at man ikke bare forstår psykiske problemer bare som uttrykk for sykdom» (Informant 3).*

6.2.8 Hvordan implementere HETA ved poliklinikk?

Alle de fire trekker frem vanskeligheter ved eventuell innføring av HETA som standard ved bruk på poliklinikken. To av terapeutene stiller seg positive til at HETA blir standardverktøy, og synes det ville vært et positivt bidrag. De tenker at intervjuet må tilpasses litt til poliklinikken, og at det i tilfelle vil være viktig at det blant annet blir satt av tilstrekkelig med tid for at det skal kunne bukes. En av informantene synes ikke HETA er egnet som standard-verktøy, fordi det legger for mange føringer og det derfor er et begrenset antall saker hvor det vil være naturlig å bruke, og ser heller for seg en modifisert behandlingsplan, hvor elementer fra HETA heller integreres i den og brukes aktivt. Den siste av informantene synes selv HETA er god og nyttig å bruke, men synes ikke HETA bør tvinges på behandlerne. Hun tror slik påtvunget innføring vil medføre mye motstand, og synes heller at folk bare bør benytte det dersom de selv opplever det som nyttig. Hun tror imidlertid at kollegaene vil like verktøyet dersom de først prøver det, og tenker at det er viktig å bli vist hvordan man gjennomfører HETA og hvordan man kan nyttiggjøre seg det, sånn at man får en opplevelse av erfaring eller praksis med hvordan man bruker det.

«Jeg ville ikke anbefalt det [å innføre HETA på klinikken] i dag. Jeg tror man skulle fått problemer med det. Med å få det gjennomført» (Informant 4).

«Jo, det måtte jo kanskje tilpasses da...jeg tror jo det ville vært et bidrag, om det ble en rutine liksom[...] men utfordringen her har jo vært å få folk med seg» (Informant 3).

6.3 Konklusjon av resultatene

Basert på resultatene kan man oppsummert si at det er en enighet mellom informantene om at HETA fremmer en konkrethet hos terapeuten, og at dette fra deres side oppleves som noe positivt. I tillegg er det enighet om at verktøyet egner seg for å finne fokus i terapien, og at det gjør det enklere for terapeuten å se hvilken forståelse foreldrene har av barnet sitt, og at man følgelig tydelig får frem hvilke tanker foreldrene har gjort seg om *hvorfor* de har søkt hjelp og *hva* de ser for seg å få ut av behandlingen. Det ser imidlertid ut til at HETA er mindre nyttig og hensiktsmessig å bruke i de mer strukturerte terapiene, samt i de sakene hvor det er mer akutte hjelpebehov. Dette er ikke noe som helt eksplisitt kommer frem fra alle parter, men er en rimelig slutning basert på øvrige svar. De områdene hvor det ser ut

til å være størst uenighet går på hvorvidt de opplever HETA som et verktøy som er fleksibelt og åpent, og som tett på erfaring, opplevelse og hverdag. Resultatene kan ses oppsummert i tabell 2.

6.3.1 Tabell 2: Oppsummert fremstilling av behandlernes erfaringer

Oppsummert om erfaringer fra HETA:	PLUSS	MINUS	IKKE ENIGHET
«Presser» terapeuten til å være konkret	X		
Egner seg for å finne fokus for terapien	X		
Gjør det enklere og tydeligere å se <i>hvordan</i> foreldrene ser barnet	X		
Forskjellene innad i familien blir tydeligere	X		
Man får tidlig og tydelig frem hva som er foreldrenes perspektiv og mål	X		
Litt overflødig i veldig strukturert terapi eller veldig avgrensede terapier		X	
Ikke egnet for, og for voldsom for «barn i fritt fall»		X	
Tett på erfaring, opplevelse og hverdag?			X
Fleksibelt og åpent? Ikke fleksibelt og åpent nok?			X

7 Diskusjon

Det overordnede målet med oppgaven er å få en oversikt på feedback-litteraturen og samtidig se hvordan ett av de mange ulike feedback-verktøyene som er mindre studert fungerer og hvordan det kan oppleves å bruke det i klinisk behandling med barn. Til nå har oppgaven gitt et innblikk i litteratur som omhandler feedback og feedback-verktøy, med hovedvekt på hvordan dette ser ut i behandling av barn og unge. HETA (The Hopes and Expectations Treatment Approach) er blitt presentert som et type feedback-verktøy som i den sammenheng kan sies å skille seg ut fra en del andre og velbrukte verktøy. Videre har fire behandleres erfaringer fra dette feedback-verktøyet ment for bruk i behandling av barn og unge blitt analysert. Enkelte tema pekte seg ut som mer interessante i denne sammenheng og disse er utbrodert. I det følgende vil resultatene fra intervjuene bli drøftet opp mot litteraturen, og mulige implikasjoner av funnene vil bli forsøkt belyst.

Som vi ser av litteraturgjennomgangen kan vi se at ulike teoretiske retninger har ulike perspektiver på hva de mener «endring» og «bedring» er i terapissammenheng, og at dette naturlig nok videre også påvirker hva man vektlegger når man skal måle endring. Det er derfor viktig at evalueringsmetoder måler den typen endring man tenker at en terapi er ventet å gi, og her er feedback-verktøy en måte både for å kunne forbedre terapeutisk endring og terapiprosess, men også måle utfallene etter endt terapi. Det finnes mange ulike verktøy for dette, som alle er utformet forskjellig, avhengig av hvilken teoretisk retning de har utspring fra, eller hva de har som fokus. Av både etiske og økonomiske hensyn, er kanskje behandlingsfeltet med barn og unge særlig viktig å ha fokus på. Likevel er det her det foreløpig er minst forskning. HETA er som nevnt et verktøy ment for nettopp barne- og ungdomsfeltet. Med sitt utspring fra psykoanalytisk skole, retningen som tradisjonelt sett kanskje har vært minst ivrig på både målinger og verktøy, er det sett på hvordan dette verktøyet, et semistrukturert intervju, fungerer. I hver enkelt sak skal de ulike partene (foreldre, barn/ungdom og behandler) sette opp hva de opplever at er problemer i dag, samt formulere håp og forventinger til hva de ønsker annerledes, som videre eksemplifiseres helt konkret. Behandler skal også formidle sin forståelse av pasienten, og etter ca et halvt år tar man fram igjen skjema og ser hvordan man ligger an, sammenlignet med hvordan det var ved start. Videre vurderer man hvorvidt man opplever at målene er oppnådd på en skala fra 0-2 (ingen endring– noe endring– markant endring).

Basert på intervjumaterialet kan det ser ut som at HETA har egenskaper som fremmer terapeutisk fokus og konkretisering av terapiprosessen fra terapeutens side og at det fremmer tydelig kommunikasjon mellom alle parter på en måte som samtlige av de fire behandlerne vurderer som positivt. Intervjuene antyder imidlertid også enkelte begrensninger ved HETA, blant annet at det kan kritiseres for ikke å være utformet slik at det fremstår som egnet for alle typer terapier med barn og unge. Opplevd utbytte fra terapeutenes side ser også ut til å variere, blant annet basert på teoretisk orientering.

7.1 Nytteverdi av feedback i psykoterapi

Warren, Nelson, Mondragon, Baldwin, og Burlingame (2010) fant at forverring av symptomer forekom i 14-24 % av sakene de så på hos barn i alder 12-17 år. Tallene for voksne er til sammenligning på ca 10 %. Dette sier noe om hvor viktig det er å ha fokus på å forbedre psykologisk behandling. Som nevnt innledningsvis i oppgaven, er det tydelige signaler fra forskningen på at bruk av feedback-verktøy er et virksomt middel for å bedre behandlingsutfall. Med andre ord er dette forskning som må tas på alvor, og som kliniske fagpersoner i miljøet må ta innover seg.

Selv om ingen av informantene konkret kom inn på hvorfor de synes feedback generelt sett er viktig, var det tydelig at alle synes det er viktig. En informant nevnte blant annet psykoterapiforskning som et felt han er spesielt interessert i, en annen trakk frem viktigheten av å holde temaer som terapiprosess, relasjon mellom terapeut og pasient, samt utfall i terapien oppe med pasienten. To av informantene hadde selv på eget initiativ (tidligere) benyttet HETA, og samtlige hadde mye positivt å si om bruk av verktøyet i etterkant.

Når man ved hjelp av feedback innhenter mer eller mindre systematiserte tilbakemeldinger fra pasienten er det med på å styrke pasientens stemme, både med tanke på egen behandling, men også muligens på mer systemnivå og forskningsmessig. Det å skape dette rommet for pasientens opplevelser både av egen problematikk og erfaringer med å være i et behandlingssystem, både før, under og etter behandling, er noe som i løpet av arbeidet med denne oppgaven etter hvert har utpekt seg som stadig viktigere. Dette ble også trukket frem av flere av behandlerne som noe de synes er viktig. Innledningsvis så vi at det i dag er manglende overenstemmelse mellom hva man anser kvalitet i behandling for å være,

sammenlignet med hva man faktisk måler på såkalte kvalitetsindikatorer, og at det som i dag avgjør kvaliteten ved poliklinikkene for barn og unge, faktisk ikke har noe å gjøre med det som skjer i selve behandlingen, eller hvordan behandlingen oppleves. Her kan feedback-verktøy sies å kunne ha en sentral rolle dersom de brukes i klinisk praksis med barn, hvor man tenker at både barnet og foreldrene vil kunne ha innspill som er viktig for å kunne bedre kvaliteten av selve behandlingen, og ikke minst for å ivareta det etiske ansvaret for å gi så god behandling som mulig.

7.2 Begrensninger med feedback generelt

Som nevnt tidligere finnes det mange studier som i dag konkluderer med at bruk av feedback-skjema gir nyttige tilbakemeldinger til behandler, og bidrar til økt andel positive behandlingsutfall (Se eksempelvis Boswell, Kraus, Miller & Lambert, 2015; De Jong et al., 2014; Lambert 2005, 2007; Reed & Eismann, 2006; Wells et al., 1996). Det å være villig til å evaluere egne terapiprosesser, er hos effektive terapeuter også funnet å være assosiert med bedre utfall (Miller, Hubble, Seidel, Chow, & Bargmann, 2014)

Imidlertid har vi også sett at hovedvekten av denne forskningen er basert på korttidsterapier, og at endringsfaktorene som måles, ofte ikke omfatter det som psykodynamisk orienterte og mer langtidsbaserte terapier vil se som sentralt når det gjelder endring utover symptomlette, nemlig mer i retning av innsikt, evne til refleksjon, strukturell organisering og mellommenneskelig fungering. Basert på dette er det derfor enkelt å forstå hvorfor psykodynamisk orienterte klinikere tradisjonelt sett har vært mer kritiske og tilbakeholdne på dette området. Viktigheten av å strebe etter mer effektivitet i behandling, økt fornøydhets hos pasientene og færre antall som blir dårligere, er imidlertid like gjeldene. For å bli bedre som terapeut må man derfor kontinuerlig strekke seg videre fra der man befinner seg i dag, og med andre endringskriterier til grunn kan følgelig feedback-verktøy i større grad vurderes som en viktig faktor for å oppnå det som kan sees på som en form for kvalitetssikring, også for psykodynamiske klinikere. Resultatene fra denne studien kan også sies å understøtte en slik hypotese, da det ganske tydelig var de tre mest psykodynamisk forankrede informantene som var mest positive til HETA. Selv om intervjumaterialet ikke gir konkret informasjon på dette, kan det tenkes at disse tre er så positive til HETA, nettopp fordi det ikke har så snevre endringskriterier til grunn og at det naturlig nok også er mer passende til den måten de tenker og arbeider ut ifra fra før.

MacDonald (2014) er en kliniker som anser seg selv for å være psykodynamisk orientert. Imidlertid virker han å skille seg noe ut, med sine utspill om at klassiske feedback-verktøy (fra Lamberts tradisjon), etter hans oppfatning, er nyttige i hans måte å jobbe på. MacDonald går så langt som å hevde at flere sentrale aspekter ved OQ-45 egentlig kan sees på som psykoanalytiske teknikker. Dette hevder han blant annet fordi han mener verktøyet på linje med fri assosiasjon, hjelper klienten til å overkomme sine barrierer for å snakke åpent og uhemmet om egen lidelse, og hvordan den terapeutiske dialogen kan relateres til dette. MacDonald fremholder også at formell feedback kan tenkes å gi en type korrigerende emosjonell erfaring, dersom pasienten føler at terapeuten er genuint interessert i denne feedbacken. I tilfeller hvor terapien ikke ser ut til å gå riktig vei (såkalte «off track» cases), fungerer feedbacken slik at den retter fokus på hva som skjer i relasjonen, noe som er en kjent styrke for psykodynamisk psykoterapi. Selv om mange psykodynamisk eller psykoanalytisk orienterte terapeuter nok ikke vil si seg helhjertet enig med MacDonald, er det interessante poeng i hans resonnement, som kanskje også kan sies å nyansere den pågående debatten mellom de ulike leirene.

På en annen side kan man spørre seg hvorfor terapeuter som allerede har *fri assosiasjon, korrigerende emosjonelle erfaringer og fokus på relasjonen* som helt sentrale aspekter i sitt terapeutiske arbeide da skal behøve et verktøy som i følge han kommer naturlig gjennom den terapiformen. Her kan man tenke at argumenter om kvalitetssikring likevel vil være gjeldene, da fri assosiasjon og fokus på relasjonen uansett ikke gir noen forsikring for at man bedriver terapi som gir effekt.

Med MacDonalds utspill som utgangspunkt, kan vi i denne oppgavens sammenheng også tenke noe rundt hvor viktig *holdningen* til det å bruke et feedback-verktøy er. De Jong, van Sluis, Nugter, Heiser, og Spinhoven (2012) trekker frem viktigheten av at den enkelte behandler selv har en positiv og forpliktet innstilling til det å skulle bruke feedback-verktøy. De har funnet at effekten av å bruke feedback-verktøy er avhengig av at behandleren selv har en positiv innstilling til å bruke det. Selv om ikke studien gir noen direkte pekepinn på området, kan det basert på MacDonalds erfaringer, altså tenkes at en holdningsendring kan være nødvendig, både på individnivå, men også mer overordnet innenfor retningen med psykodynamiske klinikere. På bakgrunn av informantenes utspill, ser det ut til at de tre psykodynamiske terapeutene stiller seg mer bak en mer tradisjonell dynamisk tenkning rundt bruk av eksempelvis OQ-45, enn det MacDonald gjør. En informant nevner blant annet at den

typen feedback ikke gir «ekte feedback», og at det er for teknisk og ikke gir en naturlig samtale, mens en annen trekker frem at hun ikke synes PCOMS krever særlig refleksjon for å svare. Fra terapeuter som alle er innenfor samme retning, er det derfor rimelig å tenke at elementer av holdning også kan sies å spille en viktig rolle, men her trengs det mer forskning for å kunne trekke noen eventuelle slutninger. Her bør det uansett understrekes en vesentlig forskjell: MacDonald sikter i sin artikkel til bruk av Lamberts OQ-45 på voksne, og denne er i omfattende grad annerledes enn Duncan og Millers PCOMS, hvor man i barneverksjonen som nevnt svarer med smiley-fjes som hjelpemiddel på 4 utsagn.

7.2.1 Feedback i langtidsterapi: mindre relevant?

I De Jong, Timman, Hakkaart-Van Roijen, Vermeulen, Kooiman, Passchier et al. (2014) sin studie (omtalt i litteraturoversikten), er det antydning at en årsak til manglende effekt av feedback i langtidsterapi kunne være at terapeuter i langtidsterapi hadde bedre muligheter til å oppdage negative endringer selv, også uten feedback. Her kan en tenke at De Jong sikter til at terapeuter i langtidsterapi lærer pasienten bedre å kjenne, og følgelig gjenkjenner nyanser i endret atferd i rommet bedre enn kortere og ofte mer strukturert type terapi. Det at terapeuten aktivt bruker relasjonen som sentral del i selve terapien kan også tenkes som et mulig bidrag her, da dette i seg selv fasiliterer feedback fra pasienten om nettopp både relasjon og pasient. Dette strider imidlertid mot forskningsfunn fra Walfish et al. (2012) (også omtalt tidligere), som antyder at terapeuter er dårlige på selv å vurdere grad av allianse og bedring hos pasienter.

Det kommer ikke fram i studien av Walfish et al. (2012) hvilken teoretisk orientering terapeutene har (kun at det er 9,3 % psykiatere, 26,4 % psykologer, 21,7 % profesjonelle rådgivere, 28,7 % kliniske sosialarbeidere og 14 % familierapeuter). Det kommer heller ikke fram hvordan pasientene i denne studien opplevde relasjonen til terapeutene og hvordan de hadde det i etterkant av terapien. Basert på denne studien er det derfor ikke mulig å avslå at teoretisk orientering kan være en relevant faktor for evne til eksempelvis å vurdere allianse. Imidlertid er det heller ikke funnet forskning som støtter en antagelse om at teoretisk orientering eller de som driver langtidsterapi er vesentlig bedre på å vurdere terapeutisk allianse eller pasienters utbytte av terapi.

7.3 Hvordan fungerer HETA

Basert på resultatene i denne studien ser det ut som at HETA er et feedback-verktøy som på flere måter fasiliterer kommunikasjon mellom de ulike partene. Dette i seg selv er ikke å regne som noe «nytt» for et feedback-verktøy, da de fleste slike verktøy er laget nettopp for å gjøre kommunikasjonen fra pasienten til behandleren enklere. Det som imidlertid virker å være annerledes med HETA er *måten* det skjer på. Aspekter rundt det med forbedret kommunikasjon stakk seg tydelig frem som en stor fordel hos alle informantene. De nevner eksempelvis at det å benytte HETA bidro til tydelighet når det gjaldt partenes forventninger, deres forståelse og syn, samt tydeligere behandlingsmål og en formidling av relevant informasjon også fra behandlers side. Der Childrens Session Rating Scale (CSRS) og Childrens Outcome Rating Scale (CORS) etterspør avgrensede svar på spesifikke spørsmål rundt symptomer, mellommenneskelig relasjon og generelt velvære, åpner HETA for en annen måte å kommunisere på, med sin mer løse og åpne utforming. Dette er i tråd med det Urwin (2007) selv trekker frem som et av hovedargumentene for å benytte HETA.

Når HETA kommer inn i bildet første gang, er det *før* terapistart, da som et aktivt verktøy for å samtale rundt hvilke elementer man håper å se endringer på hos barnet, og hvordan disse konkret vil kunne vise seg i hverdagen. Det tenkes som engasjerende for foreldre (og terapeuten), og gir tidlig anledning til å kunne rydde opp i mulige misforståelser, ulike syn og forventninger/mål hos både barn og foreldre. Ingen av informantene nevnte ordet *allianse*, men samlet sett er det basert på intervju materialet rimelig å anta at denne måten å kommunisere på, såpass tidlig i løpet, kan fungere som et bidrag til god allianse. Dette blant annet fordi HETA ser ut til å skape en slags ramme for at man tidlig bringer opp og tematiserer det som er vanskelig. God allianse er som kjent en veldokumentert faktor for bedring (Flückiger, Del Re, Wampold, Symonds, & Horvath, 2012; Norcross & Lambert, 2014). Til forskjell fra psykoterapi med voksne, krever behandling av barn ofte allianse med både to og tre (og mulig flere) parter, og det er derfor ofte økt sjanse for både misforståelser og ulike forventninger, som igjen kan ha kritisk innvirkning på behandlingseffekten.

En av terapeutene nevnte at hun opplevde intervjugjennomgangen med barnet som litt kunstig, fordi måten å kommunisere på med selve HETA-intervjuet mellom dem var så annerledes enn slik de hadde kommunisert tidligere. Dette kan derfor se ut til å være et område hvor HETA i verste fall heller kan tenkes å være til hinder for god kommunikasjon.

Behandlerens forslag med å kunne føre samtale og innhente den samme informasjonen uten å ha selve arket fremfor seg virker interessant, da det er selve skjemaet hun har motforestillinger mot, og ikke innholdet. Dette området trenger videre utforskning.

7.4 Fordeler og ulemper med HETA

Flere av informantene trakk frem at det er et behov for andre typer feedback-skjema enn eksempelvis PCOMS, og mer i retning av slik HETA er utformet. På spørsmål om andre kjente feedback-verktøy ble det av flere av informantene nevnt at de mente de mer klassiske og velkjente feedback-verktøyene var for lette å krysse raskt av på, og at de resulterte i en form for «pleasing» og kunstig tilbakemelding. Det var riktignok ingen av informantene som selv hadde førstehåndserfaring med slike verktøy, og dette bør derfor tas med i betraktning, men likevel er det rimelig å forsøke å belyse disse poengene.

I et behandlingsforløp med barn eller unge kommer man ofte inn på vonde ting, hvor man tenker at det vonde nettopp er en viktig del av den terapeutiske prosessen. Hvis man i en slik terapi benytter eksempelvis Childrens Session Rating Scale (CSRS), skal man indikere hvorvidt man likte det som foregikk i timen med å blant annet sette en strek på et kontinuum som har påstandene «Jeg likte ikke så godt det vi gjorde i dag» i den ene enden, og «jeg likte godt det vi gjorde i dag» i den andre. Følgelig er det relevant å stille seg spørsmålet om det nødvendigvis er et mål at man skal like alle terapitimer? Eller kan det være slik at nettopp disse timene også kan være viktige? Hva får terapeuten av nyttig informasjon fra et slikt spørsmål etter en følelsesladd time? Dersom en terapeut jobber psykodynamisk med barnet, kan man tenke at han eller hun ikke vil oppleve at indikasjoner på slike spørsmål vil gi dem så mye ny informasjon, nettopp fordi de jobber i relasjonen og nyanser i pasientens væremåte vil bli forsøkt plukket opp i det de forekommer. Dette vil i tilfelle være i tråd med det De Jong et al. (2014) foreslår som mulig årsak til manglende effekt av feedback i langtidsterapier, men dette trenger ytterligere utforskning, da særlig på feltet med barn og unge. Hvis man i tillegg tar med informantenes opplevelse av at svargivingen virker for enkel å gjøre, er det kanskje ikke så rart at de vil oppleve feedbacken som kunstig. Her er det igjen viktig å påpeke at teoretisk orientering kan se ut til å utgjøre en forskjell også på dette området, da tre av oppgavens informanter oppgav at de arbeidet med en psykodynamisk eller psykoanalytisk forankring, mens den siste var mer eklektisk. En kan tenke at en terapeut som i hovedsak jobber kognitivt orientert vil synes at informasjonen fra feedbackverktøy som CSRS om

pasientens opplevelse kan være mer nyttig, og et tilskudd, fordi den terapien ikke i samme grad har fokus på relasjonen innbakt i terapitimen ellers. Dette er det imidlertid heller ikke mulig å si noe om basert på informantenes besvarelse, da den mest eklektiske av terapeutene ikke kom inn på hva han opplevde som positivt med andre typer verktøy, utover det at de hadde hyppigere tilbakemeldinger.

Det var ellers som nevnt ganske gjennomgående, at den ene terapeuten med minst psykodynamisk forankring opplevde nettopp HETAs teoretiske bakgrunn, som et hinder og noe negativt, i form av at han opplevde at det å bruke skjemaet gav underliggende føringar når det gjaldt tanker om god behandling. De tre andre oppgav derimot at de mente at HETA er et nyttig verktøy uavhengig av hvilken teoretisk orientering klinikerer har. Som følge av dette ser det derfor ut til at de mer psykodynamiske klinikerne mener HETA er nyttig for alle klinikerer, mens mer eklektiske klinikerer ikke vil dele denne oppfatningen. Dersom dette viser seg å være tilfelle, kan man her trekke en parallell til eksempelvis skaperne av OQ-45 og PCOMS, som jo også på sin side vil kunne hevde at deres verktøy er nyttig uavhengig type terapi (Miller et al., 2005), noe en stor del av eksempelvis psykodynamiske klinikerer vil være uenig i.

Fra den generelle feedback-litteraturen er det vist at feedback er viktigst i de såkalte «not-on-track»-tilfellene (Lambert et al., 2003; Shimokawa et al., 2010). Undertegnede er ikke kjent med at det foreligger forskning på dette området for HETA, men basert på informantenes uttalelser om hvor nyttig de synes HETA var i saken med høyt konfliktnivå mellom foreldrene, samt at det ble antydnet som mer overflødig i mer avklarte saker, kan man tenke at dette også er gjeldende her. Imidlertid vil det også her, i likhet med Lamberts funn, kunne tenkes som vanskelig alltid å på forhånd skulle anslå hvor vidt det foreligger familiekonflikt, konflikt eller ulikt syn mellom barn/foreldre eller andre aspekter som øker sjansen for at saker blir NOT, som igjen gir økt fare for negativt utfall i terapien. Dette peker videre på nytten av å få bruken av feedback-verktøy inn på rutinemessig basis, noe som også Lambert et al. (2003) har vektlagt.

7.4.1 Hva du bringer inn i HETA avgjør også hva du får ut av det

Det ble nevnt av en av behandlerne at HETA er «*en spesifikk måte å kommunisere rundt veldig komplekse og vanskelige psykiske fenomener og problematikk*» på. Basert på dette og et mer overordnet blick etter gjennomført studie, er inntrykket av HETA at det nok er

et verktøy som vil kunne vurderes ganske ulikt, basert på hvilke perspektiver og tanker man tar med seg inn i prosessen når man skal gjennomføre intervjuet.

I første omgang kan dette eksemplifiseres gjennom den delen hvor terapeuten etter tre møter med barnet, skal formulere sin forståelse av barnet og dets vansker. Her er det naturlig å tenke at teoretisk orientering i stor grad spiller inn på hva man anser som relevant å vektlegge. I en sak hvor foreldre eksempelvis søker hjelp fordi de opplever sin sønn på 10 år som «uroelig på skolen og slem mot lillebror», vil en kognitivt orientert terapeut eksempelvis kunne komme med en forståelse av gutten til foreldrene hvor de vektlegger mulige konsentrasjonsvansker, mulig ADHD, og videre at dette tenkes å kunne gjøre han irritabel, også hjemme. Alternativt kan en tenke at en psykodynamisk orientert terapeut vil kunne forklare et slikt tilfelle mer i retning av at gutten er redd, at det ikke er snakk om aggresjon, men heller et forvrengt uttrykk for redsel og forsøk på selvavgrensning og selvregulering. Dette er overforenklete eksempler, som kun er ment for å illustrere et poeng.

Begge måtene å forstå gutten på tenkes som givende og nyttig for foreldre å høre og forstå, og begge forståelsene tenkes å kunne være til hjelp for gutten. Det er viktig å her understreke at det ikke er snakk om at én måte å gjøre det på er bedre enn en annen. Det viktige er imidlertid i stedet at det kan tenkes at HETA som et verktøy er et mer nyttig *tilskudd* i den ene prosessen enn det andre.

Fra et psykodynamisk perspektiv, kan delen hvor man skal gi tilbakemelding på sin forståelse av barnet til foreldrene, sies å ha noen fellestrekk med slik blant annet McWilliams (1999) tenker når det gjelder psykoanalytiske kasusformuleringer. Hun vil mene at det er relevant å trekke inn hva man legger merke til i møte med barnet, hvordan dets relasjonelle mønstre er, og hvilke utviklingsmessige vansker eller mulige utfordringer med terapien man ser for seg at terapien kan by på. Slik sett vil det å ha et verktøy som fasiliterer at informasjon som dette kommuniseres ut, og ikke bare forblir i terapeutens forståelse, være noe nytt, og et bidrag til den prosessen. For en kognitivt orientert terapeut, vil HETA kanskje ikke oppleves som hverken nyvunnen eller så givende, fordi terapeuten med større sannsynlighet uansett ville delt sin informasjon med foreldrene, også uten verktøyet til hjelp.

Dersom en slik hypotese skulle vise seg å stemme, vil man kunne si at en *dynamisk* prosess i større grad vil vokse ved å bruke HETA til hjelp, enn en *kognitiv* terapi vil kunne gjøre, fordi tankegangen hos kognitive i større grad er den samme uansett. Basert på

forskningen kan man videre spekulere i om man med mer kognitivt rettet tenkemåte, like gjerne kan bruke andre feedback-systemer – og ha god effekt av det.

7.5 Implikasjoner av studien

7.5.1 Et verktøy egnet også for ubevisste og mer gradvise endringer

Selv om psykodynamisk terapi i likhet med andre typer terapi, er assosiert med symptombedring, er den typen terapi også kjent for å kunne gi endring i form av blant annet både personlighetsorganisering og mellommenneskelig endring (Luyten et al., 2012). Barn i psykodynamisk terapi er ofte ikke selv klar over endringene som skjer gjennom terapien, nettopp fordi de skjer mer gradvis og indirekte, og uten at det nødvendigvis er en bevisst prosess hos barnet som vil vise seg ved at barnet eksempelvis er fornøyd og tilfreds etter en terapitime. Fordi psykodynamisk måte å jobbe på ser annerledes ut enn eksempelvis kognitiv terapi, må den også betraktes i et annet lys. Når man måler behandlingsutfall er det derfor avgjørende at man velger et verktøy som måler den typen endring som den aktuelle terapien er forventet å skulle gi (Siefert & FDeFife, 2012). Basert på denne studien kan det se ut til at HETA som et verktøy for bruk i behandling av barn og unge kan ha noe nytt å tilføre, nettopp fordi den ikke fordrer det som kanskje med psykodynamiske «briller» kan sies å være en form for feilaktig bevissthet rundt ukentlige endringer hos barnet selv.

7.5.2 Et verktøy egnet for prosess- og utfallsmålinger

Tendensene fra analysene i denne studien gir indikasjoner for at prosess- og utfallsmålinger i arbeid med barn og unge kan vurderes som mer aktuelt og nyttig også for psykodynamiske klinikere. Dette fordi HETA er utviklet med tanke på å kunne innbefatte endringer man ofte både ser og vektlegger i mer psykodynamiske terapier, samt at dens form ikke har noen direkte innvirkning på hvordan terapien gjennomføres, fordi målene avgjøres i hvert enkelt tilfelle heller enn basert på en forhåndslagt mal. I følge studien kan det se ut til at HETA kan være et feedback-verktøy som psykodynamisk orienterte terapeuter opplever som verdifullt. Dersom senere studier støtte disse indikasjonene på en større gruppe klinikere, kan dette tenkes å gi flere positive følger.

I et forsøk på å møte samfunnets krav til målbarhet av terapeutisk effektivitet, og samtidig å forsøke å optimalisere terapeutisk endring, kan HETA basert på denne studien, se ut til å være et mulig steg i riktig retning. Evidensbasert kunnskap om prosess og utfall i behandling av barn og unge, og kanskje særlig for psykodynamisk orienterte terapier kan tenkes å kunne styrkes med videre bruk av HETA. Dette også på en måte som øvrige feedback-tilhengere vil kunne oppleve som gyldig, og som psykodynamisk fløy ikke opplever at går på bekostning av dybde og rikhet i forståelse eller medfører overforenkling av terapiprosess.

7.5.3 Økt aksept for behov for langtidsterapier?

I et mer samfunnsmessig langtidsperspektiv tenker også undertegnede at det er viktig at nytten- og behovet for langtidsterapier får økt fokus og aksept. Med de stadig økende kravene til effektivitet, er det samtidig viktig å sørge for at effektene av å gå i terapi vil være relativt varige. Denne studien tenkes å kunne ha et nyttig bidrag også her, da den mer indirekte, og i en større kontekst kan tenkes å belyse hvordan mer langvarige terapier også kan dokumentere effekt. Langtidseffekter av psykologisk behandling vil kunne virke inn på antall reinnleggelser, og særlig på barne- og ungdomsfeltet vil man derfor kunne tenkes å ha stor effekt av å tenke langsiktig. Fra voksenfeltet er det evidens for at lengre terapier i tillegg til å ha god effekt, også har en fortsatt gevinst etter avsluttet behandling (Town, Diener, Abbass, Leichsenring, Driessen, & Rabung, 2012). En annen studie av Knekt, Lindfors, Sares-Jäske, Virtala, og Härkänen (2013), konkluderer fra en femårig longitudinell studie, med at lengre behandlingssløp har bedre langtidseffekter. Feltet trenger imidlertid mer forskning, og HETA kan i den sammenheng tenkes som en mulig bidragsgiver til økt kunnskap på barnefeltet.

7.5.4 Implikasjoner for vurdering av kvalitet

Denne studien har også mulige implikasjoner når det gjelder vurdering av kvalitet i behandling av barn- og unges psykiske helse. Som følge av diskrepansen mellom hva kvalitet i behandling innebærer, og hvordan institusjonene vurderes på kvalitetsindikatorer, er det behov for en annen måte å måle slik kvalitet på. Her kan HETA tenkes som et verktøy som kan bidra med verdifull kunnskap, da den kan gi kvalitativ informasjon om hvilke endringer

terapier er tenkt å kunne gi, og følgelig i hvilken grad de ser ut til å oppfylle disse oppsatte målene etter endt terapi.

7.5.5 Økt fokus på pasienten

Sist, men ikke minst, kan denne studien sies å ha implikasjoner når det gjelder det å sette et økt fokus på pasienten, her i form av et barn eller en ungdom og deres pårørende. Feedback-verktøy gir pasienter en tydeligere stemme, og en «arena» som i større grad gyldiggjør deres opplevelser, deres syn og ikke minst dere håp og forventninger til behandling. Dette er i tråd med prinsippet om brukermedvirkning som myndighetene vektlegger at i stor grad skal ligge til grunn for tjenestetilbudet innen psykisk helse. Fortsatt i dag er det lite bruk av feedback-verktøy i behandling av voksne, og kanskje særlig i behandling med barn og unge. Barnets stemme er viktig, og ikke minst er det viktig å i tillegg ha foreldrene med på laget. Det at foreldrene får en tilbakemelding fra terapeuten om hvordan hun forstår barnet, tenkes også å kunne få implikasjoner ved at det bidrar til å «avmystifisere» hvordan en terapeut tenker, og hva som skjer i terapirommet.

7.6 Begrensninger ved min studie

Semistrukturerte intervjuer er egnet for å gi nyansert og fyldig informasjon om informanternes refleksjoner, hva de vektlegger, og hva de i etterkant synes er viktig å rapportere. Det er likevel flere begrensninger ved denne studien. Informantene hadde ikke like god kjennskap til HETA da de ble intervjuet. Det var derfor noe ulikt hvorvidt de kan sies å ha opplevd «eierskap» til verktøyet. Muligens kan det at noen av informantene ikke hadde fått HETA helt inn under huden, ha gjort at de ikke hadde en helt tilstrekkelig nyansert opplevelse til metodens fordeler og ulemper. Det var også ulikheter i hvor lenge det var siden informantene hadde brukt HETA, noe som kan ha påvirket hva de ulike informantene husket fra bruken av verktøyet. Selv om det var en klar intensjon fra behandlerens side å ha et oppfølgingsintervju, lot ikke dette seg gjøre på grunn av utvikling i den spesielle saken, som krevde en annen tilnærming til saken der og da. Dette er å anse som en begrensning ved informasjonsinnhenting da det resulterte i at de to informantene som gjennomførte HETA-intervjuene til kasuset ikke fikk erfare hvordan det var å bruke HETA til å evaluere etter et halvt år. I tillegg gjorde dette at heller ikke u.t. fikk se hvordan den delen fungerte. Det var

også økt belastning på behandlerne rundt denne tiden. Uforutsette begrensninger som dette er dessverre å regne for en begrensning ved slike naturalistiske studier generelt.

Utover dette må resultatene fra intervjumaterialet sies å ha svært begrenset generaliserbarhet, da det kun er gjennomført ett intervju ved én anledning, med fire forskjellige behandlere fra samme arbeidssted. På tross av disse metodologiske begrensningene, synes det å ha kommet frem flere interessante momenter som egner seg for videre utforskning i mer omfattende skala.

7.7 Behov for videre forskning

Det er åpenbart at hele barne- og ungdomsfeltet trenger mer forskning på terapiprosess, endringsmekanismer og effekt. Ikke minst tyder praksisen i Norge på et behov for forskning som går på pasienters opplevelser vurderinger underveis og i etterkant av terapi. Særlig gjelder dette når det handler om behandling av barn og unge, som er i en periode med store fysiske og psykiske endringer, og hvor man tenker at utfallet kan få store konsekvenser på lang sikt. Da er ikke rene symptommålinger tilstrekkelig informasjon om endring, og man kan snarere argumentere for et behov for mer kvalitativ forskning, med tanke på eksempelvis tilfredshet og opplevd nytte av terapi i konkrete situasjoner og i et utviklingsperspektiv. Kliniske observasjoner kan ikke repliseres i laboratorium, men det er fortsatt stort behov for å bruke systematiske observasjoner av behandling med barn og unge, slik at vi i større grad kan øke kunnskapen om de ulike psykologiske prosessene som ligger til grunn for kliniske fenomener.

Basert på resultatene fra denne studien, hadde det utvilsomt vært interessant med en studie av lignende art som denne (en replikasjonsstudie), men med et større omfang, for å se om de samme momentene ville tre frem. Det hadde også vært interessant å videre forske på barns opplevelser av terapier generelt, men også av deres opplevelser av bruk av HETA spesielt.

8 Konklusjon

Det er avgjørende for både fremtidens forskning og mulighetene for å forbedre effekten av psykoterapi, at man fortsetter å videreutvikle og utforske feedback-verktøy som har implikasjoner for endring gjennom terapi. Til tross for enighet om at det er viktig med fokus på dette området, er det likevel rimelig å påstå at forskningen på feltet i dag har hatt relativt lite fremgang i forståelsen av hva psykoterapeutisk endring innebærer (Doss, 2004).

Som kliniker er det viktig både å forholde seg til, og å lære av forskning fra andre terapeutiske retninger, og ikke minst bygge videre på det og integrere det (Stänicke & Stänicke, 2012). Psykodynamisk orienterte terapeuter er kanskje av de som i størst grad har vist motvilje mot å ta til seg forskning når det kommer til feedback-litteraturen. Med denne oppgaven håper jeg imidlertid at flere innen denne tradisjonen også kan se nytten av å bruke feedback-metodikk. Ved bruk av feedback-verktøy som for eksempel HETA vil man ikke lengre si at disse står i veien for den psykodynamiske måten å jobbe terapeutisk, men heller kan bidra i positiv retning og gi økt kunnskap om prosess og utfall i psykologisk behandling av barn og unge.

Det er med andre ord ikke et *enten- eller*, men snarere et *både-og* jeg ønsker å formidle på basis av denne undersøkelsen. Hvilken teoretisk orientering man har, hvilken type behandling man driver og hvilke(t) av de mange mulige feedback-verktøyene man foretrekker å bruke, er ikke det viktigste. Det viktigste er at man kontinuerlig har et ønske om å bli bedre som terapeut, at man ønsker å få bedre behandlingsutfall med sine pasienter, og at færre blir dårligere etter endt terapiløp. Et viktig ledd i dette, mener jeg, i tråd med forskningen og i tråd med indikasjoner fra denne studien, er at man åpner for muligheten til å la seg informere av feedback-verktøy, slik at man får mulighet til å se og følge med på hvordan prosessene faktisk utvikler seg, hvordan de oppleves for pasienter og foreldre, og således igjen mulighet til å endre ens tilnærming før det er for sent. Igjen er det da essensielt å trekke fram viktigheten av at den evalueringsmetoden man velger å bruke som feedback-verktøy kan måle den typen endring man ønsker at terapien skal gi.

Litteraturliste

- Barrett, C. L., Hampe, I. E., & Miller, L. C. (1978). Research on child psychotherapy: An empirical analysis. I A. E. Bergin & S. L. Garfield (Red.), *Handbook of psychotherapy and behavior change* (Vol. 2, s. 411-435). New York: Wiley.
- Carlberg, G. (2009). Exploring change processes in psychodynamic child psychotherapy: The therapist's perspective. I N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nesic-Vuckovic & C. Urwin (Red.), *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emerging Findings* (s. 100-113): Routledge.
- Carlberg, G., Eresund, P., & Boëthius, S. B. (2008). Workshop for Clinicians and Researchers at the Erica Foundation October 2008: Ericastiftelsen (Erica Foundation) Stockholm.
- Claiborn, C. D., & Goodyear, R. K. (2005). Feedback in psychotherapy. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 209-217. doi: 10.1002/jclp.20112
- Claiborn, C. D., Goodyear, R. K., & Horner, P. A. (2002). Feedback. I J. C. Norcross (Red.), *Psychotherapy relationships that work: Therapist contributions and responsiveness to patients* (s. 217-235). New York: Oxford University Press.
- De Jong, K., Timman, R., Hakkaart-Van Roijen, L., Vermeulen, P., Kooiman, K., Passchier, J., & Busschbach, J. V. (2014). The effect of outcome monitoring feedback to clinicians and patients in short and long-term psychotherapy: A randomized controlled trial. *Psychotherapy Research*, 24(6), 629-639. doi: 10.1080/10503307.2013.871079
- De Jong, K., Van Sluis, P., Nugter, M. A., Heiser, W. J., & Spinhoven, P. (2012). Understanding the differential impact of outcome monitoring: Therapist variables that moderate feedback effects in a randomized clinical trial. *Psychotherapy Research*, 22(4), 464-474. doi: 10.1080/10503307.2012.673023
- Duncan, B. L. (2012). The Partners for Change Outcome Management System (PCOMS): The Heart and Soul of Change Project. *Canadian Psychology/Psychologie canadienne*, 53(2), 93. doi: 10.1037/a0027762
- Dunn, T. W., Burlingame, G. M., Walbridge, M., Smith, J., & Crum, M. J. (2005). Outcome assessment for children and adolescents: psychometric validation of the Youth Outcome Questionnaire 30.1 (Y-OQ®-30.1). *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 12(5), 388-401. doi: 10.1002/cpp.461
- Flückiger, C., Del Re, A., Wampold, B. E., Symonds, D., & Horvath, A. O. (2012). How central is the alliance in psychotherapy? A multilevel longitudinal meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 59(1), 10. doi: 10.1037/a0025749

- Fonagy, P. (2009). Research in child psychotherapy: Progress, problems and possibilities? I N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nestic-Vuckovic & C. Urwin (Red.), *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emerging Findings* (s. 19-34). New York: Routledge.
- Goodyer, I. M., Tsancheva, S., Byford, S., Dubicka, B., Hill, J., Kelvin, R., . . . Suckling, J. (2011). Improving mood with psychoanalytic and cognitive therapies (IMPACT): a pragmatic effectiveness superiority trial to investigate whether specialised psychological treatment reduces the risk for relapse in adolescents with moderate to severe unipolar depression: study protocol for a randomised controlled trial. *Trials Journal*, 12(1), 1-12.
- Gullestad, S. E., & Killingmo, B. (2013). *Underteksten: Psykoanalytisk terapi i praksis* (2 utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Haavind, H., & Øvreeide, H. (2011). Introduksjon: Terapeutiske fremgangsmåter og forandring. I H. Haavind & H. Øvreeide (Red.), *Barn og unge i psykoterapi. Terapeutiske fremgangsmåter og forandring* (Vol. 2, s. 9-24). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Helsedirektoratet. (2011). Kvalitet og kompetanse ...om hvordan tjenestene til mennesker med psykiske lidelser og rusproblemer kan bli bedre (s. 7-45). Oslo.
- Helsedirektoratet. (2015). Kvalitetsindikatorer - Psykisk helse for barn og unge. Lastet ned 25.02.2015, 2015, fra <https://helsenorge.no/Kvalitetsindikatorer/psykisk-helse-for-barn-og-unge>
- Hersoug, A. G., Ulberg, R., & Høglend, P. (2014). When Is Transference Work Useful in Psychodynamic Psychotherapy? Main Results of the First Experimental Study of Transference Work (FEST). *Contemporary Psychoanalysis*, 50(1-2), 156-174. doi: 10.1080/00107530.2014.880314
- Hofgard, T. L. (2008). Om å ta evidensbegrepet tilbake. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 44, 449.
- Huppert, J. D., Fabbro, A., & Barlow, D. H. (2006). Evidence-Based Practice and Psychological Treatments. I C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Red.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (s. 131-152). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Jeanneau, M., & Winzer, R. (2007). Psykodynamisk psykoterapi för unga: utvärdering av projektet ungdomar och unga vuxna vid Ericastiftelsen (s. 3-55): Psykisk hälsa-barn och unga, Stockholms läns landsting.
- Kennedy, E., & Midgley, N. (2007). *Process and outcome research in child, adolescent and parent-infant psychotherapy: A thematic review*: North Central London Strategic Health Authority.

- Kierkegaard, S. (1962). Synspunktet for min forfatter-virksomhed: En ligefrem Meddelelse, Rapport til Historien *Søren Kierkegaard, samlede verker* (Vol. Bind 18): Gyldendal.
- Knekt, P., Lindfors, O., Sares-Jäske, L., Virtala, E., & Härkänen, T. (2013). Randomized trial on the effectiveness of long-and short-term psychotherapy on psychiatric symptoms and working ability during a 5-year follow-up. *Nordic journal of psychiatry*, 67(1), 59-68.
- Lambert, M. (2007, January 17(1)). Presidential address: What we have learned from a decade of research aimed at improving psychotherapy outcome in routine care. *Psychotherapy Research*, 1-14.
- Lambert, M. (2010). Predicting negative treatment outcome: Methods and estimates of accuracy *Prevention of Treatment Failure: The Use of Measuring, Monitoring and Feedback in Clinical Practice* (s. 83-105). Washington DC: American Psychological Association.
- Lambert, M. J. (2004). *Bergin and Garfield's handbook of psychotherapy and behavior change*: John Wiley & Sons, Inc.
- Lambert, M. J. (2013). Outcome in psychotherapy: the past and important advances. doi: 0.1037/a0030682
- Lambert, M. J., Bailey, R., Kimball, K., Shimokawa, K., Harmon, S. C., & Slade, K. (2007). Clinical Support Tool Manual-Brief Version-40. *Salt Lake City: OQ Measures*.
- Lambert, M. J., Burlingame, G. M., Umphress, V., Hansen, N. B., Vermeersch, D. A., Clouse, G. C., & Yanchar, S. C. (1996). The reliability and validity of the Outcome Questionnaire. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 3(4), 249-258. doi: 10.1002/(SICI)1099-0879(199612)3:4<249
- Lambert, M. J., Whipple, J. L., Hawkins, E. J., Vermeersch, D. A., Nielsen, S. L., & Smart, D. W. (2003). Is It Time for Clinicians to Routinely Track Patient Outcome? A Meta-Analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(3), 288-301. doi: 10.1093/clipsy/bpg025
- Law, D., & Wolpert, M. (Red.). (2014). *Guide to using outcomes and feedback tools with children, young people and families* (second utg.): London: CAMHS Press.
- Levy, R. A., Ablon, J. S., & Kächele, H. (2012). *Psychodynamic Psychotherapy Research Evidence-Based Practice and Practice Based Evidence* (R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele Red.). New York: Hamana Press.
- Luyten, P., Blatt, S. J., & Mayes, L. C. (2012). Process and Outcome in Psychoanalytic Psychotherapy Research: The Need for a (Relatively) New Paradigm. I R. A. Levy, J.

- S. Ablon & H. Kächele (Red.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-Based Practice and Practice-Based Evidence* (s. 345-361): Humana Press.
- Macdonald, J. (2014). 'Formal' feedback in psychotherapy as psychoanalytic technique. *Psychodynamic Practice: Individuals, Groups and Organisations*, 153-163.
- Maruish, M. E. (2004). *The Use of Psychological Testing for Treatment Planning and Outcomes Assessment: General Considerations* (Vol. 1): Routledge.
- McWilliams, N. (1999). *Psychoanalytic Case Formulation*. New York: The Guilford Press.
- McWilliams, N. (2011). *Psychoanalytic diagnosis: Understanding personality structure in the clinical process* (Second Red.). New York: Guilford Press.
- Midgley, N., Cregeen, S., Hughes, C., & Rustin, M. (2013). Psychodynamic psychotherapy as treatment for depression in adolescence. *Child and adolescent psychiatric clinics of North America*, 22(1), 67-82. doi: 10.1016/j.chc.2012.08.004
- Midgley, N., Target, M., & Smith, J. (2006). The outcome of child psychoanalysis from the patient's point of view: A qualitative analysis of a long-term follow-up study. *Psychology and Psychotherapy: Theory, research and practice*, 79(2), 257-269. doi: 10.1348/147608305X52694
- Miller, S. D., Duncan, B. L., Sorrell, R., & Brown, G. S. (2005). The partners for change outcome management system. *Journal of clinical psychology*, 61(2), 199-208. doi: 10.1002/jclp.20111
- Miller, S. D., Hubble, M. A., Seidel, J. A., Chow, D., & Bargmann, S. (2014). Featured Expert Review: Feedback Informed Treatment (FIT): Achieving Clinical Excellence One Person at a Time *Independent Practitioner, Bulletin of Psychologists in Independent Practice, a Division of the American Psychological Association*, 34, 78-85.
- 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 forlag.
- Nissen-Lie, H. A., Monsen, J. T., Ulleberg, P., & Rønnestad, M. H. (2013). Psychotherapists' self-reports of their interpersonal functioning and difficulties in practice as predictors of patient outcome. *Psychotherapy Research*, 23(1), 86-104. doi: 10.1080/10503307.2012.735775
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Psychotherapy relationships that work II. *Psychotherapy*, 48(1), 4. doi: 10.1037/a0022180

- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2014). Relationship science and practice in psychotherapy: Closing commentary. *Psychotherapy, 51*(3), 398. doi: 10.1037/a0037418
- Norsk Psykologforening. (2007). Prinsipperklæring om evidensbasert psykologisk praksis, *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, s. 1127-1128. Lastet ned fra http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=31378&a=2
- Ogles, B. M., Lambert, M. J., & Masters, K. S. (1996). *Assessing outcome in clinical practice*: Allyn & Bacon.
- Reed, G. M., & Eisman, E. J. (2006). Uses and Misuses of Evidence: Managed Care, Treatment Guidelines, and Outcomes Measurement in Professional Practice. I C. D. Goodheart, A. E. Kazdin & R. J. Sternberg (Red.), *Evidence-based psychotherapy: Where practice and research meet* (s. 13-35). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Rønnestad, M. H. (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 45*(4), 444-454.
- Rådet for Psykisk Helse. (2008). Spesialisthelsetjeneste på brukerens arena -En utvalgsrapport til Rådet for psykisk helse (R. F. P. Helse, Overs.). I R. F. P. Helse (Red.).
- Schachter, A., & Target, M. (2009). The adult outcome of child psychoanalysis: the Anna Freud Centre long-term follow-up study. I N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nestic-Vuckovic & C. Urwin (Red.), *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emerging Findings* (s. 144). London: Routledge.
- Shimokawa, K., Lambert, M. J., & Smart, D. W. (2010). Enhancing treatment outcome of patients at risk of treatment failure: meta-analytic and mega-analytic review of a psychotherapy quality assurance system. *Journal of consulting and clinical psychology, 78*(3), 298. doi: 10.1037/a0019247
- Siefert, C. J., & Fdefife, J. A. (2012). Ten Diverse Outcome Measures for Psychodynamic Psychotherapy Research. I R. A. Levy, J. S. Ablon & H. Kächele (Red.), *Psychodynamic Psychotherapy Research: Evidence-based Practice and Practice-Based Evidence* (s. 529-553): Humana Press.
- Simon, W., Lambert, M. J., Harris, M. W., Busath, G., & Vazquez, A. (2012). Providing patient progress information and clinical support tools to therapists: Effects on patients at risk of treatment failure. *Psychotherapy Research, 22*(6), 638-647. doi: 10.1080/10503307.2012.698918
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative phenomenological analysis: Theory, method and research*: Sage.

- Sosial- Og Helsedirektoratet. (2005). *...og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
Lastet ned fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/og-bedre-skal-det-bli-nasjonal-strategi-for-kvalitetsforbedring-i-sosial-og-helsetjenesten-20052015>.
- Stänicke, E. (2011). Different ways of moving ahead after analysis: Changes in experiential dimensions. *Psychoanalytic Psychology*, 28(2), 229. doi: 10.1037/a0020639
- Stänicke, L. I., & Stänicke, E. (2012). Psykoanalyse og klinisk helsearbeid. I S. K. Gilbert, E. Stänicke & F. Engelstad (Red.), *Psyke, kultur og samfunn: Perspektiver på indre og ytre virkelighet*. (s. 141-159): Abstrakt forlag.
- Svendsen, B. (2007). Utvikling av allianse i psykoterapi med barn. I: Haavind, H. og Øvreide, H.(red.) *Psykoterapi med barn og unge Samspill og forståelse* (Vol. 1, s. 69-96): Gyldendal akademisk.
- Tjersland, O. A., Monsen, J. T., & Hansen, J. L. (2015). Psykofarmaka på kort og lang sikt. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 52, 126-131.
- Town, J. M., Diener, M. J., Abbass, A., Leichsenring, F., Driessen, E., & Rabung, S. (2012). A meta-analysis of psychodynamic psychotherapy outcomes: evaluating the effects of research-specific procedures. *Psychotherapy*, 49(3), 276. doi: 10.1037/a0029564
- Urwin, C. (2007). Revisiting ‘What works for whom?’: A qualitative framework for evaluating clinical effectiveness in child psychotherapy. *Journal of Child Psychotherapy*, 33(2), 134-160. doi: 10.1080/00754170701431370
- Urwin, C. (2009). A qualitative framework for evaluating clinical effectiveness in child psychotherapy: The Hopes and Expectations for Treatment Approach (HETA). I N. Midgley, J. Anderson, E. Grainger, T. Nestic-Vuckovic & C. Urwin (Red.), *Child Psychotherapy and Research: New Approaches, Emerging Findings* (s. 157-170). New York: Routledge.
- Usher, S. F. (2013). *Introduction to psychodynamic psychotherapy technique* (second utg.). New York: Routledge.
- . Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. (2008) (Helsedirektoratet, Overs.) (s. 5-88). Oslo.
- Walfish, S., Mcalister, B., O'donnell, P., & Lambert, M. J. (2012). An investigation of self-assessment bias in mental health providers. *Psychological Reports*, 110(2), 639-644. doi: 10.2466/02.07.17.PR0.110.2.639-644
- Wampold, B. E., & Budge, S. L. (2012). The 2011 Leona Tyler Award Address The Relationship—and Its Relationship to the Common and Specific Factors of

Psychotherapy. *The Counseling Psychologist*, 40(4), 601-623. doi:
10.1177/0011000011432709

Warren, J. S., Nelson, P. L., Mondragon, S. A., Baldwin, S. A., & Burlingame, G. M. (2010). Youth psychotherapy change trajectories and outcomes in usual care: Community mental health versus managed care settings. *Journal of consulting and clinical psychology*, 78(2), 144. doi: 10.1037/a0018544

Wells, M. G., Burlingame, G. M., Lambert, M. J., Hoag, M. J., & Hope, C. A. (1996). Conceptualization and measurement of patient change during psychotherapy: Development of the Outcome Questionnaire and Youth Outcome Questionnaire. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 33(2), 275-283. doi: 10.1037/0033-3204.33.2.275

Wiesz, J. R., Ng, M. Y., Rutt, C., Lau, N., & Masland, S. (2013). Psychotherapy for Children and Adolescents. I M. J. Lambert (Red.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behavior Change* (6 utg., s. 541-587). New Jersey: John Wiley & Sons.

9 Vedlegg

9.1 Vedlegg 1: Spørsmål til terapeuter som har benyttet HETA-intervjuet

Hvordan opplevde du å bruke HETA?

- Bra? Hva og hvorfor.
- Mindre bra/uheldig? Hva og hvorfor.
- Hvordan var det sammenlignet med hva du hadde tenkt om HETA på forhånd?

Opplevde du at det var noe som kom frem i intervjuet (fra din side eller barnet/forelderen), som du tenker at **IKKE** hadde kommet frem på samme måte/samme tidspunkt hvis du ikke hadde brukt HETA?

Kjenner du andre typer feedback-skjema?

- Hvordan synes du eventuelt HETA er sammenlignet med andre du kjenner til?
 - Positivt?
 - Negativt?
 - Er det noe nytt?
 - Hva er eventuelt annerledes?

HVIS de opplever HETA som et bra verktøy:

- For hvilke typer pasientsaker synes du HETA er nyttig?
 - Hvilke og hvorfor?
- Er det type saker du tenker at det ikke er hensiktsmessig å bruke det i?
 - Hvilke og hvorfor?

HVIS de IKKE opplever HETA som et bra verktøy:

- Synes du/tror du HETA kan være nyttig for noen typer pasientsaker?
 - Hvorfor/hvorfor ikke?

- Evt. Hvilke typer saker?

Hvilken teoretisk retning jobber du med utgangspunkt i?

Tenker du at HETA er unyttig uavhengig av type terapi?

- Hvorfor/hvorfor ikke?

Kan du tenke deg å benytte HETA igjen?

- Hvorfor/hvorfor ikke?

Hvordan ville det være for deg hvis HETA ble lagt inn som standard ved start av (egne) terapier?

- Hva tenker du ville vært positivt?
- Hva er eventuelle utfordringer og negative sider ved det?

9.2 Vedlegg 2: Transkriberte intervju med behandlerne

Tabell 2: Transkripsjoner med utforskende kommentarer og fremtredende temaer fortløpende gjennom teksten

fremtredende TEMA	Transkript	Utforskende kommentarer
Hvordan opplevde du å bruke HETA?		
<p>Tvinger en til å tenke ordentlig rundt terapien</p> <p>Tydighet for alle parter</p> <p>Gjør HETA foreldrenes forståelse av barnet tydeligere for behandler?</p>	<p>Informant 1: Jeg synes det var positivt. Det liksom tvinger en til å virkelig sette seg ned og tenke gjennom hvor man vil hen og hva man skal gjøre. Og det blir tydelig for alle parter i saken. Mest for foreldrene. I og med at foreldrene er skilt er det nesten litt ekstra viktig at man er klar over hva som er målene. Også blir det tydelig hvordan de ser henne da. Når jeg gjorde det på barnet ble det litt sånn over hodet på henne.. jeg tenkte at det kanskje ikke var så nyttig for henne. Ellers så var det jo litt jobb med å bruke det, men sånn er det. Jeg hadde jo tre separate intervjuer, og forberedte meg litt i forkant og skrev litt i etterkant, så til sammen har jeg sikkert brukt en arbeidsdag på det. Men jeg synes det var verdt det. Jeg kunne godt tenkt med å bruke det på flere.</p>	<p><u>Åpner med å si at det var en positiv opplevelse, selv om verktøyet kan virke å «pålegge» en annen (og mer omstendelig?) måte å tenke/jobbe på.</u></p> <p><u>Det kan virke som at «tydighet» og det at det gir en slags åpenhet mellom de ulike partene i saken er noe Informant 1 ser som særlig positivt med å bruke HETA?</u></p> <p><u>Er tydighet ekstra viktig i mer kompliserte saker?</u> <u>Interessant. Gir HETA behandleren mer informasjon om foreldrenes forståelse av pasienten?</u></p> <p><u>Hvorfor opplevde hun at det ble «over hodet» på jenta? Vil mange dele en lik opplevelse? Hvorfor?</u></p> <p>Til tross for at hun beskriver at det er «en del jobb» (ca en arbeidsdag), synes hun det var verdt det</p>
<p>Tydligere behandlingsmål</p>	<p>Informant 2: Mitt inntrykk var at det var veldig ålreit. Og at foreldrene synes det var ålreit. Og at det tydeliggjorde målene i behandlingen.</p>	<p>Har positiv opplevelse av å bruke HETA, og tror foreldrene i saken synes det var positivt. Trekker frem at det er «behandlingmålene» som blir tydeligere</p>
<p>Sørger for konkret og tydelig forståelse av problemet og beskrivelse i hvordan det viser</p>	<p>Informant 3: HETA presser fram at man er konkret på hvordan man forstår problemet og konkret når det gjelder</p>	<p>HETA gjør at en må være konkret når det gjelder å formulere forståelse av problemet og hvordan problemet viser seg i</p>

<p>seg</p> <p>Kommunikasjon rundt komplekse psykiske fenomener</p> <p>Evaluering av prosess og utfall</p> <p>Fleksibelt og åpent</p>	<p>hvordan det viser seg i den virkelige verden. Det skjerper noe i kommunikasjon til foreldre og egen forståelse. Det er en spesifikk måte å kommunisere på veldig komplekse og vanskelige psykiske fenomener og problematikk. Man får også en veldig konkret måte å evaluere om en prosess går den veien man synes. Jeg opplevde også at det var en veldig tydelig måte å gjøre det på, som berørte dem veldig sterkt. De skjønnte at det var noe i beskrivelsen som stemte, men som de kanskje ikke har forstått betydningen av. Jeg synes egentlig ikke det var noe som var negativt med det [HETA], fordi det er såpass fleksibelt og åpent at det nettopp ikke presser en inn i noe som skaper distanse eller sånn.</p>	<p><u>Hva er det som gjør at hun opplever at det «skjerper kommunikasjonen»?</u></p> <p><u>Setter HETA psykiske fenomener naturlig på «dagsorden»? Fasiliterer det selve kommunikasjonen med foreldrene/pasientene? Bedre enn ellers?</u></p> <p>Igjen brukes ordet «tydelig»</p> <p><u>Tilbakegivingen kan virke som en slags intervensjon i seg selv?</u></p> <p>Trekker ikke frem noe negativt med bruken</p> <p>Synes det er både fleksibelt og åpent</p>
<p>Klargjørende for partenes forventninger</p> <p>Teoretisk orientering relevant for opplevd utbytte av HETA?</p>	<p>Informant 4: I den konkrete saken jeg brukte det på så var det nyttig. For min del var det litt klargjørende i forhold til hva denne gutten og mor ønsket hjelp med. Det mest klargjørende var å høre deres forventninger. Jeg har ofte fokus på mer familien da, enn bare barnet, så tenkte vel så mye på «familiens utfordringer», som at det var barnet som skulle «repareres». Jeg synes HETA er litt sånn individfokusert, men at det går også an å bruke for tankegang rundt familiesystemer. Selv om det var gutten som var henvist og formulert som at trengte hjelp, gikk min tilbakemelding mye på hva mor trengte av hjelp sammen med gutten, men den tilbakemeldingen tror jeg at jeg kunne gitt uten HETA også. HETA handlet for meg</p>	<p>Klargjørende å bruke HETA for å forstå hva de ønsket hjelp med og hva som var deres forventninger</p> <p>«klargjørende»</p> <p><u>Sikter han her til ulik behandling basert på teoretisk bakgrunn? Fokus på barn vs hele familien</u></p> <p>For mye individfokusert, men mulig å bruke tankegangen også på familie slik han gjorde i sin sak</p> <p>Ikke annerledes tilbakemelding selv om han brukte HETA. <u>Informant 4 virker å vektlegge denne delen mindre enn særlig I1 og I3. Hvorfor?</u></p> <p>HETA handlet for han mest om å finne og formulere behandlingsmål</p>

<p>Fokus på barn vs familie/foreldre</p> <p>Behov for modifisert utgave?</p>	<p>mest om å finne behandlingsmål og formulere det. Jeg tror det var klargjørende særlig for mor, hva jeg tenker at jeg kan hjelpe dem med og ikke. Jeg synes kanskje 3 mål er litt mye. Også synes jeg at individfokuset kunne vært redefinert til å også omhandle foreldrene. Sånn at man kan styrke foreldrenes omsorgsutøvelse. Min innsigelse mot bruk av HETA, er at det er utviklet i en tradisjon hvor individualterapien tradisjonelt sett står veldig sterkt og at det barnet som skal få hjelp. I noen tilfeller er det en god måte å gå frem på, men etter min mening er det langt i fra «gullstandarden». Jeg kunne gjerne sett for meg en modifisert utgave av HETA, som ikke var så drevet av tradisjonen sin da, som var mer familieorientert, hvor man ser mer på familiestrukturen og ikke er så opptatt av barnets symptomer eller plager, men tenker at det kommer implisitt gjennom at det er noe i strukturen som forandrer seg, eller foreldrene. Det er veldig mye bra med HETA, det er helt nødvendig å bruke den type beslektede kartlegginger og målsettingsverktøy, men at jeg synes at ulempen er at det legger litt for mange føringer. Det begrenser antall saker hvor det vil være naturlig å ta det frem.</p>	<p>«Klargjørende» for mor å høre behandlers tanker om hva han kan hjelpe med</p> <p>Konkret relatert til selve intervjuet peker han på at han synes 3 mål er litt mye.</p> <p>Ønsker en redefinering og fokusvridning fra barn til familie/foreldre.</p> <p><u>Jeg får tanker om at han har en personlig og generell mening som han synes det er viktig å få frem her, rundt barneterapi kontra mer familieorientert arbeid. Interessant. Er teoretisk orientering «dealbreaker» eller kan det tenkes at det kan fungere uansett?</u></p> <p><u>Mener han at HETA er opptatt av symptomer og plager? Mer enn andre feedback-verktøy? Hvordan?</u></p> <p><u>Struktur – i barnet selv eller mener han her familiestruktur, dynamikk?</u></p> <p><u>«Legger litt for mange føringer» - i måte å tenke på? Behandle?</u></p>
<p>Synes du det var noe som kom frem i intervjuet, enten fra din side (til foreldre/barn), eller fra foreldre/barn, som du tror ikke hadde kommet fram på samme måte, hvis det ikke hadde vært for at HETA ble brukt?</p>		
	<p>Informant 1: Ja, jeg synes det var interessant å høre hva foreldrene tenkte om mål for barnet. Og jeg husker at far var</p>	<p><u>Hun nevner igjen hvordan foreldrenes tanker om barnet kom frem. Gjør HETA det enklere å få foreldrene på banen med sine tanker og sin forståelse?</u></p>

	<p>opptatt av at datteren skulle være mer tilfreds med den familiesituasjonen som var, og det synes jeg kom tydeligere fram. Uten HETA tror jeg ikke det hadde blitt så eksplisitt. Jeg tenker det er bra, for da har alle hørt det. Jeg kunne kanskje ha tenkt det, men det hadde kanskje ikke kommet så tydelig fram.</p>	<p>Mer eksplisitt kommunikasjon med HETA</p>
	<p>Informant 2: Ja, det synes jeg. Både fra terapeutens og foreldrenes side. Det at de tenkte gjennom det og satte seg ned og reflekterte rundt prosessen og hva som var problemstillingen. Uten HETA hadde det nok ikke blitt like grundig og omstendelig.</p>	<p>Mer refleksjon rundt problemstillingen og prosessen fra både foreldrene og terapeutene</p> <p>Grundigere arbeid</p>
<p>Fremme foreldrenes syn</p>	<p>Informant 3: Altså det var jo en anledning til å høre om og beskrive foreldrenes ulike oppfatning. Både at de har forskjellig beskrivelser og «rangering» av alvoret i problematikken, så det kan også bli en sann tydeliggjøring av forskjeller innad i familien da. Jeg tror det er fint, og på en måte en utfordring, å måtte beskrive hvordan det vi forstår som emosjonelle problemer eller konflikter, hvordan det viser seg i lek og hvordan det viser seg i atferd. Det å ikke bare beskrive det som en angst eller depresjon, men at man beskriver hvordan man oppfatter at problematikken viser seg i f.eks. lek, passivitet, tilbaketrekning eller utagering. Og at man lager den forbindelsen av hvordan man forstår at problematikken viser seg i handling.</p>	<p>Trekker også frem det å få frem foreldrenes oppfatninger</p> <p>Igjen bruk av ordet «tydeliggjøring»</p> <p>Utfordrende å beskrive hvordan man tenker at de aktuelle emosjonelle problemene/ konflikten viser seg i lek/atferd</p> <p><u>Meningsfullt for foreldrene at man trekker forbindelse mellom forståelse av problemet og den konkrete hverdagen?</u></p>
<p>Fremme foreldrenes syn</p>	<p>Informant 4: Ja, det synes jeg. Det som kom fram og som ble tydeligere for meg, gjennom mors formuleringer, ved bruk av</p>	<p>Synes mors fokus overfor barnet ble tydeligere med HETA</p>

	HETA, var hennes fokus i forhold til barnet. Hva hun så, ikke så, valgte å ikke se. Det var til hjelp at det kom fram så tydelig så tidlig.	
Kjenner du til noen andre typer feedback-skjemaer? Har du brukt noen?		
	Informant 1: Ja, men jeg har ikke brukt de noe særlig. Jeg synes det ofte er litt sånn at alt er veldig bra, hele tiden, at på spørsmål om hvordan timen har vært, så har de liksom sånn maks skåre. Jeg føler ikke at det gir ekte feedback. På sånn spørsmål om hvordan man synes timen var, om relasjonen til terapeuten og så videre, synes jeg blir teknisk. Jeg synes ikke det blir en naturlig samtale. Men jeg synes det er kjempeviktig å ha de temaene oppe, men tror kanskje det er bedre sånn som med HETA, at man tilpasser det mer til pasienten. Det er åpent, også fyller man selv inn hva som er målet, og ikke sånne ferdige spørsmål.	Noe kjennskap til andre skjema, men ikke brukt Synes ikke de gir ekte feedback og at de virker for tekniske, noe som resulterer i unaturlig samtale. <u>Hva gjør at HETA til sammenligning oppleves som mer naturlig å bruke?</u> Bedre når skjema er lagd slik at det tilpasses til hver enkelt sak Heta er «åpen», uten ferdige spørsmål
Krever i motsetning til andre verktøy refleksjon rundt prosess og behandling Fungerer HETA strukturerende?	Informant 2: Jeg er veldig dårlig på navn, men jeg har sett de med smilefjesene, men ikke brukt det selv. Jeg tenker at det kanskje er lett å krysse av der da, uten å reflektere så mye. Med HETA måtte du på en måte reflektere mer i saken og lage problemstilling, og jeg tror terapeuten som jeg jobbet med, følte at det var litt utfordrende å reflektere og sette ned noen punkter, som man kanskje ellers ikke hadde gjort så systematisk.	Andre typer feedback-skjema fordrer lite refleksjon. <u>For lite?</u> <u>Det kan virke som at det å bruke HETA også har strukturert behandlerens arbeid?</u>
Tilfører HETA noe nytt som andre feedback-skjema ikke har?	Informant 3: Jeg synes jo HETA på en måte fanger opp en mye mer sånn individuell, individorientert beskrivelse ut i	Sammenlignet med andre (ikke spesifisert) oppleves HETA som mer presis, tett på erfaring, opplevelse og hverdag.

	fra hvem barnet og familien er, og at HETA er mer presis og tettere på erfaring, opplevelse og hverdag.	
Behov for bredere målgruppe og komprimert skjema?	<p>Informant 4: Jeg kjenner ikke noen av disse feedback-skjemaene godt, men jeg vet at de finnes mange forskjellige feedback-skjemaer. For eksempel Lambert sin. Jeg har ikke brukt det, men jeg kjenner til det. Det er jo en annen type feedback da, for det er jo regelmessig og oftere feedback. Jeg tenker at evalueringene ved HETA er for sjeldne. Det er også litt sånn i forhold til den tradisjonen. Jeg tenker at det er litt kunstig. Det bør jo være langt oftere, kanskje etter hver time. Jeg heller vel mer i retning av den tradisjonen der da. Og det tenker jeg også er basert på psykoterapiforskning, i forhold til hva man vet om endring særlig tidlig i terapiforløp, hvor viktig det er. (Tenker du da at HETA skulle vært et skjema som skulle vært brukt hver time, eventuelt?) Ja, men ikke sånn som det foreligger i dag. Da måtte man gjort endringer. Og det er litt de endringer jeg tenker er nødvendig hvis det skal være naturlig å trekke frem HETA i mange saker. Det må åpnes opp i forhold til målgruppe og komprimeres i forhold til fokusområder.</p>	<p>Kjenner til Lamberts skjemaer</p> <p>HETA har for sjeldne tilbakemeldinger, kanskje etter hver time. <u>Hvorfor synes han det er kunstig med sjeldnere feedback?</u></p> <p>Her peker han selv direkte på ulikheter i tradisjon/teoretisk orientering</p> <p>HETA bør bli mer lik Lambert etc. sine skjema, med oftere tilbakemeldinger</p> <p>Bør også i større grad kunne brukes i familiearbeid og ha verre fokusområder</p>
Kan du tenke hvilken type pasientgruppe/saker HETA er særlig egnet for?		
Særlig viktig med flere involverte parter/ulik forståelse?	<p>Informant 1: Jeg tenker jo at det vil være veldig nyttig i barneterapier generelt. Der er det veldig viktig at alle forstår og kan være trygge på hva vi holder på med.</p>	<p><u>Kan de tenkes at HETA er særlig viktig i saker hvor det er flere involverte parter, kanskje med ulik forståelse, eller som er utrygge/usikre på hva som skjer i terapi/kan lite om psykologisk utvikling e.l.?</u></p>
	<p>Informant 2: Det kan vel være på mange</p>	<p>Enklere ved mer klare problemstillinger.</p>

<p>Mest nyttig i komplekse eller enklere saker?</p>	<p>saker, men jeg tenker at det er kanskje enklere der det er mer sånne klare problemstillinger. I veldig komplekse saker kan det være vanskelig, i hvert fall i starten. Hvis man ikke forstår hvorfor man er henvist, eller hva som er problemstillingen. På en annen side, kanskje det er da det er nyttig. At man må jobbe fram de felles målene. Men jeg kan jo se for meg at hvis foreldrene ikke har forståelse for at det kan være noe lidelsestrykk eller symptomer, så vil det jo kanskje være vanskelig å arbeide fram noe felles mål, hvis de benekter det...</p>	<p><u>Opplever hun at det er enklere, og nyttigst da?</u></p> <p>Vanskeligere i komplekse saker, særlig hvis ufrivillig henvist og man ikke selv ser behov for hjelp (<u>eksempelvis ved henvisninger fra barnevernstjenesten.?</u>)</p> <p><u>Kanskje nettopp mest nyttig i komplekse saker?</u></p>
<p>HETA krever ikke psykoanalytisk/dynamisk arbeid, men en tanke om at samspill, relasjon og indre verden er viktig</p>	<p>Informant 3: HETA springer ut fra en sånn langtidsterapeutisk måte å jobbe på, men jeg tenker at det også helt klart egner seg på mer korte løp, nettopp fordi den er åpen og fleksibel og ikke bundet til noe som forutsetter at man holder på veldig lenge. Men det forutsetter jo at man jobber ut ifra en ide om at psykiske vansker alltid har en dimensjon av relasjon til levd liv og mening og erfaring, og at man ikke bare forstår psykiske problemer bare som uttrykk for sykdom. Da vil den ikke være så relevant. Innenfor en sånn sykdomsmodell vil jo det som er mulighetene for bredde og dybde i beskrivelse og forståelse falle bort. Det forutsetter ikke nødvendigvis at man tenker psykoanalytisk eller psykodynamisk, men at man tenker at samspill og relasjon og indre verden er vesentlig.</p>	<p>Egnet også for kortere terapiløp, selv om opprinnelig basert på langtidsterapier, fordi den er åpen og fleksibel og ikke forutsetter arbeid over veldig lang tid.</p> <p>Fordrer at man ikke forstår psykiske problemer som uttrykk for sykdom – da vil ikke HETA være relevant.</p> <p>Med sykdomsmodell faller muligheter for bredde og dybde i beskrivelse og forståelse bort. <u>M.a.o. ser hun HETA som verktøy som bevarer mulighet for slik dypere og bredere forståelse?</u></p> <p>For å ha nytte av HETA må man tenke at samspill, relasjon og indre verden er vesentlig</p>
	<p>Informant 4: Ja, det er egentlig et veldig godt spørsmål altså. Jeg kan kjenne på litt</p>	<p>Kjenner på irritasjon rundt hvordan det har</p>

<p>Barnet i fokus eller familien? Setter HETA krav her?</p> <p>Hvor mye fleksibilitet kan tillates, før det ikke lengre er HETA?</p>	<p>sånn irritasjon i forhold hvordan det har vært tenkt i forhold til behandling av barn og unge. Jeg har litt problemer med det å ensidig tenke individualbehandling som en slags gullstandard i behandling av barn og unge. Jeg tenker at det er andre tilnærminger som er vel så potente og som ivaretar også barnet. I denne saken fungerte det jo egentlig selv om mor var med i alle timene, men det ble jo en veldig modifisert og tilpasset bruk av HETA da. Så da er spørsmålet på hvilket tidspunkt man går fra å tenke at det er HETA til at det er noe annet. Så lenge ikke HETA er mer åpen i forhold til målgruppe og mer komprimert i forhold til fokusområder , tenker jeg at det for meg er veldig unaturlig å ta det fram. Med mindre det er en ungdom i individualterapi. I de sakene kunne det vært nyttig. Også for å få med foreldre, som jeg tenker er helt avgjørende..</p>	<p>vært tenkt om behandling av barn.</p> <p><u>Det virker som at Informant 4 synes at HETA krever at det må være individualbehandling og kun barnet i fokus?</u></p> <p><u>Likevel sier han at han opplevde at det fungerte å arbeide med mor i sin sak, MEN at det da var en veldig modifisert utgave av HETA</u></p> <p>Hvor mye modifisering skal til før det ikke lengre er HETA</p> <p>HETA aktuelt å bruke i saker med ungdom i individualterapi, særlig med passive foreldre</p>
<p>Er det noen saker du tenker at HETA ikke vil være nyttig eller hensiktsmessig å bruke?</p>		
<p>Hvordan brukes HETA med yngre barn?</p>	<p>Informant 1: Jeg er litt usikker i forhold til de yngre barna, hvor mye man skal involvere de i hva som er mål og hva som er forventninger. Og hvordan men skal si det og legge seg på deres nivå sånn at de forstår det da. Kanskje man kan legge vekk litt skjema? Jeg merket at det ble så annerledes enn sånn som vi egentlig har det på lekerommet. Jeg følte veldig på at det var sånn vi pleier å snakke sammen. (Er det sånn at du tenker at du nesten kunne ha fått informasjonen uten skjema og heller fylt ut</p>	<p>Usikker på hvordan det er best å involvere de litt yngre barna</p> <p>Foreslår å legge vekk skjema for å hindre at det blir kunstig situasjon sammenlignet med vanlige timer</p>

	i etterkant hva dere kom fram til?)Ja, jeg merket også det på henne, jeg følte at hun var så annerledes enn sånn som hun egentlig pleier å være.	
	Informant 2: Se forrige spørsmål.	
Ikke hensiktsmessig i saker hvor det allerede skjer alt for mye rundt barnet? Overflødig i helt avgrensede saker?	Informant 3: Det er jo meningen at man skal gå inn med HETA ganske tidlig i løpet, så i saker hvor barnet/ungdommen er i fritt fall kan det jo kanskje være litt voldsomt å komme inn med HETA. I saker hvor man skal gjøre et helt avgrenset løp, så er det kanskje ikke så nødvendig med en så omfattende metode som HETA.	For mye og for voldsomt å bruke HETA i saker hvor det allerede skjer veldig mye rundt barnet og det er i «fritt fall» Unødvendig og overflødig i saker med avgrenset terapiløp
Begrenset utbytte	Informant 4: Det er ikke det at jeg tenker at det ikke er hensiktsmessig å tenke struktur inn i sakene, og tenke at foreldrene skal involveres. Den tankegangen tenker jeg at man må ha med, så det er ikke det at man ikke skal tenke målsettinger. Men akkurat hvordan HETA er lagt opp i dag, så føler jeg at den lukker litt for mye hva gjelder målgruppe, sånn at man må gjøre noen nødvendige modifiseringer, som ikke nødvendigvis er noe man går i gang med når man får den type saker. Da tenker jeg umiddelbart at det er enklere for meg å bare forholde meg til behandlingsplan og formulere utredning og kartlegging og behandlingsmålsetninger der, enn å dra fram HETA.	Liker at man tenker struktur og målsettinger inn i sakene og at foreldrene involveres, men mener at HETA lukker for mye og trenger modifisering Mener at HETA krever såpass mye modifisering at det kanskje er enklere å bare forholde seg til behandlingsplan
Hvilken teoretisk retning vil du si at du jobber med utgangspunkt i?		
	Informant 1: Jeg har jo gått på dynamisk terapi, så jeg er jo preget av det. Men jeg plukker jo fra andre også. Så jeg vil ikke si at jeg er veldig en bestemt retning.	Dynamisk grunn trening fra skolen, men har siden da også tatt i bruk teori/teknikk fra andre retninger → <u>dyamisk forankring, men integrativ</u>

	Informant 2: Psykodynamisk. Og familierapeutisk.	Psykodynamisk og familierapeutisk
	Informant 3: psykoanalytisk	Psykoanalytisk
	Informant 4: Jeg jobber nok ganske sånn eklektisk i den forstand at jeg kan forstå en del saker ut ifra mer dynamiske hypoteser, men jeg nok jobber mye innenfor et familieperspektiv. Jeg har mange familierapeutiske samtaler og er systemorientert. I forhold til ren angst/traumer/PTSD, så har jeg nok mer fokus på kognitiv terapi. Men hvis jeg går inn i individualterapi med ungdommer, så jobber jeg ofte etter modell til Leigh McCollough. Jeg vil si at jeg har mulighetene til å kunne spille på ulike varianter og forsøker å tilpasse det best mulig de jeg møter. Men jeg er ikke der at jeg har langtids individualterapi med majoriteten av dem jeg møter.	Eklektisk Kan forstå ut ifra dynamiske hypoteser, men arbeider mye innenfor familieperspektiv Systemorientert Kognitiv terapi i klart avgrensede saker McColloughs modell i individualterapi med ungdommer
Tenker du at HETA er nyttig uavhengig av type terapi? Om det er tenkt langt eller kort terapiforløp og eksempelvis dynamisk eller kognitiv terapi		
Nyttig i ulike typer terapi så lenge de ikke er veldig strukturert?	Informant 1: Ja. Jeg vil egentlig tro at det er nyttig for både dynamisk og kognitiv orientert terapi. I veldig strukturert terapi, vil man kanskje tenke at det er overflødig? Hvis man jobber med mestringskatten liksom? Men jeg tror det er nyttig uansett altså, jeg tror det.	Egnet for både dynamisk og kognitiv terapi, med mindre den er veldig strukturert, da er HETA mer overflødig
Nyttig i ulike typer terapi så lenge de ikke er veldig strukturert?	Informant 2: Ja det tenker jeg. Og det er vel litt av hensikten med det sånn jeg har forstått det, at det det kan brukes på alle typer terapier. I kognitiv terapi har man ofte litt mer konkret problemstilling, som man jobber mer konkret med, og da er det jo også fint å evaluere etterpå. Både være	Kan brukes på alle typer terapier

	<p>enig om og definere problemstilling og bruke tid på det innledningsvis via et HETA skjema, og så evaluere det etterpå. Psykodynamisk terapi er ofte «open-ended» og man går i gang med barneterapi. Man kan likevel ha fokuserte mål, men det er kanskje vanskeligere å beskrive det overfor barnet. I familierapi tenker jeg at man ofte jobber med hva som er hensikten med terapien, hvor mange ganger man skal møtes, hva som er fokus, også evaluerer man på slutten. Det er jo litt som HETA er da.</p>	
	Informant 3: (spurte ikke)	
	<p>Informant 4: Ja, jeg tenker at det er nyttig å tenke sånn som HETA legger opp til, men jeg tenker at det kunne vært gjort bedre. Det kunne vært tilpasset bedre den hverdagen vi har. Det tenker jeg. Men jeg er veldig for tankegangen bak HETA, å strukturere og klargjøre mål og forventninger. Og holde på det, men også ha mulighet til å endre på det underveis.</p>	<p>HETA kunne vært utformet bedre</p> <p>«klargjøre»</p>
Kan du tenke deg å benytte HETA igjen?		
	<p>Informant 1: Ja, det kan jeg. Særlig hvis man kan ha det mer sammen, eksempelvis bare ett intervju med foreldrene og en variant med barnet hvor man ikke bruker skjemaet aktivt i timen. Jeg tror kanskje at det er vanskelig for foreldre og barn å si alt hva de tenker om håp og forventninger og sånt med andre tilstede. Barn blir ofte veldig stille når de er i rom med voksne. Man kunne kanskje hatt samtalen med barnet først, for så i gi noe tilbake av det til foreldrene, hva barnet tenkte.</p>	<p>Ja</p> <p>Særlig hvis man kan legge vegg skjema når man er med barnet</p>

<p>HETA aktuell for å måle kvalitet og se på prosess ved behandling</p>	<p>Informant 2: Ja, det kunne jeg absolutt. Den spissingen av problemstillingen og det å få en felles forståelse, felles mål og å kunne jobbe med det i forhold til effekt. Vi er jo interessert i at barnet og familiene skal få det bedre når de kommer til oss. Og HETA er en måte å se på måloppnåelse i forhold til kvalitet. Sammenlignet med mange andre kvalitetsparametere vi har, som ikke egentlig går så veldig mye på kvalitet, men heller på å være «flink pike» og gjøre de «riktige tingene», så er HETA kanskje mer i forhold til om det skjer noe i terapien.</p>	<p>Ja</p> <p>Med HETA kan man måle måloppnåelse og se på kvalitet ved behandling</p> <p>Andre kvalitetsparametre ved poliklinikken går ikke på kvalitet (<u>men på at rutiner blir fulgt etc., kan HETA tenkes å kunne fungere som et slikt kvalitetsparameter?</u>)</p>
<p>Tilskudd til prosessen?</p>	<p>Informant 3: Ja, det kan jeg. Det har jeg lyst til. Jeg synes at det var et veldig tilskudd til både meg, familien og prosessen. Også gir det en dokumentasjon av prosessen Den er så fenomennær og direkte på utsagn fra både terapeut og foreldre, og skal godkjennes i etterkant, så det nytter ikke å komme etterpå og si at det var motsatt. Jeg tenker at en time med HETA, er en terapitime. Det skjer mye terapeutisk arbeid i prosessene hvor man forsøker å klargjøre, spesifisere. Den biten der terapeuten kommer med sin tilbakemelding det er jo en terapeutisk intervensjon. Jeg kan absolutt tenke meg å gjøre det om igjen.</p>	<p>Ja</p> <p>HETA var et tilskudd til terapeuten, familien og prosessen Gir dokumentasjon a prosessen</p> <p>En time med HETA er en terapitime</p> <p>«klargjøre»</p> <p>Tilbakemeldingen – en intervensjon</p>
<p>HETA til hjelp for å engasjere foreldre?</p>	<p>Informant 4: Ikke i majoriteten av de sakene jeg har, men i noen av de sakene jeg har, kunne det vært naturlig. Det jeg først og fremst tenker på da er saker med ungdom og gjerne litt passive foreldre. Og da ungdom som jeg har i individualterapi,</p>	<p>Ikke i de fleste sakene jeg har</p> <p>Kan være aktuelt i saker med ungdom i individualterapi, mer dynamisk orientert terapi</p>

	mer dynamisk orientert. Da tenker jeg det kunne vært nyttig. Men det er jo ikke majoriteten av sakene. I slike saker kan det hende jeg kan trekke frem HETA.	
Hvordan synes du det ville være hvis HETA ble lagt inn som en slags standard ved poliklinikken?		
Hvordan implementere HETA på poliklinikk?	Informant 1: Jeg synes ikke det må bli tvunget på. For da tror jeg man møter mye motstand. Da vil det være mange som synes at det er ork å skulle gjøre. Jeg synes at det må være frivillig og noe kan gjør hvis man selv synes det er nyttig. (Tror du andre ville like det hvis de først prøvde det?) Ja, jeg tror det. (Så hvordan kan man få de til å ville prøve det den første gangen?) Det hadde sikkert vært lurt å se det bli brukt, ikke bare høre og lese om det, kanskje ta det opp en dag her på poliklinikken, vise fram et intervju eller sånn.	Må ikke bli påtvunget behandlerne Tror andre vil like det dersom de prøver det Lurt å se det i bruk, vise et intervju e.l.
	Informant 2: Jo, det hadde vært greit det. Forutsatt at man også får satt av tid til det og legger det inn som noe man bruker litt tid på. Jeg synes det var ganske krevende, du skal gå noen runder for å finne egnede og konkrete problemstillinger man kan enes om. Tidsaspektet vil kunne være en mulig utfordring. Og i noen saker kan det være vanskelig å finne en problemstilling, men man tenker likevel at det kan være viktig med terapi, og viktig å begynne å jobbe. I noen typer saker er det åpenbart vansker, men familien og pasienten selv har vanskelig for å se det, man bruker mer tid på også den biten der da. Jeg tror det er viktig å ta HETA i bruk, og se hvordan	Det hadde vært greit det, så lenge det blir satt av tid til det Viktig å ta HETA i bruk og se hvordan man kan nyttiggjøre seg av det Viktig at behandlerne får et forhold til HETA

	<p>man kan nyttiggjøre seg det. At man får et forhold til det. Når man innfører nye ting, må man få en erfaring eller praksis med hvordan det kan brukes.</p>	
<p>Hvorfor er det så vanskelig å få behandlerne til å prøve HETA?</p>	<p>Informant 3: Jo, det måtte kanskje tilpasses litt. Jeg tror jo det ville vært et bidrag, om det ble en rutine. Og om det var en del av den innledende utredningsprosessen. Jeg tror det kunne vært fint. Men utfordringen her har jo vært å få folk med seg. Jeg vet ikke om vi på poliklinikken her kanskje er litt spesielle på det, at det er mye motstand mot slike ting fordi vi tidligere har vært definert mer psykoanalytisk? Det er klart man er sliten og overarbeidet, men det dreier seg vel også om følelsen av at det tilhører noen andre, at man ikke har noe eierskap til HETA og heller ikke ønsker det. Før man lander på hvilken plass HETA skal ha her, må man gjøre en grundig jobb rundt det. Hva er det som gjør at folk ikke ser at det finnes noen muligheter for seg og sin prosess i å bruke HETA, både i forhold til terapiprosessen, men også i forhold til å få et materiale som evt. kan inngå i forskning.</p>	<p>Greit det</p> <p>Må kanskje tilpasses noe til poliklinikken. <u>Hvordan da? Hva bør tilpasses? Poeng nevnt tidligere er at det er nettopp åpent og fleksibelt</u></p> <p>Et bidrag til poliklinikken hvis det hadde blitt rutine å bruke det</p> <p>En utfordring å få folk md seg</p> <p>Motstand blant behandlerne på grunn av tidligere definert med psykoanalytisk</p> <p>Manglende eierskap til HETA i dag</p> <p>Viktig å finne ut hva som gjør at folk ikke ser muligheter i det å skulle innføre HETA</p> <p>HETA som ressurs for terapiprosess og forskning</p>
<p>Underliggende føringer</p>	<p>Informant 4: Jeg ville ikke anbefalt det i dag. Jeg tror man skulle fått problemer med å få det gjennomført. Jeg ville valgt et annet instrument som standard. Det er som jeg har nevnt, det ligger noen sånne underliggende føringer i HETA i forhold til hvordan man skal jobbe med barn og unge, som jeg tenker er for snevert. Det må åpnes opp. Og i det øyeblikket vi begynner å åpne opp dette begynner vi å gjøre så store</p>	<p>Vil ikke anbefale det</p> <p>Tror det vil være vanskelig å få det gjennomført</p> <p>HETA har underliggende føringer til hvordan jobbe med barn/unge som er for snevert. <u>Er det nødvendigvis riktig?</u></p>

<p>HETA utviklet for en annen tid - utdatert i dag?</p>	<p>modifiseringer i instrumentet at vi lager våre egne versjoner. Og da er spørsmålet hvor hensiktsmessig er det? Da tenker jeg at det er bedre at man ser på behandlingsplanen, som allerede er et verktøy, og ser hvordan man kan legge inn noen enkle formuleringer der, som sikrer at man gjør en god utredning, formulerer forståelse av barnet/ungdommen/familien, som deles med foreldrene. Og setter opp målsetninger som foreldrene er med på, og hvordan man skal nå de målsettingene. Da tenker jeg man har oppnådd veldig mye av det samme som formålet med HETA er. Jeg synes at det er som om instrumentet er utviklet i en periode og i en tid hvor arbeid med foreldre var ganske fraværende, også er det på en måte som om det er skjedd mye siden da, og at HETA da er et instrument som på en måte tiden er løpt litt fra. Jeg slår et slag for å heller utvikle den behandlingsplanen som vi allerede har, og heller inkorporere elementer fra HETA i den.</p>	<p>Som om instrumentet er utviklet i en tid hvor arbeid med foreldre var minimalt, men at det siden da er skjedd mye og at HETA følgelig er litt utdatert</p>
---	--	---

Vedlegg 3: Søknadssvar fra NSD

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO
Tlf: 47 25 21 17
Tlf: 47 25 25 50
nsd@uib.no
www.nsd.uib.no
Orgnr. 969 321 884

Erik Stänicke
Psykologisk institutt Universitetet i Oslo
Postboks 1094 Blindern
0317 OSLO

Vår dato: 06.05.2014

Vår ref: 38503 / 3 / MB

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 10.04.2014. Meldingen gjelder prosjektet:

<i>38503</i>	<i>Evaluering av et pasient feedback system</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Oslo, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Erik Stänicke</i>
<i>Student</i>	<i>Hanne Adele Helbæk</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 20.12.2015, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Marianne Bøe

Kontaktperson: Marianne Bøe tlf: 55 58 25 83

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Hanne Adele Helbæk

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSD's rutiner for elektronisk godkjenning.

Søknadsgodkjenning / Godkjent / Godt

OSLO NSD Universitetet i Oslo, Postboks 1094 Blindern, 0316 Oslo. Tlf: 47 25 21 17. nsd@uib.no
NSD/NSD NSD Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tlf: 47 73 26 15. kjone.sorvik@ntnu.no
NSD/OS NSD/OS Universitetet i Tromsø, 9007 Tromsø. Tlf: 47 77 01 43. nsd@hhs.uib.no



Formålet med mastergradsprosjektet er å evaluere implementering av et nytt pasient feedback-verktøy i påløpende klinisk praksis. Feedback-verktøyet består av en utprøvd metode: HETA (The Hopes and Expectations for Treatment Approach). Evalueringen har som mål å utlede de håp og forventninger til behandlingen som de ulike partene har.

Utvalget vil bestå av omtrent 30 barn og unge som er under behandling ved [REDACTED] deres foreldre/foresatte og behandlere. Deltakere rekrutteres via studenten selv, eller via andre ansatte ved [REDACTED]. Rekruttering av deltakere må gjennomføres slik at taushetsplikten ikke er til hinder, og slik at forskningsdeltagelse oppleves som frivillig. Vi anbefaler at forespørselen formidles av noen som har naturlig tilgang til kontaktopplysninger om pasienten/klienten, men som ikke står i et direkte behandlingsforhold til vedkommende.

Personvernombudet legger til grunn at prosjektet klareres med [REDACTED]

Utvalget informeres skriftlig og muntlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Det innhentes samtykke fra deltakere under 18 år og deres foreldre/foresatte. Personvernombudet minner om at deltakelse i forskningsprosjekter alltid skal være frivillig for barnet, selv om foreldrene samtykker. Det innebærer at barnet bør få tilpasset informasjon og at forsker må få barnets aksept under datainnsamlingen. I tråd med dette bør den som foretar datainnsamlingen ha tilstrekkelig kompetanse til å tilpasse fremgangsmåten slik at barnets behov ivaretas.

Det reviderte informasjonsskrivet mottatt 30.04.2014 er godt utformet.

Det behandles sensitive personopplysninger om helseforhold.

Personvernombudet legger til grunn at forsker etterfølger Universitetet i Oslo sine interne rutiner for datasikkerhet.

Forventet prosjektslutt er 20.12.2015. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres

ved å:

- slette direkte personopplysninger (som navn/koblingsnøkkel)
- slette/omskrive indirekte personopplysninger (identifiserende sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. bosted/arbeidssted, alder og kjønn)
- samt slette videoopptak

9.3 Vedlegg 4: Samtykkeskjema

Informert samtykke

Hovedoppgave: Bruk av feedbackverktøy i terapi med barn

Hei, jeg heter Hanne Adele Helbæk og er psykologstudent i hovedpraksis på _____.

I forbindelse med at jeg skriver hovedoppgave ved Universitetet i Oslo ønsker jeg å benytte HETA-intervju tatt opp på video som del av mitt materiale i skriveprosessen. Oppgaven min har som formål å evaluere bruken av HETA (The Hopes and Expectations Treatment Approach) som ledd i en kvalitetssikring ved _____.

Dersom dere ønsker å delta, vil HETA-intervjuet gjennomføres sammen med terapeuten, og intervjuet vil bli tatt opp på video. Ved hjelp av dette intervjuet vil både dine/deres bekymringer for barnet komme tydelig frem og dere vil få vite hva terapeutens tanker om barnet er. Videre vil både foreldre, terapeut og barnet snakke om hvilke håp og forventninger dere har for behandlingen.

All informasjon som innhentes vil bli behandlet konfidensielt. Det betyr at alt av informasjon som er identifiserbart (eks: personnavn og stedsnavn) rundt barnet og dets foreldre vil bli kodet, og dersom oppgaven publiseres, endret. Alle deltagere forblir helt anonyme i publikasjoner. Videomaterialet vil bli oppbevart på et sikkert sted, hvor kun de involverte har tilgang, og videoopptakene vil bli slettet etter at prosjektet er ferdig. Etter planen avsluttes prosjektet i løpet av 2015.

Det er frivillig å delta. Hvis dere på noe tidspunkt ønsker å trekke dere fra deltagelsen, kan dere gjøre dette så lenge studien pågår, uten å oppgi noen grunn. Dette vil da ikke få noen innvirkning på deres forhold til behandleren eller behandlingsforløpet. Innsamlet materiale vil bli slettet dersom dere ønsker å trekke dere.

For å kunne delta trengs underskrift av foreldre til barn under 16 år, evt. av ungdommen selv dersom han/hun er over 16 år. Spør behandler eller ta kontakt med hovedoppgavestudent, Hanne Adele (hanheahe@student.sv.uio.no), eller veileder for oppgaven, Erik Stänicke, (erik.stanicke@psykologi.uio.no) hvis det er noe dere lurer på. Dersom dere velger å signere, samtykker dere i det overforstående.

JA, vi samtykker med dette til at:

- HETA-intervjuet blir tatt opp på video
- Intervjuet kan bli brukt som materiale til Hanne Adele Helbæk sin hovedoppgave, i tråd med overforstående informasjon
- All informasjon innhentet i forbindelse med forskningsarbeidet skal behandles anonymt og kan ikke spores tilbake til den enkelte deltager.

Barnets navn:

Navn/signatur forelder:

Navn/signatur forelder:

Dato: _____

9.4 Vedlegg 5: Henvisning (anonymisert)

<p>Inntaksteamet</p> <p>HENVISNING</p> <p>Født: 01/11/1998 Telefon: F 12345678</p> <p>Mor kommer med henne til meg for henvisning til dere. Jeg er ikke hennes fastlege, men som er det, kjenner heller ikke så godt til situasjonen.</p> <p>Henvisningen er angivelig etter oppfordring fra dere fordi søsteren, [redacted], på 12 går hos dere for utredning. I følge mor er [redacted] svært utagerende og dette er et problem hjemme, også for [redacted].</p> <p>[redacted] er lei seg etter at foreldrene ble skilt for 6 år siden. Det har vært stor konflikter mellom foreldrene etter det. [redacted] reagerer nok med sinne, men er mer innadvendt enn søsteren. Begge barna bor 50 % hos far og mor, 1 uke av gangen.</p> <p>Ellers kjenner dere resten av historien....</p> <p>Mor skal forsøke innhente samtykke fra far, men er ikke sikker på om det går...</p> <p>Diagnose: P02 Psykisk ubalanse reaksjon INA</p> <p>Vennlig hilsen</p> <p>Lege, spesialist allmenmed.</p>	
---	--

9.5 Vedlegg 6: Skjema for håp og forventninger til utfall i psykoterapi med barn (*Hopes and expectations for Treatment Approach, HETA*)

(oversatt)

Barnets navn:

Fødselsdato:

Alder:

Psykoterapeut:

Familieterapeut:

(Terapeut) har sett (Barnet) for en utredning med tanke på psykoterapeutisk behandling etter forespørsel fra (Henviser/andre). (Terapeut) har truffet (barnet) i 3 timer. Du/dere har møtt med foreldreterapeut og terapeut for ett/to tilbakemeldingsmøter).

DEL 1

1. Foreldrenes bekymringer

Fylles ut av foreldre/foresatte

Før utredningen av barnet, hva var dine/deres største bekymringer for barnet følgende? Gi eksempler.

1.

2.

3.

2. Terapeutens inntrykk

Fylles ut av barnets terapeut

Etter å ha møtt barnet i tre timer for utredning/lekeobservasjon, hva var dine primære tanker om barnet/barnets vansker (hvilke faktorer med barnet har gjort størst inntrykk på deg)? Gi eksempler.

1.

2.

3.

Fyll ut nedenfor hvis det skjedde en utvikling hos barnet under utredningsperioden, eller ny informasjon ble kjent.

3. Hva har blitt avtalt?

Fylles ut av foreldre, terapeut og foreldreterapeut.

Etter å ha møtt terapeuten og foreldreterapeuten for en/to tilbakemeldingstimer, har dere blitt enige om:

- a) Barnet vil komme til (antall) terapitimer i uken for (tidsrom) i første omgang
- b) Foreldreterapeuten vil møte foreldrene, uten barnet, (antall/tidsrom) for å arbeide med tema fra hjemmesituasjonen
- c) Barnets terapeut vil møte foreldrene, uten barnet, en gang i semesteret for å snakke om behandlingen og barnets utvikling

Barnets terapeut har forklart at det er svært viktig at barnet møter regelmessig til behandlingstimerne. Barnets terapeut vil ta ferie som vanligvis følger skoleferiene. Barnets terapeut vil gi foreldreterapeuten og foreldrene beskjed om dette i god tid for å forberede barnet på avbruddet i behandlingen.

Dere har sagt dere enige i å forsøke å unngå avbrudd i barnets behandling så langt som mulig, og ta med barnets behandlingstimer i planlegging av deres egen ferie.

Hvis det er kjent i forkant at barnet vil miste en terapitime, har dere sagt dere enige i at dere varsler klinikken om dette slik at avbruddet kan arbeides med i terapien.

DEL 2 - Håp og forventninger til behandlingen

1. Fylles ut av foreldre/foresatte.

Gjennom de neste månedene/året (spesifisert tidsperiode) ønsker du å se følgende forandringer hos barnet:

1.

a) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

2.

b) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

3.

c) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

2. Fylles ut av terapeuten

Gjennom de neste månedene/året håper du å se/forventer du følgende forandringer hos barnet i behandlingstimene:

1.

a) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

2.

b) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

3.

c) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

3. Fylles ut av terapeuten

Gjennom de neste månedene/året håper du å se/forventer du følgende forandringer hos barnet hjemme og på skolen:

1.

a) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

2.

b) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

3.

c) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

Denne informasjonen vil bli brukt til å evaluere barnets utvikling i behandlingen en gang i semesteret, i møte mellom foreldre/foresatte, barnets terapeut og foreldreterapeuten.

Takk for at du fylte ut dette skjemaet!

Signert: (Barnets terapeut)

Dato:

9.6 Vedlegg 7: HETA-skjema fra illustrasjonskasus

(scannet og anonymisert)

SKJEMA FOR HÅP OG FORVENTNINGER TIL UTFALL I PSYKOTERAPI MED BARN (*Hopes and expectations for treatment form, HETA*)

Barnets navn:

Fødselsdato:

Alder: 11

Psykiater:

Familieterapeut:

(Terapeut) har sett (Barnet) for en utredning med tanke på psykiaterisk behandling etter forespørsel fra (Henviser/andre). (Terapeut) har truffet (barnet) i 3 timer. Du/dere har møtt med foreldreterapeut og terapeut for ett/to tilbakemeldingsmøter).

DEL 1

1. Foreldrenes bekymringer

Fylles ut av foreldre/foresatte

Før utredningen av barnet, hva var dine/deres største bekymringer for barnet følgende? Gi eksempler.

Far

1. Ikke bearbeidet skilsmissemellom foreldre, redd for at det kan gi vansker senere i livet; rus, forhold til gutter.

- Det har vært mye konfliktsituasjoner

2. Empati, utfordringer i samspill, særlig med søster, men også med venner. Opplever at har liten empati med andre.

3. Egen forståelse, det å se seg selv. Identitet. Akseptere seg selv og følelsene rundt. Akseptere situasjonen som den er, finne mer ro i at livssituasjonen er som den er.

Mor

1. Pas. bakgrunn med søster med AS diagnose det pas. har vært vitne til mye utagering opp gjennom, som har vært skremmende for pas. . Det har vært et høyt konfliktnivå mellom foreldre, mye om hvordan håndtere søster. Mor opplever at far har en krevende personlighet og at han har lite empati. Hun er bekymret for hvordan dette påvirker/ har påvirket pas. .

2. pas. bærer på mye tristhet, sinne, hun kan være forvirret over situasjonen, psykosomatiske plager, søvnvansker, enurese

*3. Bekymret for pas. utvikling personlighetsmessig, det at hun har liten empati med andre
Bekymret for at pas. skal være på depressive og aggressive trekk.*

2. Terapeutens inntrykk

Fylles ut av barnets terapeut

Etter å ha møtt barnet i tre timer for utredning/lekeobservasjon, hva var dine primære tanker om barnet/barnets vansker (hvilke faktorer med barnet har gjort størst inntrykk på deg)? Gi eksempler.

1. Stor-liten problematikk. *PAS* er en jente som er blitt forstuet. Søster med AS, konflikter mellom foreldre har tatt stor plass. Det har blitt mindre plass til *PAS*. Hun er en jente som har mye ressurser, mestrer mye, er flink, - hennes mer sårbare sider har fått mindre plass.

2. Jeg opplever at *PAS* bærer på mye sinne, som er ubearbeidet, har en rå form

3. Videre opplever jeg at *PAS* bærer på sorg, over det hun har opplevd, knytte til søster, men også konflikter mellom foreldre, at hun har/ har hatt en så vanskelig familiesituasjonen.

Fyll ut nedenfor hvis det skjedde en utvikling hos barnet under utredningsperioden, eller ny informasjon ble kjent.

3. Hva har blitt avtalt?

Fylles ut av foreldre, terapeut og foreldreterapeut.

Etter å ha møtt terapeuten og foreldreterapeuten for en/to tilbakemeldingstimer, har dere blitt enige om:

a) Barnet vil komme til 1 terapitimer i uken fra august frem til og med desember 14 i første omgang

b) Foreldreterapeuten vil møte foreldrene, uten barnet, hver 4. uke med mor og hver 6 uk med far for å arbeide med tema fra hjemmesituasjonen

c) Barnets terapeut vil møte foreldrene, uten barnet, en gang i semesteret for å snakke om behandlingen og barnets utvikling

Barnets terapeut har forklart at det er svært viktig at barnet møter regelmessig til behandlingstidene. Barnets terapeut vil ta ferie som vanligvis følger skoleferiene. Barnets terapeut vil gi foreldreterapeuten og foreldrene beskjed om dette i god tid for å forberede barnet på avbruddet i behandlingen.

Dere har sagt dere enige i å forsøke å unngå avbrudd i barnets behandling så langt som mulig, og ta med barnets behandlingstimer i planlegging av deres egen ferie.

Hvis det er kjent i forkant at barnet vil miste en terapitime, har dere sagt dere enige i at dere varsler klinikken om dette slik at avbruddet kan arbeides med i terapien.

DEL 2

Håp og forventninger til behandlingen

1.

Fylles ut av foreldre/foresatte.

Gjennom de neste månedene/året (spesifisert tidsperiode) ønsker du å se følgende forandringer hos barnet:

Far

1. Mer respekt for andre

a) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler. Mindre frekk mot søsteren

2. Mer komfortabel med seg selv og akseptere livssituasjonen.

b) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler. Vil se at *PAS* senker skuldrene mer, mindre ansent

3. Flinkere til å håndtere konflikter generelt

c) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler. at det blir færre konflikter hjemme, mer respekt og empati.

Mor

|1. Hun tenker det er viktig for , at hun har et rom hvor hun kan fortelle til en voksen, som er upartisk/ uinvolvert. Som tar hennes følelser på alvor, at kan uttrykke sine følelser fritt, aksept for opplevelsen. Tenker dette kan lette trykket hos , sorgen og sinne. Kan dele med noen, slipper å stå alene i dette.

Hvordan legge merke til - vil se at blir mer i stand til å sortere, mor synes hun kan se noe av dette allerede. Sinne er mer rettet mot noe, ikke i alle retninger, mer kontrollert. Eks-Sinne rettet mot folk som går på jakt.

2 Fylles ut av terapeuten

Gjennom de neste månedene/året håper du å se/forventer du følgende forandringer hos barnet i behandlingstimene:

1. Stor/ liten problematikk. (Mor opplever at kan ha stor behov for å være liten, og veksler mellom dette og det å være en som er flink, mestrende). Jeg skulle ønske for at hun kunne ha mer aksept for sårbare sider i seg selv, at det var mer gråtoner - .

a) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler. At det blir mer plass til sårbare temaer i timene, og at , viser større aksept for dette i seg selv.

2. Mer plass til sinne, plassere det - nyansere det. Opplever idag at det er mer rått

b) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler. At i større grad i timene kan gi uttrykk for mer sinne- at det har vært grunn til å være sint, men også mer nyanser ift det.. Vil merke det i timene på sikt mål at dette blir mer nyansert, ikke så rått, men tenker i første omgang at sinne må få plass.

3. Mer plass til sorg

c) Hvordan ville du legge merke til det? Kunne i større grad sette ord på sorg/ tristhet over det som har vært/ og er.

3.

Fylles ut av terapeuten

Gjennom de neste månedene/året håper du å se/forventer du følgende forandringer hos barnet hjemme og på skolen:

1. Følelsene plasseres mindre i kropp (vondt i hodet, magen)

a) Hvordan ville du legge merke til det? Mindre vondt i hodet og magen

2. Bedret sosial fungering

b) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler. tenker at dersom i større grad kan akseptere egen sårbarhet vil hun i større grad kunne akseptere andres sårbarhet. Dette vil kunne bidra til at hun er mer nyansert, ikke så 'rå' i uttrykk ovenfor andre.

3. c) Hvordan ville du legge merke til det? Gi eksempler.

Det er liten tid frem til jul, mål må være at det er bevegelse i dette, kan f. eks ikke forvente at hun ikke vil ha vondt i hodet/ magen, men at det er i noe mindre grad.

Denne informasjonen vil bli brukt til å evaluere barnets utvikling i behandlingen en gang i semesteret, i møte mellom foreldre/foresatte, barnets terapeut og foreldreterapeuten.

Takk for at du fylte ut dette skjemaet!

Signert: (Barnets terapeut)

Dato: