

# Krafttak og samtak: Korleis skape ein forskingsvenleg BUP?

## Erfaringar frå klinikknær forskning i ein travel kvardag

Psykisk helseteneste er pålagt av styresmakter å byggje opp sterkare forskingskultur og kvalitetssikring. Feltet er utfordra av forskarar som peikar på manglande kunnskap om at og kvifor behandling virkar, og på mangelfulle metodar i behandlingforsking.

### TEKST

**Anna Margrete Flåm**

**PUBLISERT 1. april 2008**

### ABSTRACT:

#### **Hard work and co-work: Fostering a research culture in a child guidance clinic in Norway**

This paper describes how a research culture can be created and fostered within the confines of a child guidance clinic. In this context, a research project helped arrange, organize and encourage the production of written publications based on data gathered from ongoing clinical work. An accredited specialist in clinical research supervised professional staff organize their knowledge into a useable research format. The project was run as a part of the clinic's work related to quality control of services provided. The paper presents results from the project, including circumstances which encourage and discourage clinical research in a clinical context. Reference is made to Norwegian law that regulates research in mental health services. Implications for practise and research in a clinical context are discussed.

Key Words: clinical research, clinical research organization, external validity

### EMNER

klinisk forskning

klinisk forskningsorganisasjon

ekstern validitet

Artikkelen byggjer på foredrag på administrasjonskonferansen i Institusjonsforeningen for Barne- og Ungdomspsykiatri, 2002, presentert etter oppfordring frå professor Hanne Haavind, og publisert etter ønske frå konferansen. Prosjektet vart igangsett og gjennomført på tidspunkt forut for ein seinare nasjonal debatt om kvalitetssikring i psykisk helseteneste. Sjå eksempelvis Sørgaard (2001) og Ekeland (2001).

Det er behov for å styrke forskning i psykisk helseteneste. Det er hevda at det trengst «a major...commitment to the resources, training and manpower necessary for the task»

(Wells & Miranda, 2006). I Norge er helsetenestene pålagt å utvikle kvalitetskultur gjennom målretta forskning og systematiske metodar for samanstilling og samanlikning av resultat og erfaring («Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten», 2007; Sosial- og Helsedepartementets «Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999 – 2008»; «Statens Helsetilsyn: Kvalitetsstyrte helseinstitusjoner», 1998). Forsking på psykisk helse for barn og unge skal prioriterast, og det skal drivast forskning og oppsummering av forskning på relevante område (Regjeringas strategiplan for barn og unges psykiske helse, 2003; Stortingsmelding nr. 25, «Åpenhet og helhet», 1997).

Tradisjonelt har forskning vore universitetets oppgåve. Å få til forskning som spring ut frå klinisk miljø, er ei utfordring. Eit serskilt omsyn her er å forskningstilpasse klinisk aktivitet utan at den må endre karakter i vesentleg grad. Fleire studiar pågår i psykisk helsevern i Norge, og skjer til dels i nettverk av behandlingforsking (eksempelvis Havik, 2007; Kvernmo, 2007; Norges Forskningsråd, 2006; Olstad, 2007; Zeltzer, 2006). At psykisk helsetenesteforsking skal vere klinikknær, er ein fagleg intensjon som avspeglar seg gjennom at både velkontrollerte, eksperimentelle studiar av behandlingseffekt («efficacy»-studiar) og forskning på ordinært klinisk arbeid («effectiveness»-studiar) blir sett på som nødvendig. Tilsvarende intensjon kan lesast inn i den politiske fråsegna frå American Psychological Association om evidensbasert praksis (APA, 2005), som Norsk Psykologforening sluttar seg til: «Researchers and practitioners should join together to ensure that the research available on psychological practice is both clinically relevant and internally valid.»

Ut frå liknande tankegang poengterer «Håndbok for drift av psykiatriske poliklinikker» (2001) at forskning ved vanlege poliklinikkar er verdifull fordi den har stor generaliseringsverdi for vanleg klinisk praksis, og Regionsentra for barne og unges psykiske helse er pålagt å heve forskingskompetansen i kliniske og praksisnære miljø («Ny oppdragsbeskriving for Regionsentrene for barn og unges psykiske helse», 2007). Regjeringas strategiplan (2003) lanserer konkrete tiltak, herunder prosjekt Dobbelkompetanse (2007) med forskning om psykiske problem blant barn og unge, der formålet er å rekruttere fagfolk med både forskar- og spesialistkompetanse til landets universitet, høgskular og helsevesen. Gjennom denne typen føringar blir det tatt grep for å styrke praksisrelevant forskning i psykisk helseteneste for barn og unge.

Eitt av områda med stor forskingsrelevans for psykisk helseteneste er behandling. Kazdin (2002) gjorde ein metaanalyse av eksisterande forskning på psykoterapi for barn og unge. Hans gjennomgang peikar på serskilte problem med både fokus og metode. Han viser til framgang i talet på kontrollerte studiar, i metodisk kvalitet, og i identifisering av evidensbasert behandling. Han hevdar samtidig at måtane psykoterapi for barn og unge blir forska på, skil seg vesentleg frå måtane terapi blir utført på i klinisk praksis. Forskjellane består i vinklinga og organiseringa av forskning på effekt: Når terapi blir evidensbasert ut frå forskning på effekt på eit stringent avgrensa utval med stringente metodar, gir det ikkje nok evidens for bruk i vanleg terapeutisk praksis, der terapeutar møter «diverse problems and hence apply quite different treatments».

Han meiner dette gir grunnlag for bekymring for om forskingsresultata har liten eller ingen overføringsverdi til effekt i vanleg klinisk kvardag. På same måte som også andre, sentrale forskarar innafor behandlingforsking (Marshall, 2006; Seligman 1995, 1996) peikar han på at krava til intern validitet i denne typen forsking – at forskjell mellom grupper skal vere knytt til forskjell i behandling – må gå på kostnad av ekstern validitet, det vil seie relevans for klinisk arbeid. Serleg krav om eliminering av fleksibilitet for terapeuten påvirkar slik forskings relevans, fordi fleksibilitet er nødvendig i klinisk praksis.. Dei hevdar på dette grunnlaget at eigenskapane som gjer denne typen forsking vitenskapleg, gjer den til feil metode for å empirisk validere klinisk arbeid slik det foregår, fordi det utelet for mange avgjerande forhold i det arbeidet som faktisk skjer i feltet.

«Evidensbasert praksis», i den tydinga at praktikaren nyttar seg av terapiforskingas evidensbaserte tilnærmingar, blir av slike grunnar forskjellig frå «praksisbasert evidens», der kunnskapsproduksjon skjer på grunnlag av at pågåande klinisk arbeid blir gjort til emne for refleksjon, systematisering og formidling.

På grunnlag av metaanalysen går Kazdin (op.cit.) så langt at han kritiserer eksisterande forsking på psykoterapi for barn og unge for å mangle fokus på spørsmål om kvifor og korleis terapi virkar, og seier: «Essentially we do not understand why treatment works, for whom treatment works, and key conditions that optimize therapeutic change.» Han oppmodar til ei annaleis forsking, med meir forsking på pågåande, klinisk praksis. Han etterlyser med andre ord ei annaleis forsking heller enn meir av den som allereie finst. I ein seinare gjennomgang gjentar Kazdin behovet for å forske for å forstå korleis terapi igangset og oppnår endring, og lar dette gjelde for heile feltet «current therapies for children, adolescents and adults» (Perepletchikova & Kazdin, 2006). Ut frå eit oversyn over psykisk helsetenesteforsking peikar også Wells & Miranda (op.cit.) på at dersom klinisk forsking kunne bli meir forankra i klinisk praksis og nytte meir fleksible forskingsmetodar, kunne det skape større relevans og bedre bruk i det praktiske feltet enn i dag.

### **Praksisforankra kunnskap og forsking**

Denne typen vurderingar reiser mange utfordringar for bl.a. å målrette forsking som Nasjonal strategi (2007) krev, som oppdraget for Regionsentra tilseier, og som er inkludert i regjeringas strategiplan for barn og unges psykiske helse. Det aktualiserer spørsmål om kva kunnskap som er viktig i klinikars møte med menneske som søker psykisk helseteneste, og korleis forsking på slike spørsmål kan skje med forankring i pågåande klinisk aktivitet. Det løfter opp spørsmål om korleis forsking kan skje som har *både «intern validitet», med gyldigheit som forsking, og «ekstern og økologisk validitet»* i form av relevans for berørte partar og avgjerande fenomen i praksisfeltet.

Spørsmål av denne typen var utgangspunkt for eit forskingsprosjekt på ein barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Konkret målfokus var å 1) framskaffe praksisbasert, klinikknær forsking, og 2) få lærdom om vilkår for å utvikle forskingskultur og produksjon i ein klinikk. Tiltaket skjedde før organisering i helseføretak, men

oppleggets fokus, resultat og erfaring kan ha interesse på tvers av organisatoriske tilknytningsformer.

Artikkelens intensjon er å presentere prosjektets erfaringsmateriale som innspel og idétilfang, innafor ei ramme som bl.a. Kazdin etterspør, om praksisbasert og klinikknær forskingsproduksjon i psykisk helseteneste for barn og unge.

Vi vil først illustrere førande val for å skreddarsy prosjektorganisering i tråd med konkret prosjektintensjon og klinikkens konkrete innretning. Vi nemner det nokså detaljert for å vise korleis lokale val av forskingsvilkår, organisatorisk struktur og personalpolitiske rammer kan skje innafor ei ramme av meir allmenne val med relevans for klinikkforankra forskning. Deretter presenterer og diskuterer vi kva prosjektet viser kan vere av verdi for å fostre forskingskultur for praksisbasert, klinikknær kunnskapsproduksjon i psykisk helseteneste, eller – sagt med andre ord – kva vilkår som kan fremje ein forskingsvenleg BUP.

### **Prosjektets organisatoriske rammer og førande idear**

Det konkrete prosjektet henta inspirasjon og ankerfeste opp mot krav om kvalitetssikring for helseinstitusjonar frå 1994, som ga ramme for å kvalitetsstyre ved hjelp av programevaluering og helsetenesteforskning med sikte på kvalitetsforbetring. Dette ga pådriv til å sette i gang forskingsproduksjon på grunnlag av klinikkbasert praksis.

Det var klinikkens leiar som hadde igangsettande idé og iverksettande organisatorisk mulegheit, og idéen vart drøfta med dåverande fylkeshelsesjef. Utover dette var tiltaket forankra i klinikkens indre styring, der leiaren hadde tilstrekkeleg økonomikontroll og utøvande myndigheit til å gjere nødvendige val. Eit prosjekt med intensjon om å inkludere ein heil klinikks fagtilsette i klinikknær forskning, var så vidt ny at det blei vurdert tenleg i første omgang å vere lågskalaorientert med ressursar, i tydinga måtehald i tilført økonomi og tid til disposisjon. Ei læring ville difor serleg kunne peike på mulegheitlar innafor ein lite endra struktur med avgrensa, økonomiske rammevilkår.

### **Forskingsassistanse**

*Spissing av kompetanse.* Eitt sentralt spørsmål ved praksisforankra, klinisk forskning er kor ein kan søkje forskingsassistanse som passar. Å finne forskingsvegledning tilpassa eit prøvande, klinisk forskingsfelt og ei uøvd forskargruppe er ei utfordring, også innafor BUP. Forskingsvegledning vart i dette tilfellet skreddarsydd for prosjektets formål på følgjande måte: Rimeleg adresse var Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP), med BUP som senterets formelle universitetsklinikk, men RBUP Nord var ny og i etableringsfasen. Den andre, naturlege adressa var Institutt for Psykologi ved Universitetet i Tromsø, med BUP som nyetablert universitetsklinikk for instituttet. Avtale blei inngått med professor II Hanne Haavind, etter drøfting med instituttets leiar. Valet av henne hadde fleire grunnar: I tillegg til lokal tilknytning hadde Haavind fokus på utvikling av forskning i klinisk samanheng. Ho stilte opne spørsmål om «kvalitet» i klinisk forskning, kva forskingsmetodikk som kunne vere egna til kva

problemstilling på området, og til bruk av fenomennære forskingsmetodar. Vidare hadde ho kultur- og feltkompetanse gjennom fem års tidlegare arbeid ved klinikken. På dette grunnlaget starta prosjektet med ei handplukka spissing av forskingsvegleiing utan store kostnader.

*Breidde i kompetanse.* Eit anna spørsmål, dersom intensjonen er å inkludere alle fagtilsette, er om det trengst ulike forskingsvegleiarar for å passe til eit mangfald i fagtilsettes kvalifikasjonar og arbeidsområde. Fleire grep kan skreddarsy forskingskvalifisert mangfald; foreliggende prosjekt vart supplert med fem halv- og heildags seminar med forskingskompetente fagfolk, i delvis praktisk, økonomisk samkøyring med universitet og RBUP. Det danna grunnlag for utvida diskusjon om egna metode og analyse i kunnskapsproduksjon i klinisk verksemd (Andersen, 1995, 1996; Kvale, 1992, 1997; Seikkula, 1996; Widerberg, 1995). På dette grunnlaget supplerte prosjektet seg med utvida, forskingskompetent breidd utan store kostnader.

### **Førande idéar og organisatorisk form**

*Styring av retning og omfang.* Eit viktig spørsmål ved all forskning gjeld kva føringar som skal styre retning og avgrensing. Dette vil bl.a. gjelde spørsmål om forskingsfokus, metodisk tilnærming, og kven som skal avgjere slike spørsmål. Foreliggende prosjekt bygde på fleire likestilte idéar, formulert og presentert ved oppstart med formål å styre retning og omfang i kvar persons yting:

- Prosjektet skulle opne for alle fagtilsette ved klinikken, inkludert leiar i eigenskap av utøvande kliniskar,
- finne organisasjonsform som kunne inngå i ein pressa klinisk kvardag,
- velje forskingsfokus, utan leiaravgjerd, med utgangspunkt i klinikkens og fagtilsettes kliniske arbeid, og opne for problemstillingar frå heile arbeidsfeltet, eksempelvis kva problemtypar klinikken arbeidde med, egna metodar og teoretiske vinklingar, resultat av bruk av BUP som teneste, osv.,
- på grunnlag av den enkeltes utval av arbeid, diskutere, klargjere og utforme korleis klinisk arbeid og erfaring kunne systematiserast, beskrivast og forståast,
- kartlegge korleis dette kunne skriftleggjerast, og bli egna til publisering i relevante publikasjonar,
- sjå arbeidet innafør ei ramme av ca. to–tre år, og søkje realisme i forhold til resultat innafør den tidsramma.

*Ankerfeste i overordna målsettingar.* Eit nærliggande spørsmål, knytt til retning og omfang, er i kor stor grad enkeltarbeid skal bindast opp til overordna, felles målsettingar. I helsetenesteforskning kan dette vere spørsmål om forskning primært skal vere tilpassa individuelt meritterande forskingsinteresser eller ta utgangspunkt i helsetenestas og samfunnets behov. I det konkrete prosjektet vart følgjande spelt inn for å styre ei overordna målsetting for prosjektet som heilskap:

- Prosjektet var forutsett å tilsikte kvalitetssikrande konsekvensar, på den måten at spørsmål om kvalitet i tenesta – herunder aktuelle problemstillingar, metodar og

aktuelle kvalitetsmål – kunne inngå i drøfting og utvikling.

- Forskinga skulle ha ei praktisk-/forskmålsetting for klinikken, ved at fagfolk som del av klinisk verksemd kunne utvikle ei forskande vinkling på arbeidet sitt, og finne måtar å produsere systematisering og publisert skriftlegging som del av klinikkens pågåande kliniske arbeid.
- Forskinga skulle skje som prosjekt, og såleis muleggjere ei vinkling som vektla det utviklingsprega ved sjølve måten ein klinikk kunne få til ei praktisk-/forskartilnærming som del av kvalitetssikring.
- Forskinga skulle arbeidast fram i personalet som gruppe, og såleis muleggjere deling og akkumulering av erfaring på fleire plan, både i forskingsutvikling, personalpolitisk og organisatorisk. Det gjaldt forskingsutvikling (slik som tvil, diskusjon og løysingar knytt til problemstillingar, tolking, metode, utskrivingsform, osv.). Det gjaldt meir personlege røynsler (slik som tvil, tru og behov for oppmuntring knytt til eigen dugleik og prestasjonar). Og det gjaldt røynsler med egna organisatorisk tilrettelegging.
- Prosjektet skulle i utgangspunktet – i tillegg til to samtidige forskings-/utviklingsprosjekt ved klinikken – vere eit vegpeikande prosjekt, som kunne ta høgde for at dette forskingsfeltet var nytt og skulle skje i dialog med eit prøvande fagfelt og ei usikker faggruppe, og kunne peike veg for ei breiare og meir utvida satsing seinare.

*Mobilisering av personleg engasjement.* Ei serleg utfordring ved forskning i klinikk med alle fagtilsette inkludert er korleis skape personleg vågemot og gå-på-haldning. Nytt arbeid kan tene på skreddarsydde oppmodingar; di meir uprøvd, di meir personleg mot kan vere påkrevd. Og di meir refleksjon kan vere tenleg omkring potensiell risiko og fallhøgde. Det utfordra leiarskap på korleis inspirere på eit personleg plan. I dette tilfellet gjaldt det klinisk forskning i ei faggruppe med lita forskingsrøynsle, og oppmoding vart spissa på denne måten med sikte på personleg risikovilje:

- Gå for klinikk- og fagfeltsånd, som kan vere forskjellig frå privat- eller karriereånd: «Klinikken og fagfeltet forventar og treng at du blir med». Appell til det individuelle om å bidra til det kollektivt gode.
- Ta del i å skape lagånd; ulike prosjekt er mulege; alle kan lære av kvarandres arbeid, og finne mulegheit til å bygge på, ev. ta utgangspunkt i, felles arbeid.
- Tore å ta inn eige klinisk arbeid og å stole på eigne kliniske erfaringar.
- Gå for nybrottsarbeid: «Dette har ikkje vore gjort før.»
- «Prøve-og-feile-venlegheit» mot seg sjølv, mot dei hine, «vegen-blir-til-mens-du-går-ånd».

### **Deltakaranes og klinikkens forplikting**

Avgjerande ved forskning innad i klinikk er grad av pålegg og frivilligheit. Dette rører ved personleg innsatsvilje, men også ved ein klinikks nødvendige kontroll. Med utgangspunkt i det uprøvdde arbeidet som her skulle gjerast, vart det lagt vekt på å bygge på deltakaranes eiga interesse for og avgjerd om forplikting, i kopling med

styring i leiarskap; det vil seie ein balanse og kombinasjon av lyst og plikt. Det blei difor lagt ei forpliktande ramme med sju komponentar:

1. Deltaking vart definert som frivillig, med prøvetid første halvår.
2. Deltaking på vegleiingsamlingar to gonger à to dagar pr. semester, i tillegg til miniseminar, på tidleg fastsett tidspunkt, på «skjerma» plass, med ryddig plan for klinikkens akuttvakt.
3. Utforming av eigne systematiseringsprosjekt under samlingane.
4. Arbeid i intervalla imellom med deloppgåver skissert under samlingane.
5. Framlegging av framdriftsresultat på neste samling.
6. Opning for å innlemme delar av arbeidet i kontortida, etter nærare avtale med leiar.
7. Opning for oppfinnsomheit – «ja-preg» – på organisatoriske tiltak og tilrettelegging, ut frå erfaringar undervegs, etter avtale med leiar.

### **Økonomiske insentiv**

Ved forskning i klinikk vil spørsmål om økonomiske ressursar og friske pengar vere sentralt. Prosjektet fekk ikkje tilført økonomiske midlar utover det som låg innebygd i ramma av forplikting, nemnt over, og utfordra difor mulegheit innfor ei relativt ordinær, økonomisk ressursramme.

### **Resultat og erfaring**

Totalt tolv av klinikkens dåverande femten fagtilsette var involvert. I prosjektperioden vart åtte prosjekt lansert og diskutert. Alle henta materiale frå pågåande klinisk aktivitet og problemstillingar. Utval av konkret forskingsfokus skjedde på grunnlag av deltakaranes ønske og interesse, i tråd med prosjektets intensjon. Fire arbeid vart ferdigstilt som publiserte artiklar, med åtte deltakarar involvert. Alle fire skjedde i samarbeid mellom to eller fleire. Arbeida vart systematisert, skriftleggjort og publisert på følgjande måtar:

To arbeid blei publisert i norske tidsskrift. Artikkelen «Fra opplevd dilemma til mulige løsnings i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre.» (Nilsson & Trana, 2000) kom i Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Det er ein kvalitativ studie som framstiller typiske dilemma som oppstår for terapeuten når barn deltar i familieterapi ved ein barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk, og viser erfaringsbaserte vegar til egna terapeutiske løysingar på typiske dilemma. Artikkelen representerte eit nytt arbeid i forskning på feltet, og fekk av den grunn Bjørn Christiansens Minnepris frå Tidsskrift for Norsk Psykologforening i 2001. Artikkelen er innarbeidd i norsk fagbok om barn og unge i psykoterapi (Haavind & Øvreeide, 2007).

Det andre arbeidet, «Frå bedre-vitar til bedre-ikkje-vitar i vegleiing. Erfaringar frå eit utviklingsprosjekt.» (Flåm & Talberg, 1998), kom i Fokus på Familien. Det er ein kvalitativ studie av felleskomponentar i vegleiing, vurdert av erfarne vegleiarar ved psykiatriske poliklinikkar og i barnevern på grunnlag av eit toårig prosjekt initiert av

klinikken. Artikkelen representerte ei framstilling av den første, langsgående vegleiarutdanninga innafor psykisk helsevern på nasjonalt nivå.

To andre artiklar med tilknytning til prosjektet blei publisert. Den eine, «Kvalitet i møte med mennesker som søker psykologisk hjelp. Er bruk av obligatoriske standardprosedyrer tilstrekkelig?» (Flåm, Fredriksen & Haugstvedt, 1998), kom i Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Artikkelen er ein kvalitativ gjennomgang og erfaringsbasert fagleg refleksjon over vesentlege val ein terapeut gjer med konsekvens for kvalitet i første møte med menneske som søker psykologisk hjelp, og den plasserer bruk av obligatoriske standardprosedyrar innafor ei ramme av meir omfattande val. Artikkelen diskuterer kvalitetsindikatorar i første møte, med relevans for kvalitetssikring i psykisk helsevern.

Den andre, «Reflekterende dukketeater. En ny måte å nå barn i familierapeutisk arbeid» (Johannesen, Rieber & Trana, 1996), kom i Fokus på Familien. Artikkelen er ein kvalitativ studie av klinisk arbeid med barn og familiar. Arbeidet hadde tilknytning til klinikkens toårige gruppe i familierapi under vegleiing av Tom Andersen, og representerte eit nytt arbeid i internasjonal samanheng på fagområdet inkludering av barns perspektiv i familierapeutisk setting. Artikkelen vart seinare publisert i utanlandske tidsskrift (Johannesen, Rieber & Trana, 1998, 1999, 2000).

Fire arbeid førde ikkje til publikasjon; fire deltakarar var involvert. Arbeida omhandla fleire, for BUP-tenesta relevante, tema: klientars oppleving av bedring og bedringsprosessar i behandling mottatt innafor ei poliklinisk ramme etter tilvising for spiseproblem, terapeutiske linjer og spørsmål i arbeid med barn utsett for seksuelle overgrep, og erfaring med bruk av Marte Meo-metodikk ved BUP. I kvart av desse prosjekta deltok berre éin person. Det betyr at ingen med åleinegang i skrivning oppnådde ferdigstilling.

## **Deltakaranes erfaring**

Deltakaranes erfaringar vart samla på to måtar: drøfting i felles samtalar, og individuelle svar på spørjeskjema med opne spørsmål. Spørsmål gjaldt kva kvar enkelt meinte førde til systematisering, skrifteleggjing og publisering frå 1) forskingsveglears funksjon og forskingsmetodiske bidrag, 2) kollektivets miljø, og 3) klinikkens leiarskap og struktur. I tillegg kom spørsmål om 4) bremseklossar og fallgruver, 5) hinder mot å kome til publisert produksjon, og 6) forslag til endring og korrigering for framtidig forskning i klinikk. I samtalar drøfta deltakarane røynsler med tanke på i fellesskap å summere og vurdere hovudtrekk, fellestrekk, nyansar og eventuelle forskjellar. Der ulike røynsler kom fram, vart dette konkretisert meir i detalj med tanke på forståing av forskjellar. I det følgjande blir samla erfaringar presentert, og sitat frå deltakarane sine utsegner trekt fram som illustrasjon på det typiske ved kvart punkt.

*1) Forskingsveglear og forskingsmetodiske innspel: Å vise vegen, men la oss sjølve gå den*



*Fødselshjelp til å «rette blikket» mot forskning.* «Å bli invitert inn i eit fellesprosjekt var sentralt for å kome i gang, og for å gjennomføre eige prosjekt. Å rette blikket som nyttilsett mot kva som kan vere interessante kliniske problemstillingar å forske på, ga interesse for og hjelpemiddel til å synleggjere at kvar enkelts kliniske erfaringar, har forskingsmessig interesse og nytte.»

*Forløysande forskings spørsmål: Nysgjerrigheit, ønske og magekjensle.* «Vi lærde forløysande spørsmål som fungerte som nyttige forskings spørsmål. Eksempelvis: Kvar er ditt engasjement? Kva ønskjer du å finne ut av? Kva i din kliniske kvardag opptar deg, vekker nysgjerrigheit, vil du forstå meir av?»

«Å ta utgangspunkt i respekt for andres meining og «magefølelse» om eigne idear, og intervjuje desse fram innfor ei ramme av drøfting med ein erfaren forskar om det mulege innfor avgrensa tid, er svært livgjevande for skapande og forskande kraft.»

*Forskingsmessig feilvenlegheit, og søking i passande forskingsmetodikk.* «Kvar enkelt fekk fleire rundar, både muntleg og skriftleg, for å finne fram til eige, egna prosjekt, og til å forandre undervegs. At vi fekk leite etter passande forskingsmetodikk var viktig, at vi kunne forkaste noko, og prøve på nytt. Det blei ei søking i kva som passa, med tid til å skrive ned, dele og endre, med god støtte frå vegleiar.»

*Ein vegleiarar entusiasme og respekt.* «Ho utøvde generell entusiasme for at klinikarar har mange erfaringar, som det er interessant og viktig kjem ut. Forskingsvegleiar var stemningsskapar og skapte oppmuntrande stemning. Hennar respekt og velvilje var modellerande. Det gjaldt overfor alt materiale, med oppmuntring og gode faglege innspel, under mottoet: Alle utkast er gode utgangspunkt for å arbeide vidare! Dette er avgjerande i forhold til skrivesperrar.»

*Tilgang til ein vegleiarar forskingskompetanse.* «Vi fekk tilført forskingskompetanse: evne til å stake ut kurs, sjå eit muleg prosjekt, trekke opp linjer, sjå mulege samanhengar, hjelp til analyse, metode og begreps sortering, tilvising til litteratur, og innføring i relevante forskingsmetodar.»

*Sosialisering over tid til eit systematiseringsspråk som ein måte å drøfte fag på, med overføringsverdi til framtidige forskingsmodellar.* «Vi utvikla eit systematiseringsspråk. Vi utvikla vanar for å sette ord på kva vi opplevde, både muntleg og skriftleg, og for å snakke med kollegaer om fenomen vi støytte på i klinikk. Eksempelvis vart innføring av omgrepet «dilemma» og spørsmålet om kva som fører til «ubehag» for terapeuten, eit hjelpemiddel til å systematisere situasjonar med barn i familiterapeutisk samtale med sine foreldre. Det ga også innfallsvinkel til systematiserande og forskingsprega samtalar om erfaringsbaserte dilemma i denne typen situasjonar med fagfolk frå andre tenester – i vaksenpsykiatri og familievern. Det ga røynsle og pågangsmot til å diskutere klinisk forskning og vilkår for slik forskning.»

*Konkret målhjelp.* «Vi fekk inspirasjon til å fokusere og sette strek. Og individuell vegleing i innspurt med melding om at mål var oppnådd, i form av klart utsagn om at dette er interessant lesing også for andre, denne artikkelen ville eg ha lese, no er det bra, send det ut slik.»

## 2) Kollektivets og miljøets funksjon: Å samvirke og dra lasset i lag

*Kollegial dragkraft og heiagjeng.* «Det var nødvendig å oppleve dragkrafta i innspela frå kollegaer med fagleg interesse for det ein ville skrive om, med kollegial heiagjeng og oppmuntring.»

*Forskningsnettverk og fellesskap.* «Å arbeide i lag var heilt sentralt, der alle blei oppfordra til å legge fram materiale i gruppa undervegs og til slutt. Det var til stor hjelp å vere to eller tre om same prosjektet: Fellesskap er stimulerande, positivt pressande, og nødvendig forpliktande for fagleg forskingsarbeid, og for utvikling av forskingskultur i helsetenesta.»

## 3) Leiarskap og strukturens funksjon: Å bli løfta opp av ein forpliktande struktur

*Forpliktande organisatoriske rammer.* «Organisering av arbeidet som prosjekt fungerte som ris bak spegelen og gulrot. Forsking i klinikk kan ikkje skje utan reell tilrettelegging av organisatoriske, forpliktande rammevilkår, og forståing av at det krev tid og ressursar. Tida må fastsettast som heilag, utan andre aktivitetars forrang inn i avsett tid.»

*Eit leiarskaps pådriv og struktur på oppfølging.* «Vi blei stimulert og puffa av at det heile tida skjedde ei framheving av at dette er viktig for klinikken og for arbeidsfeltet – ikkje som eit individuelt val for eigen karriere, men for klinikken og feltet. Vi såg at det skjedde satsing på prosjektet gjennom å engasjere vegleiar, sette av dagar i god tid for samlingar i arbeidstida, oppmuntre til skriving, skape ro rundt prosjektet ved å vere fysisk ein annan stad under samlingar, skjerma frå andre plikter, i tillegg til mjuke miljøtiltak med kaffi og mat ved lange samlingsøker.»

*Legitimitet frå overordna.* «Vi visste at dette var ønska arbeid. Prosjekt av denne typen treng å vere definert frå leiarskap som lovleg og nødvendig del av klinikkens verksemd, og ikkje som privat prosjekt på si. Forsking i klinikk skjer best og mest produktivt med veldefinert legitimitet frå overordna på forskning, problemstillingar, tid, metodar og forankring, med avklart forhold til venteliste og klientavtak i klinikken.»

*Anerkjenning.* «Å merke anerkjenning av klinikknær forskning er avgjerande og hjelpesamt frå alle plan, av leiar, av kollegaer, av forskingsvegleiar, av overordna instansar.»

## 4) Bremsklossar og fallgruver: Å erfare utan å gi seg over

*Mistru og tvil.* «Det verste var mistrua som kom omkring eigen dugleik, om eige prosjekt var av interesse for andre, og tvilen på om engasjement ville vare ved. Det vart forsterka om ein gjekk åleine med sjølvkritikk, eller nokon snakka negativt om andres arbeid. Det er avgjerande at alle kan stole på at ulike faglege meiningar blir delt og ope drøfta.»

*Travelheit, snillisme og for lange intervall.* «Ein viktig bremskloss var det konstante oppgåvetrykket i spenningsfeltet mellom klinikkens store arbeidsmengd, med venteliste, klientar, vidareutdanning, etc., og tid til prosjekt samtidig. Det blei vanskeleg å sette seg ned og finne konsentrasjon; det førde til for lange intervall mellom øktene, der ferskheit og engasjement minka. Avsluttinga vart strekt langt utover

fastlagd tid og inn i privat tid. Slike prosjekt bør konsentrerast over intensive, avgrensa periodar. Vi var i tillegg altfor tilgjevande overfor kvarandres unnskyldningar om mangel på tid på grunn av konkurrerande servicepress, og burde forlangt større fortgang.»

*Einvis forståing av kva forskning skal vere.* «Det er bremsande med alle tankar i tradisjonelle forskingsbaner, for eksempel at forskning berre skjer på universitet, at ein klinisk ikkje er forskingskompetent, og at berre spesifikke metodar er gangbare.»

#### 5) Hinder: Effektive stopparar

*Forskjellig fagleg bakgrunn.* «Min faglege bakgrunn var for forskjellig frå gruppa; vegleiaren måtte ha brukt langt meir tid på mitt, så at gruppa og vegleiinga bedre kunne følge min tankeprosess.»

*Åleinegang med skriving.* «Å privatisere og isolere seg i denne typen forskning er uheldig, og å overgi seg til å skrive og arbeide åleine. Det stengde for å kome til ferdigstilling.»

*For omfattande datainnhenting.* «Mitt prosjekts store datainnhenting i form av intervju let seg ikkje kombinere med avgrensa tid til disposisjon. Annaleis definert og mindre datamengd, og helst meir tid, var nødvendig for å oppnå ferdigstilling.»

#### 6) Framtidig retning: Å opne for nettverk, metodemangfald og praksisnær forskning

*Forskingstiljø og forskingsnettverk.* «Det bør gjennomtenkjast korleis klinikknær forskning kan knytast opp til universitet og RBUP, med BUP som erfaringsbase. Det bør lagast forskingsnettverk og fellesskap både internt og eksternt til andre klinikkar som har gode erfaringar med dette.»

*Metodemangfald.* «Det er viktig at ulike typar metodar i kunnskapsakkumulering blir anerkjent som relevant og gyldig, og blir stimulert. Det fordrar openheit i forskning både på metode og problemstillingar. Både kvalitativ og kvantitativ forskning er ønskeleg, og viktig på feltet; begge delar krev forskingskompetente vegleiarar.»

*Dyrking og utvikling av klinikknær forskingsmetodikk.* «Våre erfaringar tilseier at det trengst spesifikk interesse for klinikknær forskingsmetodikk, i tillegg til satsingsområde og stillingsressursar for å forske på klinikknære fenomen. Erfaringar frå praksis er viktige; det gjeld å finne fram til kreative måtar å hente det ut på, som passar med klinisk arbeid. Det trengst å ta utgangspunkt i klinisk røynsle, og i kva det er engasjement i forhold til.»

### **Nokre prinsipp av verdi for å fostre forskingsvenlege BUP-ar**

Ut frå dette konkrete prosjektets erfaringar, med forskingsprodukt og deltakaranes refleksjonar som bakteppe, vil vi foreslå nokre prinsipp for å fremje forskingsvenlege BUP-ar. Berande prinsipp for deltakarane var formulert i tre korte ord – lov, lyst og ledsagar. Lov i tydinga tydelege, forpliktande og tilrettelagte rammer over tid. Lyst i tydinga utgangspunkt i klinikkens arbeid, med oppmuntring og framdrift frå eigne kollegaer og vegleiar. Og ledsagar i tydinga samarbeid med andre, med puff og dragkraft gjennom forpliktande fellesskap, både i gruppe og med forskingskvalifisert vegleiar.

## **Fagleg perspektivskifte til både-og: tenesteutøving og tenesteutvikling**

Eit anna prinsipp var fagleg perspektivskifte – frå tenesteutøving til samtidighet mellom tenesteutøving og tenesteutvikling. Det tyder å våge å skifte tankar frå «dette veit jo alle, dette er ikkje noko nytt» til «dette er spennande og interessant, dette bør vidareutviklast, og dette bør delast med andre», og gjennom det endre innhald i arbeid i klinikken til å inkludere forskning, systematisering og forskingsformidling. Det dreia seg om mot til å kunne snakke slik om klinisk arbeid. Og det dreia seg om erfaring med å bruke forskingssystematiserande arbeidsbriller, og å lage «vanar» for å samtale om løpande, pågåande arbeid innafor ei ramme av systematisering. På den måten kan det oppnåast eit både-og, det vil seie samtidighet mellom tenesteutøving og tenesteutvikling. Og det muleggjer rammer for klinikknær forskning (Kazdin, op.cit.; Zeltzer, 2006). I Wittgensteins ånd kan det seiast slik at ord har både informerande og formande kraft (Andersen, 1997). Å snu ordbruken vi brukar i eigen fagleg aktivitet, her konkret til eit både-og, kan ha stor betydning for kva praksis som blir tilrettelagt.

### **Anerkjenning av fagets kontinuerlege endring**

Eit tredje prinsipp var at å legge til rette for både-og mellom tenesteutøving og tenesteutvikling vil vere å ta høgde for – og fagleg innrøme – at fagfeltet ein arbeider innafor i BUP-feltet, er foranderleg. Kva som er gangbar tilnærming, er diskutabelt. Det endrar seg i forhold til ny kunnskap, eksempelvis om 1) kva som blir definert som problem, 2) egna behandling, 3) livsvilkår for barn, unge og viktige vaksne, 4) normalitet, 5) belastning, og 6) kulturelle og etniske forskjellar, osv.. BUP-feltet, som eit tenestetilbod for barn, unge og deira viktige vaksne, har eit fagleg innhald som, i større grad enn mange andre fagfelt, på slike måtar vil vere tids- og kontekstavhengig.

Å skape ei forståing av at BUP-arbeid bør vere eit løpande forskingsarbeid, kan bygge inn ei forståing av at fagfeltet er foranderleg og bevegeleg, og at arbeidet heile tida på ein forskingsbasert måte må stille spørsmål ved og undersøkje dei tiltaka tenesta set i gang. Det vil for eksempel ikkje vere nok å ha spesialitet for fagfolka i samsvar med dei ulike profesjonanes krav til spesialitet. Det ville heller ikkje vere nok å byggje opp tenester i eit visst tal rundt i landet. Det som trengst i tillegg, er å syte for at sjølve tenesta i form av fagleg tilrettelegging set seg sjølv under kontinuerleg debatt og kritisk gransking i forhold til om føremålstenlege tilbod vert gitt, og om tilboda går til problem som er ønska prioritert. Deltakaranes erfaringar peikar på at det er viktig å legge til rette for at klare, strukturelle rammer blir innbygd i klinikkens pågåande arbeid med tanke på å få til løpande forskning.

Ei slik vinkling gjer BUP-ane til «både-og klinikkar», med både tenesteutøving og utvikling. Det understrekar samstundes at forskning og fagutvikling er sjølve fagets og fagfeltets natur. Det understrekar at forskning og kunnskapsutvikling er meir enn fagleg velvilligheit. Det er ein fagleg nødvendighet.

### **Tilrettelegging for fenomen og praksisnær forskingsmetodikk**

Eit fjerde prinsipp er betydningen av å legge til rette for fenomen- og praksisnær forskningstilnærming. Eit illustrerande eksempel på dette er at den største inspirasjonskjelda for den prislønna artikkelen om typiske dilemma for terapeut i samtalar med barn og foreldre, var Widerbergs (1995) bok om minnemetode og systematisering av minnearbeid (Nilsson & Thrana, 2000). Hennar metode viser korleis ein forskar systematisk kan ta i bruk røynsler frå eigen barndom og ungdom for å diskutere kunnskapsproduksjon. Forfattarane av artikkelen viser til inspirasjon frå denne metoden til å velje ut sekvensar i familierapi/annan terapi som ga ubehag eller ettertanke, som dei skreiv ned så fenomenært som muleg om kva terapeuten tenkte, kjende og gjorde i slike situasjonar. Desse tankane og opplevingane blei skrivne ned så detaljert, kjenslenært, fenomenært som muleg, og mest muleg usensurert, og dei vart kjelde til dilemma der vanskelege sekvensar og oppleving av viktige augneblinkar skulle kome klart fram. Situasjonar der terapeuten opplevde ubehag, vart brukt som nøkkelsituasjonar i deira minnearbeid. Forfattarane opplevde at situasjonar med ubehag på den måten vart gåvepakkar til å skrive så fenomenært og opplevingsnært som muleg for så å analysere innhaldet i minnearbeid.

Samstundes vart bruk av systematiske minnenotatar opplevd som ein nyttig metode også for å reflektere over eigen praksis, sjølv der det ikkje skulle føre til artikkelskriving. Dette knyter igjen an til prinsippet om å late tenesteutøving og tenesteutvikling skje på same tid. Skrivning og bruk av fenomenære notatar blei ikkje opplevd som nokon stor jobb, tvert imot som muleg å foreine med praktisk kvardag. Erfaringa var at slike notatar var eit godt grunnlag for refleksjonar. Når notatane vart analysert og reflektert over, vart dette opplevd som direkte terapeutisk førebuing. Det auka fagleg refleksjonsnivå. Forfattarne fekk sett ord på ein type taus, erfaringsbasert kunnskap som andre klinikarar ville kjenne att, og som ein kunne lære av i framtidig arbeid (Nilsson & Trana, 2000, 2001).

Wamphold (2001) framhevar at terapeutar gjer vél i å undersøkje premiss, vilkår og ingrediensar i sine kliniske arbeid. Og han understrekar at forskarar som ikkje sjølv er terapeutar, vil profitte på å bevege seg frå utvendig datainnhenting til å bli meir responderande til anna innhenting av kunnskap frå dagleg praksis til klinikarar. Også Weisz, Jensen-Doss & Hawley (2006) poengterer, ut frå ein metaanalyse av eksisterande studiar av «evidensbaserte tilbod» for unge samanlikna med tilbod om «vanleg klinisk arbeid», at det trengst å forskast meir på verknaden av å skreddarsy opplegg i det enkelte tilfellet, også der såkalla «evidensbaserte tilbod» er brukt. Erfaring frå prosjektet peikar på betydningen av å vere open for forskingsmetodar som kan vere mest muleg fenomen- og praksisnære. I dette konkrete prosjektet gjaldt det tilrettelegging av kvalifisert, kvalitativ forskning. Det vil også gjelde andre forskingsmetodar og framgangsmåtar.

Erfaringane peikar på at utan praksis- og fenomenær metodikk vil vesentlege former for kunnskap av verdi for feltet ikkje kome fram. Serleg gjeld det taus, vanskeleg formulerbar kunnskap, der generering av ny kunnskap kan gå ut på å beskrive komplekse fenomen og definere nye omgrep som kan ligge i dette, som igjen kan ha

noko å seie for korleis ein kan gå vidare i arbeidet. Fenomen- og praksisnær forskingsmetode utvida fokus på kva som kan framstå som relevante fenomen sett frå ein praksisnær posisjon.

### **Opning for idépluralisme og mangfald i forskingsmetodar**

I foreliggende prosjekt kjem det fram tre forhold som effektivt hindra praksisbasert forskingsproduksjon og publisering. Alle tre gjeld forskingsmetodikk. Det eine skjedde der forskingsmåten ikkje vart tilstrekkeleg justert for å imøtekome deltakar med annan fagleg kompetanse og bakgrunn. Det andre gjaldt datamengd som ikkje vart nok avgrensa i høve til disponibel tid. Det tredje skjedde der forskar arbeidde åleine, og ikkje fekk den analytiske framdrifta som samarbeid mellom fleire kan representere.

Desse erfaringane peikar på eit femte prinsipp: at praksisbasert, klinikknær forskning blant fleire eller alle fagtilsette innad i klinikk representerer ei serskilt utfordring når det gjeld å vere sensitiv for om forskingsmetodar er tilpassa det formålet ein ønskjer å oppnå, er tilpassa fagfolkets forskjellar, og tilrettelegg for egna mangfald i tilnærming.

Sjølv om både kvantitativ og kvalitativ forskning genererer kunnskap som er viktig for det kliniske praksisfeltet, har den siste hatt appell til klinikarar kanskje ut frå meir interesse for klinisk og individtilpassa signifikans enn for statistisk signifikans (Ekeland, 1999). Generelt har det vore framheva at kvalitative forskingsmetodar er best retta inn på å skape kontekst for å beskrive komplekse fenomen, og å definere nye omgrep og samanhengar. I samsvar med eit slikt syn har Davies, Nutley & Smith (2000) kritisert forskning på evidensbasert behandling nettopp for å neglisjere kvalitativ forskning til fordel for kvantitativ av den grunn at den nedgraderer individuell oppleving til lågaste kunnskapsnivå, som blir reflektert i språkbruk om at «kunnskap skal overførast», til forskjell frå å kunne bli skapt i samverknad og gjensidigheit. Også Roberts (2000; i Reigstad, 2007) stiller spørsmål, på grunnlag av ein narrativ kritikk av evidensbasert behandlingforsking, om kva plass historier får dersom behandlingforsking gir preferanse for kvantitativ framfor kvalitativ metode, for det generelle framfor det spesielle, for objektivitet framfor subjektivitet, og på slike måtar kan totalisere kvalitetskriteriar for gyldig kunnskap og evidens i klinisk praksis. Roberts understrekar behov for å kombinere kvalitativ og kvantitativ tilnærming i praksisforankra forskning, fordi tilnærmingane tilbyr ulike former for måling og mening. Tilsvarende utforskar Haavind (2007) kva som skal til for at dei to forskingsspora, måling og meiningssøking, skal kunne trekke vekslar på kvarandre i psykologisk forskning.

Ut frå liknande resonnement rår Sundet (2006) til at forholdet mellom forskjellige forskingsperspektiv og metodar i behandlingforsking kan forståast som ein supplementsrelasjon, der ein på ulike måtar søker etter språkleggjering av opplevingar, mulege samanhengar og generaliseringar, og ut frå metodanes forskjellige premiss ser på kva kunnskap og forståing som kan kome fram. Sundet kallar dette å innta ei empirisk haldning, der det ikkje er nok å teoretisere; ein må oppleve og undersøke det ein sjølv og andre opplever og erfarer, og late det skje innafor vitskaplege rammer.

Prosjektets erfaringar med bremseklossar og effektive hinder peikar på utfordringar som ligg i praksisnær forskning når det gjeld å innta ei serskilt undersøkjande haldning til kva tilnærmingar som er nødvendige, og kva kunnskapstypar som kan bli muleggjort gjennom mangfaldig tilnærming; eller, sagt med andre ord, korleis ulike framgangsmåtar kan inngå i supplementsrelasjon til kvarandre i slik forskning.

### **Respekt for betydningen av anerkjenning**

Eit sjettede prinsipp i erfaringane er anerkjenning. Igjen og igjen understreka deltakarar kor mykje anerkjenning av eige og andres arbeid i framdrift av prosjektet har å seie. BUP er ei teneste som er serprega av faglege og fagetiske krav til fokus på andres situasjon og ståstad. Verdien av å anerkjenne andre er framheva som sentralt i alt terapeutisk arbeid (Schibbye, 1999). Nettopp for ei slik teneste kan det vere av interesse å sjå i kor stor grad deltakarane la vekt på anerkjenning som vilkår for sjølv å lukkast med å systematisere og skriftleggjere klinisk erfaring. Og kor viktig det er også for fagfolka at deira praksis og røymsler får rom for akkumulering, systematisering og publisering innafor ei ramme av anerkjenning, respekt og gyldiggjering.

### **Tre prinsipp for forskingsfremjande dialog: forståing av korleis kreative prosessar skapest**

Eit sjuande prinsipp er at kreative prosessar skapest best i dialog med andre, og ikkje i lukka rom. Og at dialogen skapest i miljø som er feilvenleg (Bolstad, 1992), utprøvingsvenleg og mangfaldsvenleg. Erfaringane med dei tre prinsippa for skrivande miljø med lov, lyst og ledsagar, kan såleis utvidast med desse tre prinsippa for forskingsfremjande dialog. Erfaringane frå prosjektet viser til verdien av rammer som gjer det muleg å stanse ved, sjå nærare på og å analysere kva materiale som ligg i denne typen pågåande dialog.

### **Behov for forpliktande forskingsfelleskap og nettverk**

Erfaringane viser vidare til den avgjerande verdien det har å bli pressa av gruppa, av tilrettelagt struktur, og av kompetent vegleiar til forpliktande prøving og effektiv yting. Dette peikar på , som eit åttande prinsipp, at det er nødvendig å ha eit forpliktande og pådrivande forskingsfelleskap i nettverk med kompetent forskingsvegleiar. Åleinegang i forskning og skrivning blei opplevd som effektivt hinder mot ferdigstilling; ingen i åleinegang kom til publisert produkt. Utan forskingsvegleiar knytt til klinikken, og utan pådrivande og forpliktande framdrift gjennom forskingsfelleskap, ville desse urøynde forskarane ikkje oppnådd å produsere den systematiserte kunnskapen i skriftleggjort form som her blei gjort.

### **Betydningen av styrande og forskingsorientert leiarskap**

Vidare peikar erfaringane på betydningen av styrande leiarskap. Konkret gjaldt dette tilrettelegging av organisatoriske rammevilkår, innspel av idégrunnlag for kvifor arbeidet var sett på som viktig, og påplussing av mjuke miljøtiltak. Dette vart kalla leiars bruk av ris bak spegelen og gulrot. Leiarskap vart på slike måtar oppfatta som viktig

styrar og inspirator – ikkje til forskingsmetodikk eller til konkret forskingsarbeid som deltakargruppa og vegleiar sto for, men som inspirasjon og pådrivar til personleg stå-på-ånd. Deltakaranes vektlegging av eit leiarskaps funksjon og verdi som suksessstimulator for forskingsproduktivitet kan fortelje om viktige og enkle grep for å skape forskning i klinikk. Dette peikar på, som eit niande prinsipp, kva det betyr å ha leiarstyrd og oppgåveorientert tilrettelegging for denne typen prosjekt. Dei overordna, organisatoriske grepa vart vurdert som stimulerande og forløysande, sjølv utan store økonomiske insentiv tilført. Det kan vise mulegheitane som leiarskap kan ha, utan nødvendigvis mykje ekstra økonomi, for å inspirere til og å drive fram forskingsbasert, kunnskapsproduserande miljø innafor ein BUP-klinikk, dersom andre vilkår ligg til rette.

### **Tilrettelegging for «kreativt forskingsmylder» og samskaping mellom institusjonar**

Prosjektet viser vidare til ein serskilt gevinst for praksisnær forskning i klinikk gjennom eit målretta samarbeid med forskingskvalifisert instans, i dette tilfellet mellom BUP og universitet. Det kan hevdast at måten denne forskingsvegleiaren vart tilkoplå – med supplerings av andre forskingskompetente i miniseminar, ga relativt stor publisert kunnskapsproduksjon med relativt små økonomiske ressursar investert frå klinikk. I store delar av det praktiske, terapeutiske fagfeltet er fokus lagt på at ein må skape rom for vokster av det ukjende og kreative. Nettopp for eit slikt fagfelt kan det vere av interesse å sjå korleis tenesta sjølv kan skape ny kunnskap gjennom kreativt forskingsmylder og samarbeid. Eit sentralt og tiande prinsipp kan såleis oppsummerast frå prosjektet med at det var den kreative, humane faktoren, det vil seie den kreative samskapinga som skjedde mellom deltakarane – i form av eit tilrettelagt møte mellom klinikk og universitet, som her var utslagsgivande. Langt meir enn den økonomiske.

### **Diskusjon**

Dei røyntslene som her er lagt fram, er ein illustrasjon på korleis forskning, i form av systematisering og skriftleggjort publikasjon av klinisk erfaring, vart prøvd bygd inn i klinisk praksis. Det er mange atterhald knytt til erfaringane.

### **Kva med tidsbruk?**

For eksempel det ikkje nøyaktig mål på tid som er gått med. Prosjektet nyttiggjorde seg for det meste av deltakaranes private tid på grunnlag av deira engasjement. I hovudsak skjedde berre samlingsdagar med forskingsvegleiar og miniseminar i ordinær arbeidstid. Følgjeleg vart ikkje klinikkens utøving av primære, tenesteytande plikter redusert, og det oppsto ikkje store dilemma for leiarskap.

For framtidige modellar og for utøving på meir varig basis av klinikknær forskning innad i klinikk er det pr. i dag fleire kombinerte modellar under utforming, i samordning mellom RBUP, universitet og helseføretak. På den måten kan fagfolks genuine engasjement for utvikling av praksisnær forskning – som eit slikt prosjekt viser finst,



utviklast på meir varig basis i fleksibel samordning med ein klinikks øvrige plikter. Det kan skape organisatoriske rammer utan i same grad å basere seg på privat investert tid.

### **Er det formålstenleg at kvar klinisk forskar?**

Vidare kan det i foreliggende prosjekt synast å vere ei kontrastfylt spennvidd mellom to mål: På den eine sida, eit på same tid smålåte og ambisiøst mål om at bidrag frå alle tilsette fagfolk, også urøynde forskarar, blir inkludert og akseptert i ein klinikks pågåande forskning. Og på den andre sida, eit direkte ambisiøst mål om utvikling av ein forskingsretta og vitskapleg kultur på ein klinikk. Ei slik spennvidd kan vurderast ut frå ulike syn. Røynslene i prosjektet peikar på ein produktiv balanse mellom desse to måla. Å gi alle fagpersonane høve til å delta i pågåande klinikknær forskning, utviklar på den eine sida eit sterkare forskingsprega, systematiserande fagspråk hjå kvar enkelt og i det faglege fellesskapet. Dette skaper gode forskarar. Samtidig stimulerer det, på den andre sida, til ein meir forskingsretta og vitskapleg kultur i helsetenesta som heilskap, som er eit mål i seg sjølv. Dette treng ikkje – og bør ikkje – vere til fortrenghet for å legge til rette også for forskingsprosjekt utført av andre, meir røynde forskarar, med sikte på same mål.

### **Har berre skriftleggjort forskning prioritet?**

Vidare kan prosjektet også kritiserast for implisitt å gyldiggjere kun skriftleggjort systematisering og formidling. Sjølv om prosjektet tilsiktar å vere praksis- og klinikknært, prioriterer det skriftleggjort språk. I klinisk arbeid er mange former for kunnskap aktuelle. I situasjonar som gjeld behandling og å kome til møtes med menneske i vanskar, er den møtande terapeuten sitt eige sansande vesen med i bildet. Kva kunnskap som er verksam og egna i slike møte, vil vere av mange slag og ha ulik form; ikkje all kunnskap av relevans vil kunne uttrykkast i skriftleggjort form. Prosjektet kan oppfattast å vere ukritisk til kva andre typar forskingsformidling har å seie, eksempelvis film, kunstnarlege uttrykk, forskingsprega samtalar, etc. Det er ei utfordring for fagfeltet å søkje forskings- og formidlingsformer som kan romme mangfaldige uttrykk for menneskes meiningsskaping i terapeutiske møte (Andersen, 2006; Martinsen, 2005, 2007). Det foreliggende prosjektet gir berre eksempel på korleis skriftleg formidling kan skje.

### **Om praksis får forrang, går teori over bord?**

Vidare kan prosjektet forståast å vere for teorilaust, for frittstående i forhold til det som frå tidlegare ligg føre av anerkjent teori, etablert kunnskap og evidens. Denne typen prosjekt set praksis framfor teori på den måten at det er pågåande praksis som blir emne for systematisering, vurdering og skriftleggjering av samanhengar, for derifrå å utleie tilnærmingar og teoretiske omgrep som kan oppfattast som egna måtar å gripe arbeidet på. Dette kan gi kunnskap om måtar å gå vidare på i klinisk arbeid, det som kan kallast «praksisbasert kunnskapsproduksjon» eller «praksisbasert evidens». I så måte kan det vere til forskjell frå meir teoribasert tilnærming, som i større grad fastset kva som skal vere fokus i framgangsmåte og forståing for å avleie klinisk praksis derifrå,

og på den måten kan bygge inn større fare for å utelukke eller marginalisere fenomen som ikkje passar med forforståing. Også i praksisforankra, klinisk forskning vil teori og praksis stå i ein samvirkande og samskapande vekselverknad. Men prosjekt av foreliggende type peikar på verdien av å ha eit praksisnært fokus i forskning, for derifrå å utleie kunnskap. Prosjekt av denne typen gir såleis praksis forrang.

### **Kven skal bestemme forskingsfokus?**

I prosjektet var det heller ikkje lagt opp til tilstrekkeleg diskusjon med brukarar eller klinikkens politisk styrande om kva spørsmål som skulle fokuserast. Dette reduserer prosjektets eksterne relevans fordi det ikkje inkluderer innverknad frå eit breitt nok praksisfelt, eksempelvis brukar og politisk styrande. Ei utfordring ved kvalitetsutviklande forskning i helseteneste er kven som skal spele inn spørsmål og avgjere val av område å forske på, og kva forskingsresultat skal ha å seie for endring i tenestetilbod. Slike spørsmål har konsekvensar for om kvalitetsutvikling skjer i samsvar med samfunnsinteresser. Det er ei utfordring å legge til rette for helsetenesteforskning som tar utgangspunkt i samfunnets og helsetenestens interesser, og ikkje primært er tilpassa individuell karriere. Praksisforankra forskning gir ikkje automatisk garanti for praksisrelevans. Også slik forskning står overfor store utfordringar med å innhente og forhalde seg til eit breitt nok praksis- og erfaringsfelt, så at forskning får ekstern og økologisk relevans i form av å opne for viktige og relevante kunnskapskjelder med sikte på brukars og samfunnets interesser.

### **Intern validitet og ekstern gyldigheit**

Sjølv om forskingsproduksjonen samla sett er omfattande i helseføretaka i Norge, er den størst ved somatiske avdelingar. Det tyder på vanskar i psykisk helsevern med å byggje bru mellom forskning og klinikk. Det foreliggende prosjektet kan finne slektskap med forslag som siktar mot å byggje slik bru, eksempelvis forskning som «local scientist», «pragmatisk psykolog», og «cientist/practitioner» (Schøn, 1983; Talley, Strupp & Butler, 1994), og enkeltkasus-studiar og kasusstudie-metodikk (eksempelvis Barlow, Hayes & Nelson, 1984; Fog, 2004; Malterud, 2003; Roth & Fonagy, 2006). Brubygging eksemplifiserer også Haavind (2005) gjennom analyseomgrepet «situatedness», som framhevar forskings forankring i tid og kontekst. Fleire peikar på at det er nødvendig å inkludere betydningen av praksisposisjon og fortolking for å byggje bru mellom forskning og klinikk i psykisk helsevern. Eksempelvis set ei av psykoterapifeltets nyaste forståingsrammer, «mentalisering», opp undersøking av misforståing som viktigste bru til kunnskap (Skårderud & Karterud, 2006). På tilsvarande måte peikar filosofen Gadamer på at utforskning av meiningsforskjellar og lytting er hovudbru til ny kunnskap i helsearbeid (Gadamer, 2001; Lorem, 2006). Også Stern (2005) set fokus på at fortolking og perspektivskifte er sentralt i forskning på augneblinkens innverknad i psykoterapi.

I tråd med same tankegang skjer utvikling av forskingsmetodar for klient- og resultatstyrtd behandlingspraksis (eksempelvis Miller, Duncan & Hubble, 2005; Ulvestad, Henriksen, Tuseth & Fjeldstad, 2007). Dette er nye metodar for å inkludere og gyldiggjere forskjellar i synspunkt og erfaring mellom klient, brukar og terapeut, for å

byggje bru mellom forskning og potensielt uforutsette kunnskapskjelder i klinikk og praksisfelt (Borg & Topor, 2003; Hannan et al., 2005). Det siktar mot å få fagfeltet til å søkje praksisbasert evidens utfrå pågåande terapiar, der terapeut skreddarsyr sitt arbeid i samarbeid med klient (Duncan, Miller & Sparks, 2007). Dei seier det så sterkt at ei slik tilnærming kan gi klienten den stemma i behandling som det lenge har vore snakka om i litteraturen, og kan utvide språket i behandlingsforskning frå det dei kallar ein medisinsk kunnskapsmodell – som dei meiner har rådd feltet sidan Freud, til å opne bruer for tilfang av andre typar kunnskap inn i behandling og behandlingsforskning.

Også innafor norsk barne- og ungdomspsykiatri er tilfang og analyse av meiningsforskjellar og fortolking løfta opp som hovudsak i Reigstads (2007) gjennomgang av fagfeltets forståings- og forklaringsparadigme gjennom dei siste ca. førti åra. Han illustrerer korleis ei klient- og behandlingshistorie er forstått på ulike måtar av ulike partar. Reigstad konkluderer med at fagfeltet er prega av til dels kontrastfylte kunnskapskifte over tid og mellom posisjonar, som tilseier at feltet treng idépluralisme i tilnærming til kunnskap og forskning, for å unngå epistemologisk einsretting og fundamentalisme. Også Sundet (2007) eksemplifiserer korleis ulike faglege punktueringar, «metaforar», gir ulike bruer inn i det kliniske kunnskapsfeltet frå potensielt supplerande typar kunnskap.

Same siktemål om bru mellom forskning og klinikk i psykisk helsevern, ligg i forslag om det vi kan kalle samvirkande forskingsfellesskap. Eksempel her er «samforskning», for utvekslande forskingssamarbeid med klient og brukar (Andersen, 1995, 1996; Haram, 2004) og «forskande partnarskap» (Jensen, Hoagwood & Trickett, 1999; Hoagwood, Hibbs, Brent & Jensen, 1995). Dette er metodiske tilnærmingar som søker å inkludere ulike praksis- og erfaringshorisontar i «samvirkande forskingsfellesskap», der målet er å skape kunnskap med mest muleg ekstern, økologisk validitet gjennom å inkludere berørte partar og avgjerande fenomen i praksisfeltet. Dette er forslag som kan utfordre reglar i randomisert kontrollgruppeforskning når det gjeld kva som skal gjelde som valid forskning i brubygging mellom forskning og klinikk. Samvirkande forskingsfellesskap bevegar seg langs, og lar seg utfordre av, aksen intern validitet og ekstern gyldigheit, og kastar inn nokre måtar å forske på langs denne dilemmaaksen. Eksempelvis vert det lagt serleg vekt på kven det er relevant å trekkje inn, på kva måte berørte partar kan få reell innverknad på metode og resultat og delta med likeverdige perspektiv, og korleis resultata kan inngå i eit forskande fellesskap som kan vurdere det. Om dette seier Andersen (1996), med referanse til Polkinghorne, at også forskings resultat må leggst fram for eit fellesskap som vurderer det. I ei slik forståing vert også vurdering av forskning gjort til emne for fortolking.

Dette er tilnærmingar som vektlegg sjølve fortolkinga og praksisposisjonanes sentrale betydning for kva som er vurdert som gyldig og relevant kunnskap. Og det er forslag som utfordrar til audmjukheit for at forskning kan la seg informere av det. Med referanse bl.a. til Kuhn (1962) blir det vist til at kunnskapsendring og vitskapleg framgang skjer gjennom bråe paradigmeskifte, der innføring av nye paradigme helst har skjedd gjennom nye partar i eit felt. Å utvide fokus i forskning til å inkludere breiare

helsearenaer og berørte partar når det gjeld for eksempel så viktige og kompliserte spørsmål som konsekvens av helsetenester, kan opne bru for nye typar studiar og ny type kunnskap, og i neste omgang kanskje for nye forskingsparadigme (Andersen, op.cit.; Haram, op.cit.; Hoagwood et al., op.cit.).

Slike tilnærmingar er i tråd med Miller et al. (op.cit.) og Ulvestads et al. (op.cit.) klient- og resultatstyrde behandlingforsking, men kan oppfattast å invitere inn eit opnare og breiare praksisfelt av berørte og involverte partar i sjølv forskingsprosessen. Det er også i tråd med Haavinds (2007:29) anliggende om at det er ei felles oppgåve i psykologisk forsking «å modellere personar som er subjektiverte og som er sosialt retta og posisjonerte». Studieobjekta er handlande, tenkjande og følande personar, og viktige spørsmål vert: «Kva er dei stilt overfor, og kva er det dei prøver å få til?» Kunnskap om tenkjande, følande og kommunikativt handlande personar er kontekstuel forankra, og dermed lokal og foranderleg, og Haavind etterlyser prinsippet om den gode skildringa, som ho ønskjer inn i det intersubjektive fagfellesskapet. Ho poengterer at i fortolkande forsking vert systematiske innhaldsanalysar og reflektert tolking det viktigste, for å kunne generalisere forståingsmåtar heller enn tilstandsbilde (Polkinghorne, 1988, 1995, i Haavind, 2007). Ho framhevar at dette forskingsporet set andre krav til generaliseringas kunst, det er ei form for reliabilitet som ikkje vert dokumentert med uavhengige skårar; det krev gode skildringar og demonstrasjonar i tillegg til gjennomsluttede og reflekterte tolkingar.

Å invitere inn berørte partar, eksempelvis klientar, i eit samvirkande forskingsfellesskap vert såleis ikkje berre eit spørsmål om kven som skal inn. Det blir også i høgste grad eit spørsmål om på kva måte og gjennom kva forskingsmetodar deira erfaring, uttrykk og posisjon kan kome fram, analyserast og bli likeverdige perspektiv.

Innspel som nemnt rettar seg mot å byggje bru mellom forsking og klinikk. Dei set ingen dikotomi mellom kvalitativ og kvantitativ metode; det kan leve godt i tospann. Innspela har til felles å stimulere til kunnskapsproduksjon ut frå den kliniske verda, til «praksisforankra, klinisk forsking og kunnskap» og «praksisbasert evidens». Dei representerer eksempel på vegar til annaleis forsking, som bl.a. Kazdin (op.cit.) etterlyser, for å gjere den meir brukbar og gyldig for levd liv og for terapeutisk praksis. Dette kan forståast som måtar å stimulere til å empirisk validere klinisk arbeid slik det går føre seg, utan å måtte utelate avgjerande forhold i det arbeidet som faktisk skjer. Det inviterer til utvida evidens- og kunnskapsomgrep i klinisk forsking, for å inkludere perspektiv frå berørte partar og fenomen i kunnskapsproduksjonen.

Henriksen & Ulvestad (2007) peikar på at ei av dei store utfordringane i åra som kjem, er å finne metodar som kan gjere det meningsfullt for brukar å medvirke. Å ta ei slik utfordring vil vere i samsvar med den politiske fråsegna frå American Psychological Association's Presidential Task Force (2006), som Norsk Psykologforening støttar, når fråsegna etter eit oversyn over empirisk validerte terapiar oppmodar til «multiple types of research evidence», og til å sjå styrke og avgrensing i ulike typar forskingskjelder.

## **Eit utvida kunnskaps- og evidensomgrep**

Som ei oppsummering når det gjeld bru mellom klinikk og forskning, konkluderer Wamphold (2001) med at psykoterapiforskning treng å ta omsyn til at kunnskap som vert akkumulert om verknad av klinisk arbeid, i langt større grad må inkludere og ta inn over seg ei forståing av kva terapeutisk relasjon og lokal kontekst har å seie. På same måte som Duncan et al. (op.cit.) kritiserer han dominerande forskingstradisjonar på feltet for å nedgradere dette som kunnskapskjelder. Johnsen (2007) formulerer det slik at terapi for barn og familiar finn stad i kontekst som alltid endrar seg, som fagfeltet må forhalde seg til i si kunnskapsutvikling; og ho rår til at fagfolk minner seg på at kunnskapstilfang er uttrykk for interesser og verdier. Om dette seier Ekeland (2007:17): «Science can help us in explicating and reflecting upon the map and our own position within it, but there can be no position outside maps; we are doomed to be inside our epistemologies. That means that we should be humble and take epistemological responsibility. In my vision of the future we need a psychology which is more ecological, more dialectic and dialogical, more honest and more relevant to life as it is lived.»

Som ei oppsummering av behandlingforsking gir Atkins, Frazer & Capella (2006) ei generell oppfordring som gjeld bru mellom forskning og klinikk. Dei seier at heller enn å søkje settingar som passar vår metode, er utfordringa å søkje design som er informert av og adresserer realiteten i kliniske settingar. Og heller enn å seie at kompleksiteten i settingane øydelegg våre forskingsdesign, bør forskingsmodellar inkludere kompleksitet og tillate denne å informere våre spørsmål, metodar og resultat.

Generelt peikar dette på at dersom forskning skal bli mest muleg relevant for praksis og for levd liv i den kliniske verda, og reelt representere ei bru som er av verdi for praksisfeltet, så trengst det å arbeide for at forskingsspørsmål og aktuelle problemstillingar får lov til å informere metode, og at val av vitskaplege metodar kan skje på måtar som kan opne for økologisk og eksternt gyldig kunnskap ved å inkludere det som er viktige røynsler og fenomen i den kliniske verda.

Ei slik vinkling kan gi styrka fotfeste for praksisnære forskingsmiljø i psykisk helsevern for barn og unge, og gi fråspark for forskingsvenlege BUP-ar.

## **Konklusjon**

Å skape forskingsvenlegheit for klinikknær og praksisforankra forskning kan skje på mange måtar. Ikkje alle er like egna eller ønskelege. Det foreliggende prosjektet var eit pilotprosjekt ved at det prøvde ut ein ny måte å legge til rette for systematisering, skriftleggjing og publisering av praksisbasert kunnskap innbygd i klinikk. Prosjektet kan peike på kva som kan vere muleg å oppnå med små midlar, innafor ei ramme av personale med engasjement og vågemot, med smidig tilføring av forskingskvalifisert vegleing i kreativt samarbeid med universitet, og med leiarskap med forskingsretta, styrande pådriv. Det kan såleis vere eitt døme på korleis det kan vere muleg å få til løpande og skriftleggjort forskingsaktivitet innebygd i ein klinikks pågåande arbeid blant klinikken sine eigne fagtilsette, sjølv utan krav om store økonomiske eller organisatoriske endringar.

I framstillinga er det vist kva forskingsprodukt som blei produsert og kva erfaring som blei gjort om forskingsvilkår, organisatorisk struktur og personalpolitiske grep, og det blir foreslått nokre prinsipp for å fremje forskingsvelvilje i klinikk. Framstillinga utdjupar ikkje prosedyre og format i forskingsvegleiingas metode. Ei utdjuping omkring slike spørsmål er gitt av Haavind (2001, 2006). Artikkelen viser heller ikkje på kva måte erfaringar vart brukt i vidare oppfølging og kvalitetssikring, som ligg utafor ramma av denne artikkelen.

Den kunnskap og forskning som prosjekt av foreliggende type skaffar fram, kan forståast som kvalifiserte forslag, innafor tydeleggjorte forskingspremiss, om erfaringar og kunnskap skapt ut frå ein serskilt praksisposisjon, på eit serskilt tidspunkt, i ein serskilt forskings- og røynsleforankra kontekst. Det kan forståast som desse forskarane sin måte – så langt – å stoppe opp i eit arbeid, og invitere til samtalar omkring klinisk arbeid, forskning og kvalitet. På slik måte kan praksis- og klinikkforankra forskingsprosjekt bidra til at måtar å beskrive det som skjer i psykisk helsevern på, kan framstå som bevegeleg kunnskap, ved at det kan forsterke fokus både på at – og på kva måte – kunnskap veks fram og kan forståast og vurderast ut frå kontekst i menneskelege møte.

Erfaringane frå denne konkret BUP-en, på dette konkrete tidspunktet, med dette konkrete prosjektet, gir *eitt døme* på kva krafttak og samtak som skal til for å byggje *bru* mellom forskning og klinikk, og å gi stimulans til forskning på ein BUP-klinikks grunn gjennom systematisering, skriftleggjering og publisering av klinisk erfaring. For å leve opp til feltets plikt til å drive forskning, og til utfordringar som ligg i å utforme klinikknær og økologisk relevant forskings- og kunnskapsproduksjon, vil mange andre og forskjelligearta forsøk vere mulege. Og nødvendige.

Anna Margrete Flåm

BUP Tromsø

Postboks 19

Universitetsykehuset i Nord-Norge

9038 Tromsø

Tlf. 77 75 57 00

E-post [anna.margrete.flam@unn.no](mailto:anna.margrete.flam@unn.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 45, nummer 4, 2008, side 431-443*

#### TEKST

**Anna Margrete Flåm**, UiT - Norges arktiske universitet, Institutt for psykologi

KONTAKT: [anna.m.flam@uit.no](mailto:anna.m.flam@uit.no)

+ **Vis referanser**

Referansar

American Psychological Association (APA). (2005). Policy Statement on Evidence Based Practice in Psychology. <http://www.apa.org/practice/ebpreport.pfd>.

Presidential Task Force on Evidence-Based Practice, American Psychological Association. (2006). Evidence-based practice in psychology. *American Psychologist*, 61, 271-283.

Andersen, T. (1995). Klienter og terapeuter som samforskere for å øke terapeutens sensitivitet. *Fokus på Familien*, 23, 193-200.

Andersen, T. (1996). Forskning på behandlingspraksis: Hva skal eller hva bør eller hva kan slik forskning være? *Fokus på Familien*, 24, 3-15.

Andersen, T. (2006). Reflekterende samtaler; min versjon. I: H. Eliassen & J. Seikkula (red.), *Reflekterende prosesser i praksis* (ss. 15-33). Oslo: Universitetsforlaget.

Atkins, M., Frazier, S. L. & Capella, E. (2006). Hybrid research models: Natural opportunities for examining mental health in context. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 4, 105-108.

Barlow, D. H., Hayes, S. C. & Nelson, R. O. (1984). *The scientist practitioner: Research and accountability in clinical and educational settings*. New York: Pergamon.

Bolstad, T. L. (1992). Foredrag. BUP-Tromsø.

Borg, M. & Topor, A. (2003). *Virksomme relasjoner: om bedringsprosesser ved alvorlige psykiske lidelser*. Oslo: Kommuneforlaget.

Davies, H., Nutley, S. M. & Smith, P. C. (2000). *What works? Evidence-based policy and practice in public health services*. Bristol: The Policy Press.

Duncan, B. L., Miller, S. D. & Sparks, J. (2007). Common factors and the uncommon heroism of youth. *Psychotherapy in Australia*, 13, 34-39.

Ekeland, T.-J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36, 1036-1047.

Ekeland, T.-J. (2001). Evidensbaserte illusjonar? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 441-445.

Ekeland, T.-J. (2007). Epistemological errors and the return of the Jedi. Problems in mainstream psychology and implications for practice. *Impuls. Tidsskrift for psykologi*, 2, 4-17.

Flåm, A. M., Fredriksen, A. L. & Haugstvedt, E. (1998). Kvalitet i møte med mennesker som søker psykologisk hjelp. Er bruk av obligatoriske standardprosedyrer tilstrekkelig? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 35, 444-451.

Flåm, A. M. & Talberg, P. (1997). Frå bedre-vitar til bedre ikkje-vitar i vegleiiing. Erfaringar frå eit utviklingsprosjekt. *Fokus på familien*, 25, 96-114.

Fog, J. (2004). *Med samtalen som utgangspunkt. Det kvalitative forskningsinterview*. København: Akademisk Forlag.

Gadamer, H-G. (2001). *Helsens skjulte natur*. Tromsø: Filmintervju, Universitetet i Tromsø, ISM.

Haavind, H. (2001). På jakt etter kjønne betydninger. I: H. Haavind, (red.), *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning* (ss. 7-60). Oslo: Gyldendal.

Haavind, H. (2005). How my text is situated in time and may change the future. I: E. Engelstad & S. Gerrard, (eds.), *Challenging situatedness* (ss. 235-259). Honingen: Eron Verlag.

Haavind, H. (2006). Writing it up: procedures and formats. Finding a format for reporting empirical results based on interpretative analyses: a possible way to the impossible. Oslo: Internt notat, Psykologisk Institutt, Universitetet i Oslo.

Haavind, H. (2007). To spor i psykologisk forskning? Er det mulig for målere og meningsøkere å trekke veksler på hverandre. *Impuls. Tidsskrift for psykologi*, 2, 26-33.

Haavind, H. & Øvreeide, H. (Red.) (2007). *Barn og unge i psykoterapi. Terapeutiske fremgangsmåter og forandring*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- Hannan, C., Lambert, M. J., Harmon, C., Nielsen, S. L., Smart, D. W., Shimokawa, K. & Sutton, S. W. (2005). A lab. test and algorithms for identifying clients at risk for treatment failure. *Journal of Clinical Psychology*, 61, 155-163.
- Haram, A. (2004). *Dialogens kraft - når tanker blir stemmer*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Havik, O. E. (2007). *Forskningsprogram psykiatri og psykisk helsevern*. Frå [www.helse-bergen.no](http://www.helse-bergen.no)
- Helse- og Omsorgsdepartementet (2007). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999-2008*. Oslo: Helse- og Omsorgsdepartementet.
- Henriksen, A. K. & Ulvestad, A. K. (2007). *Der alle tanker likt - tenker ingen*. I: Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A-G & Fjelstad, T. (red.), *Klienten - den glemte terapeut*. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Hoagwood, K., Hibbs, E., Brent, D. & Jensen, P. (1995). Introduction to the special issue: Efficacy and effectiveness in studies of child and adolescent psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 63, 683-687.
- Jensen P. S., Hoagwood, K. & Trickett, E. (1999). Ivory towers or earthen trenches? Community collaborations to foster real world research. *Applied Developmental Science*, 3:306-212.
- Johannesen, T. L., Rieber, H. & Trana, H (1996). Reflekterende dukketeater. En ny måte å nå barn i familierapeutisk arbeid. *Fokus på Familien*, 24, 71-83.
- Johannesen, T. L., Rieber, H. & Trana, H (1998). The reflecting puppet-show: a new way of communication with children in family therapy. *Human Systems: The Journal of Systemic Consultation & Management*, 9, 1-16.
- Johannesen, T. L., Rieber, H. & Trana, H (1999). *El teatro de titeres reflexivo*. *Sistemas Familiares*. Association Sistemica De Buenos Aires, 1.
- Johannesen, T. L., Rieber, H. & Trana, H. (2000). Die reflektierenden Handpuppen - ein neuer Weg der Kommunikation mit Kindern in der Familientherapie. *Zeitschrift für Systemische Therapie*, 18, 68-70.
- Johnsen, A. (2007). New branches on the tree of knowledge. Challenges for systemic family therapists. *The Journal of Family Therapy*, 29,114-130.
- Kazdin, A. (2002). The state of child and adolescent psychotherapy research. *Child and Adolescent Mental Health*, 7, 53-59.
- Kuhn, T. S. (1962). *The structure of scientific revolutions*. Chicago: University of Chicago Press.
- Kvale, S. (Ed.). (1992). *Psychology and postmodernism*. London: Sage.
- Kvale, S. (Ed.). (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Ad Notam, Gyldendal.
- Norges Forskningsråd og Rådet for psykisk helse. (2006). *Forskning nytter*. Konferanse, Universitetet i Bergen.
- Kvernmo, S. (2007). *BUP NORD. Evaluering av klinisk praksis, struktur og behandlingsforløp i barne- og ungdomspsykiatrien*. En multisenterstudie av pasienter i barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i helse Nord. Tromsø: Prosjektbeskrivelse, UNN.
- Loem, G. (2006). *Samspill i psykisk helsearbeid*. Oslo: Cappelen Forlag.
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Martinsen, K. (2005). *Samtalen, skjønnnet og evidensen*. Oslo: Akribe.
- Martinsen, K. (2007). *Intervju i Kilden*. <http://kilden.forskningsradet.no/c16880/artikkel/vis.html?tid=48442>.
- Marshall, W. L. (2006). Appraising treatment outcome with sexual offenders. I: W. L. Marshall, Y. M. Fernandez, L. E. Marshall & G. A. Serran (eds.), *Sexual Offender treatment: Controversial issues* (ss. 255-274). Chichester: John Wiley & Sons Ltd..
- Miller, S. D., Duncan, B. L. & Hubble, M. A. (2005). Outcome informed clinical work. I: J. C. Norcross & M. R. Goldfried (red.), *Handbook of psychotherapy integration*. New York: Oxford University



Press.

- Nilsson, M & Trana, H. (2000). Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 37, 541-551.
- Nilsson, M. & Trana, H. (2001). Terapeutens ubehag - en nøkkel til innsikt og endring. Intervju i Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 38, 1053-1055.
- Olstad, R. (2007). 7th Conference on psychiatric research in the North. Abstracts and plenary lecture presentations presented. Tromsø: UNN, Skriftserie nr. 13. Psykiatrisk Forsknings- og utviklingsavdeling.
- Perepletchikova, F. & Kazdin, A. (2006). Treatment integrity and therapeutic change: Issues and research recommendations. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 365-384.
- Prosjekt Dobbelkompetanse. (2007).  
[http://www.uib.no/psyfa/nasjonaltsamarbeid/Dobbelkompetanse/Ny oppdragbeskrivelse for Regionsentrene for barn og unges psykiske helse R.BUP.](http://www.uib.no/psyfa/nasjonaltsamarbeid/Dobbelkompetanse/Ny_oppdragbeskrivelse_for_Regionsentrene_for_barn_og_unges_psykiske_helse_R.BUP.) (2007).  
<http://web.fm.uit.no/rbup/about/doc/oppdragsbeskrivelse.php>
- Reigstad, B. (2007). Common treatment within Norwegian Child Psychiatry Services and evidence-based treatment methods, why are they often different? Prøveforelesing for graden PhD i psykologi. NTNU: Upublisert.
- Roberts, G. A. (2000). Narrative and severe illness: what place do stories have in an evidence-based world? Advances in Psychiatric Treatment, 6, 432-441.
- Roth, A. & Fonagy, P. (2005). What works for whom? A critical review of psychotherapy research. N.Y.: The Guilford Press.
- Schibbye, A. L. L. (1999). Anerkjennelse: en terapeutisk intervensjon? Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 33, 530-537.
- Schön, D. A. (1983). The reflective practitioner. How professionals think in action. New York: Basic Books.
- Seikkula, J. (1996). Öppna samtal. Från monolog till levande dialog i sociala nettverk. Stockholm: Mareld.
- Seligman, M. E. P. (1995). The effectiveness of psychotherapy: The consumer reports study. American Psychologist, 50, 965-74.
- Seligman, M. E. P. (1996). Science as an ally of practice. American Psychologist, 51, 1072-9.
- Skårderud, F. & Karterud, S. (2006). Å forstå seg selv og hverandre - intet mindre. Oslo: Arneberg Forlag.
- Statens helsetilsyn. (2001). Håndbok i drift av psykiatriske poliklinikker. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn. (1998). Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som leder. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Statens helsetilsyn. (1998). Kvalitetsstyrte helseorganisasjoner - til deg som medarbeider. Oslo: Statens Helsetilsyn.
- Stern, D. N. (2004). The present moment in psychotherapy and everyday life. New York: W. W. Norton.
- St. meld. nr. 25. (1997). Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten. Til deg som leder og utøver. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Sundet, R. (2006). Reflekterende prosesser - noe mer enn refleksjon?. I: H. Eliassen & J. Seikkula (red.), Reflekterende prosesser i praksis (ss. 15-33). Oslo: Universitetsforlaget.
- Sundet, R. (2007). Psykoterapi uten problem. I: H. Haavind, & H. Øvreeide. (red.), Barn og unge i psykoterapi. Samspill og utviklingsforståelse (ss.137-168). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Sørgaard, K. W. (2001). Evangelister og demoner i evidensens tid. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 38, 952-955.
- Talley, F., Strupp, H. H. & Butler, S. F. (1994). Psychotherapy research and practice: Bridging the gap. New York: Basic Books.
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A. K., Tuseth, A-G & Fjelstad, T. (red.) (2007). Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Wampold, B. E. (2001). The great psychotherapy debate. Models, methods, and findings. London: Lawrence Erlbaum Associates Publishers.
- Weisz, J., Jensen-Doss, A. & Hawley, K. M., (2006). Evidence-based youth psychotherapies versus usual clinical care. A meta-analysis of direct comparisons. American Psychologist, 61, 671-689.
- Wells, K. & Miranda, J. (2006). Promise of interventions and services research: Can it transform practice? Clinical Psychology: Science and Practice, 1, 99-105.
- Widerberg, K. (1995). Kunnskapens kjønn. Oslo: Pax forlag
- Wills, C. E. & Holmes-Rovner, M. (2006). Integrating decision making and mental health intervention research: Research directions. Clinical Psychology: Science and Practice, 4, 9-25.
- Zeltzer, W. (2006). Flerfaglig integrering av forskning og klinisk praksis. I: I. Halvorsen, I. Ropstad, B. Rishovd Rund & W. Zeltzer (red.), Foreldre og fagfolk i samspill. Behandling av psykiske vansker hos barn og unge (ss.17-39). Stavanger: Hertervig Forlag.