

**Franca Armata**

---

**Samarbeid, demokrati og kvalitet**  
En dekonstruktiv lesing av **Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge**

Franca Armata

---

# Samarbeid, demokrati og kvalitet

En dekonstruktiv lesing av Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge

Masteroppgave i familiebehandling  
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag  
Oslo 2013

## Sammendrag

Denne masteroppgaven handler om samarbeid mellom terapeut og pasient i psykisk helse for barn og unge. Feltet psykisk helse har vært og er fortsatt preget av to tendenser i dagens Norge. Den ene har fokus på demokratisering og økt pasientmedvirkning, den andre har fokus på effektivitet, kvalitet og forskningsbasert grunnlag når det gjelder å yte helsehjelp.

Samarbeid for barn, unge, deres familier og behandlere, sett fra et sosialkonstruktivistisk ståsted, er noe som konstrueres og reproduseres i den sosiale samhandlingen mellom deltakerne og gjennom de eksisterende praksiser som institusjoner preges av. Barn og unge er pasienter som befinner seg i en særlig sårbar posisjon, siden de er avhengige av sine omgivelser, først og fremst sine foreldre. I denne oppgaven har jeg valgt å undersøke hvordan samarbeid for barn og unge i feltet psykisk helse blir omtalt i en sentral retningsgivende tekst utarbeidet av Helsedirektoratet: *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*.

Jeg har valgt dekonstruksjon som hovedtilnærming, både teoretisk og metodisk. Jeg har hatt til hensikt med denne tilnærmingen og ved hjelp av noen diskursiver innganger, å se etter hvordan samarbeidet blir skrevet frem, og hvordan dette får konsekvenser for posisjonene som er tilgjengelige for de involverte. Noe i samarbeidet er fraværende, noe er tilstede. I min analyse synes det at veilederen er preget av to motstridende diskurser: den demokratiske og den medisinske, som også preger feltet psykisk helse for øvrig. Analysen viser hvordan disse diskursene posisjonerer barn, familier og behandlere i samarbeidsøyemed.

## **Abstract**

This thesis is about the collaboration between therapist and patient in the mental health of children and adolescents. Mental health field has been and continues to be characterized by two tendencies in contemporary Norway. One focuses on democratization and increased patient participation, the other focuses on efficiency, quality and research-based foundation when it comes to providing health care.

Working together for children, young people, their families and clinicians, from a social constructionist perspective, is something that is constructed and reproduced in the social interaction between the participants and through the existing practices that institutions are characterized by. Children and young patients are in a particularly vulnerable position, since they are dependent on their environment, particularly their parents. I have in this paper chosen to examine how cooperation for children and young people in the mental health field are featured in a central normative text prepared by the Directorate of Health: Guidelines for outpatient mental health care for children and adolescents.

I opted for deconstruction as main approach, both theoretically and methodologically. With this approach and using discourse entrances, I have had the intention to look for how collaboration has been expressed, and how this will impact the positions that are available to those involved. Something in the cooperation is absent and something is present. In my analysis it seems that the supervisor is characterized by two contradictory discourses: the democratic and the medical that also characterizes mental health field otherwise. The analysis shows how these discourses position children, families and clinicians.

## Forord

Dette Masterstudiet har vært en spennende reise gjennom fire år. Det har bidratt til at jeg ser på både nåværende og tidligere erfaringer med barn og familier jeg har møtt i mitt daglige arbeid, med litt andre briller og perspektiver.

Denne reisen har åpnet noen dører: å se og bevisstgjøre meg for nye aspekter og dimensjoner i møte med barn og familier. Innsikt i hvordan språket vi benytter oss av kan være en døråpner i kommunikasjon eller en barriere, og hvordan vi konstruerer og reproducerer våre sosiale samhandlinger har jeg blitt spesielt opptatt av i dette studiet, og det gjenspeiler seg i denne oppgaven. Jeg har ønsket å se nærmere på hvordan språket kan være med på å styre vår praksis og vårt samarbeid med barn og familier.

Jeg har opplevd flere inspirerende forelesere gjennom disse årene, blant disse vil jeg spesielt nevne professor Eivind Engebretsen som har inspirert og engasjert meg i valg av denne typen undersøkelse. Jeg vil takke Lise Cecilie Kleppe, som med sin fagkompetanse på området, har veiledet meg gjennom skrivingen av denne oppgaven.

Jeg vil også takke venner som har støttet meg på ulikt vis i denne prosessen. En spesiell takk vil jeg rette til min datter Vera som har oppmuntret meg underveis og holdt ut lenge med en studentmamma.

Språket er sentralt i denne oppgaven, dets formidlingskunst og dets makt. Jeg, som har italiensk som morsmål, har underveis i skrivingen, selv fått kjenne betydningen av å ikke beherske språkets kunst i sin fulle bredde.

Oslo, mai 2012  
Franca Armata

## INNHold

Sammendrag

Abstract

Forord

Innhold

<b>1. Innledning.....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling .....	1
1.2 Samarbeid og psykisk helse .....	2
1.3 Problemstilling, struktur og avgrensning .....	4
<b>2. Samfunnsutvikling .....</b>	<b>5</b>
2.1 Synet på barn .....	5
2.2 Den medisinske diskursen.....	5
2.3 Den demokratiske diskursen.....	7
2.4 Evidensdebatten .....	8
2.5 Forskningsmiljøer og samarbeid.....	9
2.6 Rettslige rammer knyttet til samarbeid i behandlingsprosessen .....	10
<b>3. Aktuell forskning relatert til feltet psykisk helsearbeid .....</b>	<b>10</b>
<b>4. Teoretisk perspektiv.....</b>	<b>13</b>
4.1 Teoretiske perspektiver på feltet og samarbeid .....	13
4.2 Teoretisk og metodisk tilnærming .....	14
4.2.1 Dekonstruksjon.....	15
4.2.2 Diskurs.....	15
<b>5. Metodisk tilnærming og operasjonalisering.....</b>	<b>16</b>
5.1 Innholdsanalyse .....	16
5.2 Retorikk, forfatter, modelleser .....	17
5.3 Talehandlingsteori .....	18
5.4 Dekonstruksjon .....	18
5.5 Utelukkelsesprosedyrer og uttynningsprinsippet .....	19
<b>6. Presentasjon av materialet. Valg og bakgrunn.....</b>	<b>20</b>
6.1 Offentlige dokumenter som utgjør veilederens bakgrunn .....	20
6.2 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge.....	21
<b>7. Analyse .....</b>	<b>24</b>
7.1 Første analysetrinn. Autorisering av budskap og modelleser.....	25
7.1.1 Hvordan teksten autoriserer budskapet.....	25
7.1.2 Modelleser .....	27
7.2 Andre analysetrinn. Dekonstruksjon. Samarbeid: demokratisk prinsipp og brist..	28
7.2.1 Det demokratiske prinsippet i samarbeid. Intensjoner og juridiske rammer .....	29
7.2.2 Det demokratiske prinsippet i samarbeid. Fasene i behandlingsprosessen .....	32
7.3 Tredje analysetrinn. Samarbeid, kvalitet og kunnskap .....	39
7.3.1 Den demokratiske diskursen og kunnskap.....	40
7.3.2 Brist i den demokratiske diskursen, kvalitet og kunnskap .....	42
<b>8. Tolking av resultater .....</b>	<b>46</b>
<b>9. Refleksjoner på metoden.....</b>	<b>49</b>
<b>10. Oppsummering og videre refleksjoner .....</b>	<b>52</b>
<b>Litteraturliste.....</b>	<b>55</b>
<b>Vedlegg: Tabell, tekst</b>	

# 1. Innledning

## 1.1 Bakgrunn for valg av problemstilling

Denne masteroppgaven handler om samarbeid innenfor psykisk helsearbeid for barn og unge. Jeg har i mange år vært opptatt av både tverrfaglig samarbeid (mellom ulike fagpersoner) og terapeutisk samarbeid (mellom terapeut og pasient) i dette feltet. Gjennom mitt arbeid med barn og familier i en barneavdeling for psykisk helse, har jeg erfart behovet for tverrfaglig samarbeid, men også erfart diskrepansen mellom kjennskapen til denne muligheten og vansker med å få det gjennomført i praksis. Jeg opplever pr. i dag to tendenser på min arbeidsplass. Den ene er et ønske og intensjoner om å bidra til at barn og familier i større grad blir inkludert i planleggingen og utformingen av behandlingen. Den andre tendensen handler om å følge standardiserte utrednings- og behandlingsopplegg for å sikre empirisk og faglig forankring. Jeg erfarer at disse to tendensene ikke alltid så lett lar seg kombinere.

Tidligere har jeg skrevet en prosjektoppgave om samarbeid i forbindelse med min kliniske tverrfaglige videreutdanning i psykisk helsearbeid, med fokus på tverrfaglig praksis i ulike avdelinger for barn og unge innenfor psykisk helsearbeid. I denne masteroppgaven i familiebehandling er jeg fortsatt opptatt av samarbeid men jeg vil her begrense mitt fokus til samarbeid mellom terapeut og pasient på individnivå. Dermed blir verken tverrfaglig eller tverretattlig samarbeid inkludert. Når jeg i denne oppgaven skal se på samarbeid mellom terapeut og pasient er det ikke hvordan samarbeidet foregår i praksis jeg er opptatt av, men hvordan samarbeid forstås og skrives frem i en sentral retningsgivende tekst for feltet. Det jeg nå er opptatt av er å se hva teksten tilbyr av muligheter når det gjelder samarbeid, hva som vektlegges og gjøres relevant.

Det har i de siste årene vært avdekket store mangler når det gjelder psykiske helsetjenester for hele befolkning og også for barn og unge i Norge. I 1997 ble det utarbeidet en Stortingsmelding: "*Åpenhet og helhet*" (1996-97), også kalt "Psykiatrimeldingen". Denne slo fast at psykisk helsevern hadde store mangler og at det var behov for en omfattende styrking og omstrukturering av tjenestetilbudene. Sentrale mangler i behandlingen handlet blant annet om samarbeid både på individ- og systemnivå, og en altfor begrenset brukermedvirkning. Ti år etter Psykiatrimeldingen viser Riksrevisjonens undersøkelse (Dokument nr. 3:7, 2006-2007), at lite er skjedd og svakheter ved behandlingstilbudet til barn og unge ble påpekt. Blant annet beskrives arbeidet med kvalitetssikring som utilstrekkelig, samarbeids- og planverktøy

brukes i liten grad og individuell plan, utrednings- og behandlingsplan er nærmest fraværende (s.6, ibid). I kjølvannet av dette, fulgte det en rekke videre utredninger, opptrappingsplaner, strategiplaner og forslag om tiltak. Disse vil jeg nevne i oppgaven i forbindelse med presentasjonen og bakgrunnen av materialet.

## **1.2 Samarbeid og psykisk helse**

Samarbeid og samhandling er begreper som i forbindelse med brukermedvirkning har vært og fortsatt er mye omtalt, og som i sin tur knyttes til rettigheter og kvalitet forbundet med helse- og sosialtjenester. Vektleggingen av økt medvirkning har funnet sted ikke bare innenfor feltet psykisk helse, men innenfor alle former for behandling i helsevesenet og i sosialtjenesten. Dette kan forstås som en tendens i retning av demokratisering av disse institusjoner hvor den enkelte borger skal sees som en jevnbyrdig deltaker og ha innflytelse i møte med hjelpeapparatet. Denne tendensen har vært fremhevet og understreket blant annet i ”Opptrappingsplanen” (St. Prp. Nr. 63, 1997-98) som skulle legge opp til styrking av alle ledd i behandlingsskjeden. Målet var å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet skulle være i fokus:

***”Utgangspunktet er at mennesker kan og vil være aktive deltakere i samfunnet, som borgere, ikke bare som kunder og klienter” ...”Brukerne skal ha mulighet til å utøve innflytelse over sin egen behandlingssituasjon og delta på et mer overordnet nivå ved utformingen av tjenestetilbudene”...(s.6 ibid).***

Det er økt oppmerksomhet på demokratiske avgjørelser og innflytelse for borgerne. Vi kan kalle disse samfunnsmessige strømningene for en demokratisk diskurs som får betydning for hvordan psykisk helsearbeid for barn og unge skal utføres. Førsteamanuensis Sissel Seim påpeker i sine studier på området at brukermedvirkning kan være et motsetningsfylt ideal. Hun viser til motstridende interesser mellom brukermedvirkning og profesjonsinteresser og hun stiller spørsmål om hvordan en kan legge til rette slik at brukermedvirkningen blir reell på et felt der maktbalansen er skjev (Seim, 2004, 2007).

Men hva menes da med samarbeid innen behandling av psykiske lidelser? Hvem er berørt og på hvilken måte? I følge Bokmålsordboka defineres samarbeid slik: ”norr.: *Sam*” brukt for å betegne ensartethet, identitet, felleskap. Samarbeid: det å arbeide i felleskap”. Fellesskap kan bety det å ha et felles mål. Og det å arbeide sammen, tenker jeg, innebærer muligheter for



dette. Hvilke muligheter som inngår i samarbeidet er et spørsmål som mange stiller seg. Et viktig spørsmål i denne sammenhengen er hvilken plass får brukermedvirkning.

Professor Hanne Haavind (2000:7) understreker nytten i å ta i bruk et analytisk begrep som et hjelpemiddel for å søke meningsinnhold i det man skal betrakte. Jeg vil her definere samarbeid som begrep ved å avgrense og definere meningsinnholdet. Samarbeid vil jeg dermed definere slik: samarbeid mellom behandlere og brukere/pasienter (barn og familier) i en psykisk helsekontekst. Begrepet diskurs vil jeg gjøre rede for senere i oppgaven og vil jeg her kort definere som meninger og holdninger knyttet til samarbeid innen feltet psykisk helse.

Til tross for et stort fokus på samarbeid og ønske om å bedre dette innenfor psykisk helse for barn og unge de siste årene, synes dette fortsatt vanskelig å få til i praksis. Men hvorfor er det så vanskelig? Jeg tenker at intensjoner og handlinger ikke nødvendigvis alltid sammenfaller, ulike forståelser og diskurser kan bidra til at det blir vanskelig å samarbeide i tråd med intensjonene. Derfor vil det være interessant å undersøke hvordan samarbeid italesettes<sup>1</sup> i en sentral tekst for barn og unge i psykisk helsearbeid og på denne måten bidra til å konstruere feltet, forståelser og diskurser. En slik tekst utgjør på denne måten en viktig meningsramme for de ulike aktørene og som i neste omgang får betydning for det arbeidet som utføres. Det er ikke sammenhengen mellom intensjoner og handlinger jeg er opptatt av, men heller hvordan intensjoner, motsetninger og brudd i argumentasjonen skrives frem i sammenheng med samarbeid.

Til grunn for å velge en slik tilnærming i oppgaven, ligger en forståelse av virkeligheten som sosialt konstruert gjennom sosial handling, språk og kultur. Dette perspektivet kalles for sosialkonstruktivisme og er en av retningene innenfor postmodernismen. Med dette som forståelsesramme ser jeg ytringene i teksten som relateres til samarbeid som en viktig kilde til innsikt (Jørgensen og Philips, 1999). Derfor ønsker jeg å se nærmere på *hvordan* samarbeid blir omtalt, italesatt og forstått i tekster som har betydning både for behandler og bruker/pasient i psykisk helsearbeid for barn og unge. Både intensjoner og teoretisk forståelse knyttet til begrepet samarbeid, kan få konsekvenser for praksis når dette blir uttalt i tekster som er sentrale i sitt felt.

---

<sup>1</sup> Italesettelse viser til en performativ dimensjon ved språklige fremstillinger. Språklige fremstillinger er ikke bare beskrivelser av aspekter og fenomener, men handlinger med diskursive konsekvenser (Annfelt, 2003 og Berge, 2003)

Det foreligger mye skriftlig materiale knyttet til dette temaet og dette feltet, men et viktig kriterium når jeg skal velge materiale er at teksten er sentral og retningsgivende for de som arbeider i feltet. Jeg har derfor valgt *Veilederen for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*, utarbeidet av Helsedirektoratet i 2008 (IS-1570). De aller fleste barn som trenger hjelp med sin psykiske helse i Norge får dette ved en poliklinikk. Ved en eventuell innleggelse på en dag- eller døgnenhet, skal poliklinikken være henvisende instans, dermed utgjør poliklinikkene den mest sentrale arena for slik behandling her i landet. Slik det blir omtalt i forordet i veilederen, er poliklinikkene hovedpilaren i psykisk helsevern for barn og unge: ”De aller fleste barn og unge som er i behov for tjenester fra psykiske helsevern behandles ved poliklinikkene (BUP)” (ibid: forord).

Jeg vil lese teksten med henblikk på både ***hva*** den sier om samarbeid og ***hvordan*** dette sies. I tillegg vil jeg også se etter hva som utelates og hva som sies implisitt. Jeg vil benytte meg av dekonstruksjon som teoretisk og metodisk tilnærming, ved hjelp av en problemstilling og noen analytiske spørsmål. I den innledende analysen fremkom at kvalitet og kunnskap var sentrale begreper sterkt knyttet til samarbeid og dets felles kunnskapsgrunnlag. Av den grunnen har jeg lagt til spørsmål og åpnet en egen del av analyse om kvalitet og kunnskap.

### ***1.3 Problemstilling, struktur og avgrensning***

Min problemstilling er:

*Hvordan fremstilles samarbeid i behandlingsprosessen i Veileder for poliklinikker for psykisk helsevern for barn og unge?*

Denne problemstillingen vil jeg svare på ved hjelp av noen analytiske spørsmål:

- *Hvordan blir leseren posisjonert i forhold til teksten?*
- *Hvilke diskurs gjør seg gjeldende og hvilke subjektposisjoner er tilgjengelige for behandlere, familier og barn i de forskjellige fasene i behandlingsprosessen?*
- *Hvilke diskurs knyttes til kvalitet og kunnskap, og hvilke konsekvenser får dette for subjektposisjonene?*

Jeg vil begynne med å plassere veilederen i det feltet den inngår i historisk og samfunnsmessig, og med dette vise til vitenskapelige tilnærminger og diskurser som kan relateres til synet på barnet som historisk produkt. Jeg vil videre vise til aktuell forskning som angår psykisk helsearbeid for barn, unge og familier med fokus på samarbeid og brukervedvirkning, men avgrenser dette med relevans til norske forhold. Jeg vil så redegjøre

for valg av teoretisk perspektiv og metode for denne oppgaven. Deretter vil jeg presentere den valgte teksten for analysen. I den første delen av analysen vil jeg se på retorikken i teksten: på hvilken måte budskapet fremstilles og hvilke konsekvenser dette får for leseren. I den andre delen av analysen vil jeg se etter intensjonene uttalte i forhold til samarbeid, og hvordan dette påvirker aktørenes rolle. Videre vil jeg se hvordan intensjonene følges opp i de ulike behandlingsfasene. I den tredje delen vil jeg undersøke nærmere kvalitet og kunnskap siden de får en sentral plass i denne teksten. Funnene vil bli diskutert i et eget kapittel. Jeg vil så ha noen refleksjoner i forhold til den metoden jeg har brukt, i tillegg til å begrunne mine valg underveis i oppgaven. Til slutt vil jeg oppsummere og trekke noen videre refleksjoner.

## **2. Samfunnsutvikling**

### **2.1 Synet på barn**

Den store interessen for samarbeid på dette feltet kan forstås i sammenheng med den generelle samfunnsutviklingen for øvrig. Samfunnsmessige endringer slik som industrialisering og fremveksten av velferdsstaten har gradvis påvirket både synet på barnet og vitenskapelige tilnærminger. Hvilke barnesyn og vitenskapelig tilnærming som er rådende til enhver tid, har relevans i samarbeidet mellom de ulike aktørene.

Psykisk helse for barn og unge er et felt som har andre vilkår enn voksenpsykiatrien. Barnet har en spesiell posisjon innen psykisk helse med tanke på samarbeidsformer, siden barnet har en særegen posisjon i forhold til sine omgivelser. Mot slutten av 18- og i løpet av 1900-tallet har industrialisering og fremveksten av velferdsstaten medført store samfunnsendringer som har gradvis påvirket synet på barnet. Behovet for barnet som arbeidskraft avtok omsider og fremveksten av en offentlig skole for alle barn ble et faktum. Et av de uttalte mål for en slik folkeskole var disiplineringen av barna (Kvelling, 1998 og Stang, 2007). I 1950-årene fikk den kulturelle ideen om barn som selvstendige individer alt sterkere gjennomslag. Marianne Gullestad (1946-2008) betegner denne individualiseringsprosessen som en hegemonisk tenkemåte som bidrar til å gjøre menneskers avhengighet av hverandre mer usynlig (2002 i Ulvik, 2007:25-29).

### **2.2 Den medisinske diskursen**

Én vitenskapelig tilnærming, som ble fremtredende i mellomkrigstiden, var den *logiske positivismen/modernismen*. Denne fikk stor innflytelse innen medisinsk og psykologisk

behandling og var en motvekt til vilkårlige og spekulative teorier innen feltet. Grunnleggende her var å se på forholdet mellom årsak og virkning, rasjonalitet, måling og telling. Sentralt her er et deterministisk syn på mennesket der indre og ytre faktorer, slik som genetiske arveanlegg og påvirkning fra omgivelsene, bestemmer hvem man er (Hårtveit og Jensen, 2004). Professor Per Fugelli (Morgenbladet, 2005) snakker om historien til klassifiseringen av psykiske lidelser. I 1952 laget en komité en klassifikasjonssystem på psykiatriske lidelser, det var da det 59 diagnoser. I 1980 ble psykoanalytikere kastet ut av komiteen til fordel for biologiske orienterte forskere som innførte detaljerte, målbare sykdomskriterier. Diagnosene økte til 224. I dag er det 360 diagnoser og underdiagnoser. Det har pågått og det pågår kontinuerlig en revidering av diagnosene, nye blir satt inn, andre blir tatt bort. I Norge i 1992 ble for eksempel diagnosen homofili fjernet fra klassifikasjonssystemet ICD-10<sup>2</sup>. En psykisk lidelse foreligger når tilstanden/sykdommen tilfredsstillende kriteriene i det internasjonale diagnosesystem ICD 10 som er ratifisert i Norge som Norges diagnosesystem (Statens helsetilsyn, 1996). De psykiatriske diagnoser er tilstandsbilder, de er basert på symptomer og bare noen få har en direkte årsak i beskrivelsen. Behandlingen er medikamentell, psykoterapeutisk eller begge deler (Weisæth og Dalgard, 2000). Målsettingen i klassifikasjonssystemene i psykiatrien er å skille ut grupper av pasienter som har like eller liknende psykiske lidelser for på denne måten å gi riktig behandling, forutsi forløp og eventuelt forebygge (Dahl m. fl., 1994:15).

Ringen og Dahl (2002 og Dahl m.fl., 1994: 53-83) knytter beskrivelsen av flere forståelsesmodeller til ulike profesjoner og tradisjoner. De skriver at den som er særlig utbredt blant leger er den nevrobiologiske modellen som kjennetegnes ved at forstyrrelser i biologiske prosesser i hjernen fører til utviklingen av psykopatologiske<sup>3</sup> forhold. Den psykoterapeutiske modellen ser forhold i barndommen som sentrale for at psykopatologi oppstår og det er modellen som har stått sterkest blant psykologer. Den sosiale modellen ser på ulikheter i sosiale levekår og samfunnsforhold som faktorer for utvikling av psykopatologi og har særlig støtte blant profesjonene med samfunnsvitenskapelig og sosialfaglig bakgrunn. Den læringsteoretiske modellen ser feilaktige innlærte atferds- og tankemønstre som sentrale for utvikling av psykopatologi (ibid). De argumenterer i sin artikkel for at den nevrobiologiske modellen bør være grunnmodellen i psykiatrien. Kolstad (Kolstad, 1998: 96-

---

<sup>2</sup> ICD-10: International Classification Diseases 10. revisjon

<sup>3</sup> <http://snl.no/psykopatologi> (09.05.2013). Psykopatologi (av psyko-, pat- og -logi), læren om sykelige fenomener i sjel livet. Omfatter først og fremst psykiske lidelser Store medisinske leksikon. Ulrik Malt

97) skriver at medisinen har definert seg som naturvitenskap og ser ikke samfunnsvitenskapene som egnet til å forklare medisinske spørsmål, i den biologisk orienterte psykiatrien er det nærmest et tabu å se denne disiplinen i lys av samfunnet. Det som det i dag gjerne refereres til i feltet, er den biopsykososiale modellen. I denne er intensjonen å forholde seg konkret til samspillet i de biologiske, psykologiske og sosiale forhold (Hertz, 2008:107).

### ***2.3 Den demokratiske diskursen***

Postmodernisme er en felles betegnelse på vitenskapelige teorier om kultur og samfunn som vektlegger en forståelse av virkeligheten som sosialt konstruert gjennom sosial handling, språk og kultur (Jørgensen og Philips, 1999). Den vokste frem blant annet i kjølvannet av ulike bevegelser. Kvinne- og homobevegelser på 1960- og 70-tallet bidro sterkt til å sette barn og kvinner i fokus, både politisk, kulturelt og forskningsmessig (Stang, 2007:60). Ligestilling og demokrati var drivkraft, prinsippene og diskurser knyttet til disse bevegelser. Nye teoretiske retninger hadde fokus på hvordan psykisk sykdom og familiesamliv gjensidig påvirket hverandre. Spesielt ble sosialantropologen Gregory Bateson (1972) og gruppen omkring ham store inspirasjonskilder (Watzlawick, 1967). Det var i denne perioden den systemiske familieterapien vokser frem. Denne tok avstand fra tradisjonell psykoterapi med sin patologitenkning, individuelle diagnostikk og den objektive terapeuten ved å søke etter en mer helhetlig og kontekstavhengig tilnærming til eventuelle vansker hos barnet (Solem m.fl. 2008:89). Parallelt med dette vokste det på 1960- og 70 tallet blant annet frem en antipsykiatribevegelse i Europa med Ronald Laing som en av de fremste representanter. Denne, støttet seg til Foucaults historiske forståelse av galskap som historisk konstruert og tok avstand fra objektiveringen av mennesket (Laing, 1973 og 1974).

Postmodernismen retter et kritisk blikk på og diskuterer modernismens verdensbildet og synet på objektivitet, sannhet og fornuft. Her forstås ikke mennesker som determinert, men som subjekter som konstruerer meninger seg i mellom (Kvaran, 2010). En vitenskapelig tilnærming som utviklet seg parallelt fra 1800-tallet, i språkteori og litteraturvitenskap, videre til i dag er hermeneutikken. Denne vektlegger menneskenes mening, hensyn og intensjoner. Subjektets forforståelse ligger til grunn for fortolkningen. Hermeneutikken er kritisk til at det er mulig å betrakte mennesket objektivt (Hårtveit og Jensen, 2004). Den medisinske og den demokratiske diskursen preger fortsatt feltet på ulike måter og noen stiller spørsmål om i hvilken grad de kan forenes med hverandre. Evidensdebatten, som blant annet preger dagens

fagfeltet for psykisk helse for barn og unge, kan forstås i lys av motsetningene mellom de to diskursene.

## **2.4 Evidensdebatten**

Professor Tor-Johan Ekeland (2004) skriver at evidensbasert praksis er et konsept som oppsto i medisinen (evidensbasert medisin: EBM) og handlet om hvordan en bestemt form for kunnskap kunne implementeres i praksis. Det tok ikke lang tid før konseptet spredde seg til hele helse- og sosialfelt som ønsket å høyne sin vitenskapelige status. Målsettingen i EBM er å knytte både forskning og praksis tettere sammen og utvikle metoder for dokumentasjon av handlingseffekt (ibid: 29).

I en artikkel i tidsskriftet *Den norske legeforening* problematiserer Ted Reichborn-Kjennerud og Erik Falkum (Willig, 2008) psykiatriens særstilling blant andre medisinske fag fordi den ikke bare omhandler rent fysiske eller biologiske forhold, men i stor grad handler om det mentale og meningsbærende fenomener. To vitenskapelige perspektiver er fremhevet: det nomotetiske og det idiografiske. I det første er det årsaksforklaring som benyttes og legges til grunn for forklaring av universelle lovmessigheter. I det andre er det mening og intensjoner man ser etter for å forklare det unike, individuelle aspekt ved virkeligheten (ibid: 74, 87-88). De hevder at evidensbasert medisin er kommet sterkere inn som krav fra det offentlige som forlanger at fag og profesjoner skal kunne begrunne sin forståelse med henvisning til årsak og behandlingmessige sammenhenger. Dette vanskeliggjør en avbalansering mellom de to perspektivene, noe som i seg selv er en utfordring (Den norske legeforening, vol.120, nr.10/2000).

Den amerikanske psykologforening er en stor pådriver når det gjelder å dokumentere effekten av psykologisk behandling. I 1995 ble det utgitt en rapport (ibid: 200 i Division 12, Task Force) som inneholdt en liste over empirisk validerte terapiformer. Graden av vitenskapelig evidens skilte de «vel etablerte behandlinger» og «sannsynligvis effektive behandlinger». Flere behandlingsmetoder som er mye brukt i Norge, blant annet systemisk familieterapi, psykoanalyse, gruppeanalyse og flere psykodynamiske tilnærminger blir kalt for ”eksperimentelle” terapiformer (ibid i Svartberg, 1991). Feltet psykisk helse har i mange år vært preget av og er fortsatt preget av disse to motstridende diskurser.

## **2.5 Forskningsmiljøer og samarbeid**

Samfunnsinteressen for økt samarbeid og brukervedvirkning i feltet gjenspeiles i dagens forskningsmiljøer. Forskningen i dagens Norge innen psykisk helse for barn og unge er spredd blant mange miljøer: Norges forskningsråd, universiteter og høyskoler, regionsentre for barn og unges psykiske helse og helseforetak. Vi har også forskningsinstitutter som NOVA<sup>4</sup> og flere kompetansesentre som har spesielle avgrensede oppgaver med fokus på samarbeid og brukervedvirkning som i den senere tid har blitt etablert. Jeg vil nevne noen av disse.

Forskningsgruppen Høgskole- og universitetssosialkontor (HUSK) ble etablert i 2006, og er i dag en stor satsning med en rekke mindre prosjekter i samarbeid mellom forskere, utdanninger, brukere og praksisfelt. Spesielt for dette prosjektet er at brukere er aktivt trukket inn som deltagere i prosjektet, og at det er et nært samarbeid med brukerorganisasjoner. Førsteamanuensis Tor Slettebø har vært med å opprette HUSK der intensjonene blant annet var å fremme strukturer og arenaer for forpliktende og likeverdig samarbeid mellom sosiale tjenester, forskning, utdanning og brukere.

Nasjonalt kompetansesenter for psykisk helsearbeid (NAPHA) ble etablert i 2009 etter oppdrag fra Helsedirektoratet og består av fire miljøer: Høgskolen i Sør-Trøndelag (HiST), SINTEF<sup>5</sup> helse, NTNU<sup>6</sup> og Regionalt kompetansesenter for brukerstyring og tjenesteutvikling (KBT). Senterets oppgave er å samle, sortere og formidle kunnskap gjennom å etablere flere læringsarenaer og prosjekter. I 2006 fikk Sosial- og helsedirektoratet etablert Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse, som et prosjekt, som i 2008 ble permanent. Dette er et ressursenter for kunnskap om bruker- og pårørende som skal bidra til kunnskapsbasert forbedring i tjenesteapparatet. Mental Helse er en av flere sosialpolitiske interesseorganisasjoner som jobber for at alle skal ha en best mulig psykisk helse. Psykisk helsearbeid for barn og unge utøves i et felt preget av to diskurser som definerer feltet og behandlingen på ulike måter. Når det gjelder samarbeid, med tanke på målsettingen og fokus på brukernes økte medvirkning, synes det at den aktuelle pågående forskning i Norge, i stor grad er preget i retning av den demokratiserende diskursen. Samtidig foregår mye forskning internasjonalt men også i Norge knyttet til effekt av behandling, som har fokus i evidensbaserte kunnskap.

---

<sup>4</sup> NOVA: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring

<sup>5</sup> SINTEF er en skandinavisk forskningskonsern

<sup>6</sup> NTNU: Norges teknisk-naturvitenskapelige universitetet i Trondheim

## **2.6 Rettslige rammer knyttet til samarbeid i behandlingsprosessen**

Det har vært en omfattende revidering av lovene som omhandler psykisk helsevern og pasientrettigheter generelt. Brukermedvirkning som et prinsipp og som gjeldende i pasientsamarbeid er også nedfelt juridisk og rettighetsfestet. Vi finner dette i flere sentrale lover, blant annet i spesialisthelsetjenesteloven, psykisk helsevernloven, helsepersonelloven og pasientrettighetsloven. Særlig pasientrettighetsloven er sentral og den er også blitt styrket ved lovendring i 2006 med flere rettighetsbestemmelser for pasienten. Gjennomgående i alle nevnte lover er at pasientenes rett til medvirkning i egen behandling er forankret og styrket.

Også barnets stilling, i dets rett til egen medvirkning er blitt ettertrykkelig styrket.

Pasientrettighetsloven behandler eksplisitt barns rett til medvirkning og informasjon. Disse bestemmelsene må tolkes i lys av reglene i barnelovens kapittel 5 om foreldreansvar og om barns rett til med- og selvbestemmelse (Syse, 2004). Det vil si at barns rett til medvirkning og informasjon skal gjenspeiles med de øvrige lovene som omhandler barn. FNs barnekonvensjon ble gitt status som norsk lov i 2003, og samtidig ble barns rett til å bli hørt og deres rett til medbestemmelse styrket ytterligere. Det er eksplisitt uttalt i pasientrettighetsloven at både barnet og foreldre skal ha rett til medvirkning når det gjelder behandlingen (ibid).

## **3. Aktuell forskning relatert til feltet psykisk helsearbeid**

Innen nyere nevropsykologisk forskning påvises at nevrologiske mønstre i hjernen er styrende for hvordan barnet fungerer og at det igjen påvirker mønstre i barnets hjerne. Disse mønstrene er også et resultat av de erfaringer barnet gjør. Hjernen er dynamisk, plastisk og formbar (Johnsen, 2007). Nyere spedbarnsforskning understreker endringspotensialet hos barn i nevrologisk forstand, at nye nevrologiske spor dannes; og i psykologisk forstand, ved muligheter for utvikling av selvet (Stern, 1985, 2007). Selv om barnet tilfredsstiller krav om en diagnose, som til og med forutsetter en viss organisk sårbarhet (eksempelvis en diagnose i utviklingsforstyrrelsesspektrum<sup>7</sup>), betyr ikke dette i seg selv at det dreier seg om en tilstand som behøver å forbli uendret over tid. Samtidig er det andre områder i hjernen som kan aktiveres, utvikles og som kan kompensere for de eventuelle mindre fungerende deler.

---

<sup>7</sup> Ved utviklingsforstyrrelser finnes det sannsynlighetsholdepunkter for at genetiske faktorer spiller en viktig rolle i etiologien for mange (men ikke alle) tilfeller (Statens helsetilsyn, 2000:230-231)



Barne- og ungdomspsykiater Søren Hertz (2010) skriver at diagnoser har fått karakter av å være tilsynelatende objektive størrelser, som gir belegg også for en langtidsprognose. Han sier videre at ”ekspertene” må gjøre en ekstra innsats for å forholde seg til en kompleks virkelighet. Hertz støtter seg til nyere forskning om utviklingspsykologi og snakker om tro og tillit til uante utviklingsmuligheter, en erkjennelse av at helheten er større enn summen av de enkelte deler og at alle mennesker konstruere seg selv i samspill med omgivelser.

Lambert (1992) forsket på behandling innenfor psykisk helse og hvilke faktorer som er virksomme hva gjelder effekten av terapien. Resultatene fra hans forskning ble bekreftet 10 år senere (Fjeldstad, 2008). Forskerne fant ut at metoder og teknikker utgjør 15 % av faktorene, pasientenes egne bidrag utenfor terapirommet utgjør 40 % av faktorene mens kvaliteten på relasjonen utgjør 30 % og håp, forventninger og tro på at behandlingen virker 15 %. Disse resultatene, som synliggjør effekten av fellesfaktorene, understreker betydningen av brukermedvirkning på individnivå. Som ”fellesfaktorer” menes her faktorer behandleren og pasienten deler i felleskap og som konstrueres i samarbeidet mellom dem. Fellesfaktorer som blir nevnt av Fjeldstad (ibid) er: gjensidig respekt, kvalitet på relasjonen, fokus på pasientens ressurser og kompetanse samt informasjon. På denne måten settes pasienten i stand til å ta egnede avgjørelser om egen situasjon.

Det foreligger flere studier om brukermedvirkning innenfor det sosiale tjenesteapparatet i Norge, men liten grad av systematisk dokumentasjon om omfang og innhold i samarbeidet mellom pasient og behandler på individnivå innen psykisk helse for barn og unge (Shdir<sup>8</sup>, 2006, IS-1315). Jeg vil nevne her noen eksempler, men de er ikke uttømmende for området. En kvalitativ undersøkelse (Helgesen, 2004:136) om brukerinvolvering i psykisk helsearbeid ble utført i sju kommuner; bare en av kommunene var godt i gang med individuelle planer. Brukerinvolvering på ikke-organisert nivå var i stor grad overlatt til den individuelle tjenesteyter. Resultatene fra en undersøkelse (Sverdrup m.fl., NIBR- rapport, 2005:6) som baserer seg på dybdeintervju av voksne, ungdommer og pårørende til begge grupper, viste blant annet at de voksne brukerne ved poliklinikker<sup>9</sup> ble gitt liten eller ingen mulighet til medvirkning i egen behandling, at de ikke hadde fått tilbud om individuell plan og at mange opplevde det belastende å måtte koordinere tjenestene sine selv. Det var svært lite informasjon både til og fra pårørende, og pårørende opplevde seg lite verdsatt. De ble ikke

---

<sup>8</sup> Shdir: Sosial- og helsedirektoratet

<sup>9</sup> Her menes det poliklinikker for voksne, Distriktpsikiatriske sentre (DPS)

brukt som en ressurs for brukeren og fikk ingen hjelp til å takle pårønderollen.

Ungdommene og deres pårørende som var brukere av BUP<sup>10</sup> var derimot i stor grad fornøyd. De ga BUP ros for å gi god informasjon, at de blir lyttet til og for å oppnå en tillitsfull relasjon mellom behandler og ungdommen.

Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenester (2008) utførte i 2006 en undersøkelse, for å få frem foresattes vurderinger av poliklinikkene for barn og unge. Dette ble gjort ved bruk av tilsendte spørreskjemaer. De foresatte rapporterer om gode erfaringer med poliklinikker. Best tilbakemelding får behandlerne, mens informasjon og medbestemmelse får dårligst tilbakemelding. På alle hovedområder var det stor spredning i resultat mellom de ulike poliklinikkene med størst spredning på informasjon og medbestemmelse. Siden resultatene varierer stort kan dette tyde på at poliklinikkene opererer svært ulikt. Riksrevisjonens undersøkelse var basert på dokumentasjon i journaler og avdekket på denne måten store mangler når det gjaldt kvalitetssikring, bruk av samarbeids- og planverktøy slik som utredningsplaner, behandlingsplaner og individuelle planer (Dokument nr.3, 2007).

Helle Wessel Andersson (2009, SINTEF, Rapport 2/09: 13-16) har på oppdrag av SINTEF, gjort en undersøkelse hvor brukernes medvirkning og innflytelse var et av temaene. Undersøkelsen var en anonym elektronisk tverrsnittregistrering av pasienter som mottok tiltak fra en poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge. Blant funnene var at det i tre av fire saker ble det brukt ressurser på å informere foresatte om behandlingsopplegget, mens det i noe mindre grad ble brukt ressurser på å gi tilsvarende informasjon til pasienten. Overfor 30 % av pasientene hadde man i liten eller noen grad lagt til rette for å involvere både foresatte og pasient i behandlingsopplegget (ibid). De nevnte undersøkelser gir indikasjoner på at samarbeidet med og involveringen av **både** barn og pårørende, i en poliklinikk for psykisk helse, byr på utfordringer, og at det er behov for flere undersøkelser i denne forbindelse. Siden kunnskap og hvordan denne fremstilles i forbindelse med samarbeid også er gjenstand for min undersøkelse, vil jeg nevne en undersøkelse om kunnskapsbegrepet anvendt i en arbeidsbok for sykepleiere. Denne undersøkelsen (Heggen og Engebretsen, 2009) har dekonstruksjon som teoretisk og analytisk grunnlag, og viser hvordan italesettelsen om forståelsen av kunnskap om samarbeid på en bestemt måte får konsekvenser for forståelsen av og utøvelsen av yrket. Nå vil jeg redegjøre for det teoretiske perspektivet.

---

<sup>10</sup> BUP: Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk

## 4. Teoretisk perspektiv

### 4.1 Teoretiske perspektiver på feltet og samarbeid

#### *Samarbeidsforhold*

Vifladt og Egon (2004) definerer hvilke aktører som inngår i et samarbeid innenfor helsemessige oppgaver generelt slik: ”Det er tre roller som gjensidig påvirker hverandre: pasientrollen, pårønderrollen, behandlerrollen”. Aktørene som inngår i samarbeidet vil være ulikt posisjonert og ulike meninger vil være tilknyttet dette. Barn og unge med deres pårørende er hjelpetrengende, mens behandlerne derimot skal kunne yte hjelp. For de hjelpetrengende vil det være et personlig, privat og for mange sårbart anliggende. Psykisk helse er noe som på flere måter influerer ens liv, og kan påvirke identiteten kraftig. For behandlere vil det ikke være så personlig; ”problemet” ligger utenfor en selv. Relasjonene i samarbeid har utgangspunkt i ulike posisjoner og et asymmetrisk maktforhold.

I et samarbeidsforum er barnet og ungdommen først og fremst prisgitt sine foreldre. Det foreldre sitter med av ressurser, vansker, kompetanse, og annet vil spille en viktig rolle. Også juridisk sett skal hjelperen forholde seg til de pårørende på en helt annen måte fordi barna ikke er myndige. Dersom denne skjevheten i et samarbeidsforhold er synlig og uttalt, vil dette kunne åpne opp for muligheter for å motvirke og minske det. Blir mulighetene og eventuelt begrensninger beskrevet og i så fall hvordan, i en viktig tekst der samarbeidet er ment å være sentralt i behandlingen av barn og unge? Flere, som har vært opptatt av innholdet i hjelperelasjoner, mener at for å skape en motvekt i denne typen relasjonen bør de som er i posisjon som profesjonelle hjelpere, anstrenge seg spesielt og strebe etter å gi brukermedvirkning plass. Ingerid Aamodt (2006:318) referer til Sunniva Ørstaviks (1996) forståelse av brukerperspektiv:

*”Forholdene mellom partene i hjelperelasjonen bør endres ved at hjelperen gir slipp på mye av sin makt og er varsomme med å bestemme hjelpens form og innhold. Pasienten eller klienten forventes å ta aktiv del i problemformulering og utforming av hjelpetilbud. De skal være aktive brukere framfor passive mottakere”.*  
(Ørstavik, 1996 i Aamodt, 2006:318)

Hva legges til grunn i utformingen av hjelpetilbudet og i behandlingsprosessen? Innenfor psykisk helse finnes ulike måter å forstå en virkeligheten på og ulike typer kunnskap,

tilnærminger og metoder som kan tas i bruk. Aamodt (2006, s.320) skriver at det feltet og de faglige trendene som er med på å styre behandlingen, ikke kan løsrives fra kunnskapssynet vi er omgitt av og de handlinger som utøves. Det kan være interessant å se hvilke typer kunnskap som gjøres gjeldende i den valgte teksten.

### ***Samarbeid i et helhets- og familieperspektiv***

For alle mennesker, men spesielt for barn og unge er det viktig å se og forholde seg til helheten i deres liv, fordi de er i et utvikling og avhengighetsforhold til sine omgivelser. Barn og unge er uløselig knyttet til sin kontekst og sine sosiale omgivelser: familie, skole, naboer, sosioøkonomisk status, og familien har en særdeles viktig plass i dette. Inge Bø og Per Morten Schiefloe (Bø og Schiefloe, 2007) understreker viktigheten av å se helheten i barnet. Dette betyr både å se og å forholde seg til barnet i dets omliggende relevante systemer. Familie og skole er sentrale systemer i et barns tilværelse, og i det henseende avgjørende for barns psykiske helse. Sosiale systemer, og delene i et system, påvirker og påvirkes gjensidig av hverandre og av strukturer som helhet (Bø og Schiefloe, 2007:52, 131). Barnas nærmeste relasjoner utspiller seg først og fremst i familien, og indre følelser og eksistensielle forhold blir speilet, bekreftet og anerkjent av dets omsorgspersoner. I denne forståelsen vil familien utgjøre den viktigste arenaen for den psykiske helsen for et barn. Barnas forståelse og formidlingsmuligheter er avhengig og knyttet til deres omsorgspersoner. På grunn av at barn er i utvikling foregår kommunikasjonen ellers på en litt annen måte enn for de voksne. For at barn og unge skal komme til sin rett kreves det en tilrettelegging på dets premisser.

### ***4.2 Teoretisk og metodisk tilnærming***

Slik jeg skrev innledningsvis er den vitenskapelige tilnærmingen min i denne undersøkelsen sosialkonstruktivistisk. Den knyttes til en rekke teorier om kultur og samfunn som har til felles det å kunne se verden som sosial konstruert (Jørgensen, 1999:13). Burr (1995:42 i Haldar, og 1999:13-14, Jørgensen og Philips ) hevder at synet på verden avhenger av vår måte å kategorisere verden på, og at virkeligheten kun er tilgjengelig for oss gjennom våre kategorier. Måten å forstå verden på skapes og reproduseres i sosiale prosesser. Viten og synet på verden er alltid kulturelt og historisk innrammet. Språket, hvordan det blir brukt og hva det knytter seg til, gir teksten dens karakter. Tekster sees i denne sammenheng nettopp som noe som konstruerer og reproduserer virkeligheten (ibid:20-21). I dette perspektivet vil et dokument produsert gjennom velferdsstaten (eksempelvis journal, rundskriv, proposisjoner, veiledere, etc.) få betydning for den enkelte.

### 4.2.1 Dekonstruksjon

Siden dekonstruksjon er det valgte hovedteoretiske grunnlaget for min analyse, vil jeg redegjøre for dette først. Jacques Derrida (1932-2004) var en fransk filosof og elev av Michel Foucault (1926-1984). Derrida bygger videre på Foucaults forståelse av språkets betydning. Ordet får sin mening ved at det er forskjellig fra andre ord. Det er selve forskjellen som settes i spill og danner mening. Derrida selv er ikke interessert i akkurat denne forskjellen men i bevegelsen som utgjør forskjellen. Det han kaller for *différance* avgjør tegnet. Han hevder at all betydning er språklig, at ”*det finnes ingen utenfor tekst*” (Derrida, 1976:158). Derfor kommer all mening til uttrykk i en språklig form, i et spill av forskjellighet, glidninger og utsettelse. Hvert tegn, hvert begrep, innebærer fravær. Noe velges fremfor noe annet. Det som ikke blir uttalt finnes ikke. Forskjeller er ikke entydige størrelser, men ”*Différance*”, på norsk forstått som ”produserte virkninger” (Jegerstedt, 2008:89-91). Tekster produserer alltid et overskudd av betydninger.

Derrida kritiserer den vestlige troen på at det finnes en endelig instans som for eksempel naturlovene, fornuften, Gud, som all betydning skal være styrt av (Jegerstedt, 2008:87). Derrida innfører begrepet dekonstruksjon. Han mener selv at dekonstruksjon verken er en teori eller en metode, men en filosofisk praksis. Den bidrar til å utfordre den vestlige logikken som baserer seg på hierarkiske og binære motsetninger. Dekonstruksjon handler om å løse opp tekstens hierarkisk betydningsstrukturer der én mening fortrenger andre (Johnson, 1980:5 i *ibid*). Dette vil jeg benytte meg av i min analyse av den valgte teksten. Jeg vil vise hvilke meninger som knyttes til samarbeid og eventuelt antyde fravær av noen andre.

Det handler om å åpne opp for flertydighet og etablere alternative tanke-systemer (Derrida 2002, Mekjan 1999:98 i Engebretsen, 2010:199). Gjennom en dekonstruksjon av teksten kan man åpne opp for flertydighet og med dette vise til den fulle sannhetens og forståelighets umulighet. Dekonstruksjon fokuserer ikke bare på tekstens mening, men på hva den *gjør*, altså forholdet mellom tekstens betydning og dens funksjoner. Det er en fortolkning basert på mistenksomhet, ved å se etter tegn på at det eksplisitte formulerte gjør noe annet enn det tilsynelatende uttrykker (Engebretsen 2010 :18-19).

### 4.2.2 Diskurs

I likhet med Derrida problematiserer Foucault det som fremtrer som ”naturlig” i teksten. Foucault beskriver i boken ”*Galskapens historie i fornuftens tidsalder*” ”den store

innesperringen” på midten av 1600-tallet som førte til et skille mellom fornuft og ufornuft. Den gale ble utelukket fra samfunnet, kategorisert og medisineret. Det ble en mulighetsbetingelse for psykiatrien som vitenskap på 1800-tallet. Psykiatri som vitenskap kunne etableres og ble konstruert ved at de gale ble definert som ufornuftige, som ”de andre”. Den store innesperringen var løsningen på et ordensproblem (Schaanning 1993:404-407). Fra 1970-tallet blir Foucault mer og mer opptatt av forholdet mellom *makt* og *kunnskap*. Hans tema blir normalisering og disiplinering gjennom diverse maktmekanismer. Han viser til eksempler der institusjoner, slik som skoler og sykehus, lager nøyaktige regler på hvordan man skal te seg ved å ta i bruk disiplineringmetoder. De nevnte teknikkene påvirker deres individualitet. Man tilegner seg kunnskap om seg selv som blant annet handler om det som er normalt eller ikke normalt. Det moderne subjekt, individualitet og kunnskap er et historisk produkt (Eriksen 1993:409-411).

Foucault har vært med på å innføre og befeste anvendelsen av diskursbegrepet. Ordet diskurs har sin opprinnelse i latin *dis-* og *currere*: ”det å løpe hit og dit” (Bokmålsordboka, 1998). I det Foucault snakker om diskurs, beskriver han denne som ord, utsagn ordnet sammen på en bestemt måte. Diskurs er noe som finnes a priori (forut for) og som det ikke er mulig å la være å tre inn (Foucault, 1999:7-8). Foucault knytter bestemte historiske epoker til bestemte diskurser. Han snakker om én diskurs i en bestemt kontekst der betydninger ordner seg etter den (Jørgensen, 1999:19-21). Diskursen bestemmer hva vi kan snakke om og hva vi ikke kan snakke om i et gitt miljø på et gitt tidspunkt (Schaanning, 1996:60). Diskursen er uløselig knyttet til det samfunnsmessige feltet (ibid:72) ”*diskurs er et sett av utsagn som stammer fra det samme tilblivelsessystem; og det er på denne måte jeg kan snakke om den kliniske diskursen, den økonomiske, den naturhistoriske, den psykiatriske diskursen*” (Foucault 1969:141 i Schaanning 1996:66). Diskursene knyttet til psykisk helse er, i denne forståelse, styrende i forhold til samarbeid. I det følgende vil jeg gjøre rede for hvordan jeg vil operasjonalisere denne teoretiske tilnærmingen i metoden.

## **5. Metodisk tilnærming og operasjonalisering**

### **5.1 Innholdsanalyse**

For å danne meg et inntrykk av teksten som helhet, har jeg latt meg inspirere av innholdsanalysen som kan være nyttig for å finne mønstre i et større materiale. Som ved alle typer tekstanalyser, er det nødvendig å ha kunnskap om den diskurs og de sammenhenger som

teksten skrives ut i fra. Kjennskap til feltet innebærer blant annet kjennskap til de begreper som kan settes i relasjon til det gjeldende tema (Bergström, 2010). Innholdsanalyse består i å tallfeste forekomst og/eller foretelser i en tekst. Innledningsvis i analysen vil jeg identifisere og tallfeste noen begreper som vil kunne ha relevans til problemstillingen. Samtidig er det viktig å påpeke at jeg ikke vil foreta meg en fullstendig innholdsanalyse men benytte meg av deler av denne for å få et inntrykk av teksten som kan gi noen indikasjoner for det videre arbeidet med å svare på min problemstilling.

## **5.2 Retorikk, forfatter, modelleser**

Måten man leser en tekst på, kan gi rom for undringer og refleksjoner eller det kan være slik at teksten er ment for opplæring, forklaringer og direktiver om noe. Hvorvidt det åpnes for refleksjon og ulike måter å tolke teksten på eller ikke, sier noe om hvordan samarbeidet mellom aktørene blir skrevet om i min aktuelle tekst. Måten man leser en tekst på er også avhengig av hvordan teksten fremstår i sin struktur og valg av begreper. Retorikken i en tekst handler om hvordan en tekst åpner eller lukker for ulike forståelser og hvem den adresseres til. Retorikk handler også om å se på hva teksten baserer sin troverdighet på, og om det er rom for å stille spørsmål til ytringen eller ei. På denne måten kan man se om teksten lukker eller åpner opp for ulike forståelser og dimensjonen i samarbeidsforhold. Jeg vil knytte retorikk til dekonstruksjon og diskurs i sammenheng med problemstillingen (Berge, 2003). Retorikken ser jeg også i sammenheng med utelukkelsesprosedyrer og uttynningsprinsippet i diskursen (Foucault, 1999). I likhet med retorikken, handler dette om teksten åpner opp for refleksjoner og flertydighet eller ikke og dermed hvordan samarbeidet skal forstås i lys av diskursen.

Retorikk er en viktig del av kommunikasjonen som ble utviklet av grekerne og romerne i antikken og den handler om forsøket på å overtale mennesker til en bestemt vurdering eller virkelighetsoppfatning. Jeg vil forsøke å identifisere mulige retoriske grep som tas i bruk i teksten. Teksten skal være ordnet slik at den faktiske leseren blir en såkalt modelleser. Tre dimensjoner fremheves: logos, ethos og pathos. Logos appellerer til leserens logikk, ethos appellerer til troverdigheten og autoriteten til forfatteren og teksten, og pathos til følelser (Bergström, 2005:89-90).

En tekst kan operere med ulike teksttyper: beskrivende, fortellende, forklarende, argumenterende (Berge, 2003:35). Den beskrivende teksten er bygget opp av *og-relasjoner* og

over- og underordning, addisjon. I den fortellende er det *temporale-relasjoner*: først skjedde det, så... I den *argumentative* er teksten knyttet til kontraster, *men-relasjoner*: vekten ligger i forskjellene. I den *forklarende* er tekster *implikativer*, eksempelvis: *hvis...så, fordi...* (Gedde-Dahl, 2002 :196). De forståelser som ligger implisitt i teksten blir gjerne kalt for *presupposisjoner* eller *doxa*-forståing (ibid:201), det vil si tause forutsetninger og skjult logikk. Å identifisere hvilken type tekst veilederen er, blir nyttig for å se hvilke mekanismer som inngår for forståelsen av samarbeidet.

### **5.3 Talehandlingsteori**

Professor Kjell Lars Berge (2010:93) har utviklet en talehandlingsteori og viser hvordan den kan benyttes og innlemmes i andre tekstteorier med sosialkonstruktivisme som teoretisk utgangspunkt. En ytring er en kommunikativ handling (ibid:94). Talehandlinger forstått som ytringshandlinger kan sorteres i tre strukturelle mønstre: hierarkisk, lineær og rammestruktur. Det hierarkiske mønsteret viser til det første segmentet (ytringen, setningen), kalt makrohandling som er overordnet den andre (mikrohandling) og den tredje, etc. som er underordnet den første. Leseren skal forstå det som er underordnet i lys av det som er overordnet. Den lineære hendelse viser til at det første segmentet har et innhold som er vanskelig å fylle med et entydig meningsinnhold. Det er det andre segmentet som har en operasjonalisering av den første, det vil si den forklarer konkret hvordan den første skal tolkes. Rammestruktur viser til at mikrohandlingen skal forstås i lys av ytringen i makrohandlingen og som gjør mikrohandlingen relevant. Eksempelvis kan Plan- og Bygningsetaten som etat representere makrohandlingen som gjør de skrevne administrative prosedyrene relevante.

### **5.4 Dekonstruksjon**

Dekonstruksjon handler om å analysere teksten med et kritisk og mistenksomt blikk og se etter både den denotative betydningen og det konnotative innholdet i teksten. Den denotative betydningen viser til bokstavelig kategorisering av ett eller et sett av objekter. Den konnotative viser til den kulturelle ladningen og assosiasjoner ordet og uttrykket er heftet med. I denne forståelsen kan språket trekke inn en logikk som ikke nødvendigvis samsvarer med det uttrykte. Dekonstruksjon sikter til å avsløre språkets skjulte logikk (Engebretsen, 2007:19). Samarbeidet sees i denne sammenheng som en diskursiv konstruksjon (Jørgensen og Phillips, 1999). Dekonstruksjon er en måte å fortolke tekster på som undersøker hvordan tekstene er konstruert, og om de gjør noe annet enn det de sier (ibid).



Derrida hevder at enhver tekst alltid bryter sammen på en eller annen måte og på et eller annet tidspunkt. Jeg vil dermed se etter sammenhenger og brister i teksten. Jeg vil ikke foreta en fullstendig diskursanalyse, men jeg vil benytte meg av diskursanalytiske innganger for å se hvilke og på hvilken måte diskurser som knyttes til samarbeid får konsekvenser for barn og familier. I denne forbindelse vil jeg se etter tekstens uttalte ønsker og intensjoner om samarbeidet og hvordan disse følges opp i teksten. Når jeg skal analysere sammenbrudd i teksten vil ulike analytiske innganger være til hjelp for å se hvordan den aktuelle diskurs setter rolleinnhaverne i samarbeidet i bestemte posisjoner. Foucault snakker om subjektposisjoner, med dette mener han individer og organisasjoner som skapes i diskursen. De diskursivt skapte posisjonene bestemmer subjektets handlingsmuligheter (Bergstrøm, 2005:311-312).

### ***5.5 Utelukkelsesprosedyrer og uttynningsprinsippet***

Foucault antar at i ethvert samfunn blir diskursproduksjonen kontrollert, sortert, organisert og fordelt ved hjelp av prosedyrer. Foucault peker på tre *utelukkelsesprosedyrer*: *forbudet*, *oppdeling mellom fornuft og galskap*, og *oppdelingen mellom sant og falskt*. *Forbudet*: det man ikke kan si eller gjøre i visse sammenhenger; noe er tabu, noe er forbudt. *Oppdelingen mellom fornuft og galskap*: der den gales tale ikke blir hørt og dermed ikke får sirkulere som andre diskurser. *Oppdelingen mellom sant og falskt*: sannhet er historisk innrammet. Før Platon var den seremonielle rammen som konstituerte sannheten, ført av den som hadde rett til det. Etter Platon ble sannhetsbegrepet assosiert med selve utsagnet som skal ha fotfeste i den rådende diskursen. Sannheten forsterkes og videreføres gjennom institusjoner og deres praksis, og øver press på andre diskurser (Foucault 1999:9-13). Dette har relevans i forhold til min problemstilling med tanke på hva som er tillatt i et samarbeid, hva som er fornuftig, hva som er sant/gyldig.

Foucault snakker også om *uttynningsprinsippet* innenfor diskursen og som bidrar til å konsentrere diskursen; noe blir tydeliggjort. Det er snakk om tre interne prosedyrer da det er diskursen selv som utøver kontroll over seg selv. Den første er *Kommentaren*: noe blir synlig og kommentert til en bestemt form, andre deler velges bort (Foucault 1999:15-17). Den andre, som til en viss grad komplementerer det første, er *Forfatterprinsippet*. Dette fremhever forfatteren som autoriteten i teksten og som i kraft av dette setter eventuelle spørsmål om tvil og/eller mangler rundt ”den presenterte sannheten” i skyggen. *Forfatteren* er som garantist for koherens i diskursen (ibid:15-22). En stortingsmelding om samarbeid kan være et eksempel

på en diskurs der kommentaren og forfatterprinsippet er iverksatt. Den tredje, *begrensningsprinsipp* er disiplinene for kontroll av diskursproduksjonen. (ibid:15-22). Hvem har de riktige kvalifikasjonene for å uttale seg i et samarbeid innenfor en psykisk helseinstitusjon? Hva tydeliggjøres og hva marginaliseres i samarbeid innenfor psykisk helse? Jeg vil nå presentere materialet for undersøkelsen og begrunne valget av tekst.

## **6. Presentasjon av materialet. Valg og bakgrunn**

### **6.1 Offentlige dokumenter som utgjør veilederens bakgrunn**

*Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* plasserer seg, som flere andre dokumenter, i en bestemt samfunns- og forskningsutvikling som jeg tidligere nevnte i oppgaven. Denne veilederen knytter seg til og forplikter seg spesifikt til en rekke dokumenter, og St. Meld. 25 (1996-97) ”*Åpenhet og helhet*” (også kalt for Psykiatrimeldingen) ligger til grunn for alle disse. ”*Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*” (St. Prp. nr. 63,1997-98), forsterket av Regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse ”*Sammen om psykisk helse*”(Helsedepartementet, 2003) fulgte opp psykiatrimeldingen og dannet grunnlaget for flere tiltak. Veilederen knytter seg til rapporten utarbeidet av Riksrevisjonen (Dokument nr. 3:7, 2006-2007). Som tidligere nevnt, til tross for at flere retningsgivende dokumenter ble gitt ut og flere tiltak ble foreslått, konkluderte Riksrevisjonen i 2007 med at de store manglene beskrevet i St. Meld. 25 fortsatt var tilstede. Disse nevnes også i veilederen (se kapittel 3). Veilederen ble laget rett i etterkant av, og i forbindelse med en annen veileder: *Veileder om psykisk helse for barn og unge i kommunene* (Shdir, 2007 IS-1405). Begge ble laget som et ledd i nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten.

Veilederen for poliklinikkene knytter seg til og forplikter seg spesifikt videre til et dokument utarbeidet av Sosial- og helsedirektoratet (2005) ”*Og bedre skal det bli! Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005-2015*”. I denne står det uttrykkelig at blant målene med strategien er å sikre at tjenestene skal involvere brukere og gi dem innflytelse. I dette dokumentet blir kvalitet og kunnskap knyttet direkte til brukermedvirkning. Både ut i fra det som er skrevet i føringene til veilederen og i selve veilederen slås det fast at samarbeid i behandlingsøyemed på brukernes og pårørendes premisser skal være et sentralt mål for feltet psykisk helse. Målet legger klare føringer på teksten der kvalitetsbegrepet knyttes tett til brukernes medinnflytelse.

## **6.2 Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge**

Veilederen er utgitt av Helsedirektoratet og består av 88 sider. Hele teksten ligger og er tilgjengelig på helsedirektoratets internettside<sup>11</sup>. Innledningsvis beskrives veilederens bakgrunn, dens opphav og utarbeidelse. Hensikten med veilederen er at den skal være til hjelp for poliklinikkens virksomhet. Samarbeid med brukere og andre instanser er uttrykkelig nevnt: *”Veilederen er ment å bidra til at poliklinikken kan holde fokus på de viktigste arbeidsoppgavene, herunder samarbeid med brukere og andre instanser og hvordan driften kan kvalitetssikres”* (Helsedirektoratet IS-1570, 2008:8). I forordet (s.1, ibid) og i innledningen (s.6-8, ibid) nevnes bakgrunnen for behovet for veilederen nærmere. Blant flere behov nevnes det å styrke involvering av brukere og gi dem innflytelse i samarbeidsfora. Det vises her til flere dokumenter (se kapittel 6.1) som danner grunnlaget for veilederen og som viser til behovet for å styrke samarbeidet.

Berge (2003:28) beskriver tekst som ytringer av spesiell type, de skiller seg ut og står frem: *”Tekster er ytringer som deltakerne i en viss kultur gir en spesielt avgrenset status eller verdi, der det i kulturen er utviklet tekstnormer som avgjør hvilke ytringer som gis tekstverdi, og hvordan slike tekster ordnes”*. Berge (ibid: 29) referer til Engelstad som mener at sosiale institusjoner blir til og opprettholdes gjennom tekster. Institusjoner utøver makt gjennom tekster. Han (ibid: 25-27) skriver om den strukturelle makten, som ikke er å finne i den meningsbærende ytringen, men som må forstås i sammenhenger med de kulturkontekster de er ytret i, i samspill mellom ytringen og de implisitte gjensidighetsforholdene som ligger i selve ytringen. *”Ytringene iscenesetter konteksten”* (ibid: 27 ). Veilederen kan på denne måten forstås som en tekst som ytrer seg i forhold til den konteksten den inngår i: barn og unges psykiske helse.

Veilederen for poliklinikker henviser videre til det juridiske grunnlaget den er innrammet av. Noen juridiske referanser blir nevnt fortløpende og ellers beskrives de i et eget kapittel. I disse lovbestemmelser forankres barna og pårørendes rettighetene til medvirkning i alle faser i behandlingen. Veilederen er et viktig rammedokument for den behandlingen som gis ved alle poliklinikkene i Norge. Den er ment å være retningsgivende i forhold til behandlingssinnhold og -form for barn og unge i behov for psykisk hjelp. Det påpekes innledningsvis at det er

---

<sup>11</sup> [http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder/psykisk\\_helsevern\\_for\\_barn\\_og\\_unge\\_veileder\\_for\\_poliklinikker\\_242924](http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/veileder/psykisk_helsevern_for_barn_og_unge_veileder_for_poliklinikker_242924)

behov for større grad av samarbeid. Det at brukere skal involveres og få innflytelse i samarbeid blir uttalt som et av de viktigste målsettingene som skal være styrende for veilederen. Av disse grunner velger jeg denne teksten som materialet og grunnlag for min empiriske undersøkelse.

Veilederen er på 88 sider og er inndelt i 9 hovedkapitler. Jeg vil se på hele veilederen med tanke på å danne meg et helhetsbilde, men velger også å se på noen deler som særskilt omhandler samarbeidet mellom behandlere og barn og deres familier mer spesifikt. Som tidligere nevnt vil jeg rette oppmerksomheten mot samarbeid på individnivå, mellom brukere, pårørende og behandlere. På grunn av begrensninger i oppgavens omfang vil jeg ikke vie oppmerksomhet til samarbeid på systemnivå, heller ikke på tvers av profesjoner, selv om disse dimensjonene også påvirker samarbeidet på individnivå. Som strukturerende prinsipp i analysen vil jeg benytte meg av fasene i behandlingsforløpet. Kvalitet og kunnskap er begreper som er nevnt flere steder i veilederen og disse kobles uttrykkelig til forståelsen av samarbeidets innhold og fremgangsmåte. Disse er derfor tatt med i analysen som eget punkt.

De deler av veilederen som jeg ser som særlig sentrale i forhold til min problemstilling vil bli analysert i dybden. Forordet og innledning er sentrale deler av enhver tekst fordi de sier noe om hele tekstens innhold, målsetting, intensjoner og rammer. For å øke tilgjengelighet for leseren er forordet, innledningen og noen av de sentrale underkapitler lagt som vedlegg til oppgaven, i tillegg er sentrale sitater som er brukt i analysen, ordnet i en tabell. Jeg vil trekke frem tekstutdrag som jeg synes har størst relevans med min problemstilling. Jeg har ikke som mål å gjøre en fullstendig og uttømmende analyse av veilederen da dette ville være altfor omfattende i forhold til masteroppgavens ramme. Under har jeg valgt å vise veilederens fullstendige innholdsfortegnelsen slik at leseren kan danne seg overblikk over helheten.

## FORORD

1. INNLEDNING: Bakgrunn / Kvalitet i tjenesten / Formål med veilederen / Juridisk grunnlag / Faglige råd / Arbeidsgruppen
2. SAMHANDLING, ANSVAR OG OPPGAVEFORDELING: Anbefalinger
  - 2.1 Sammenhengende tjenester med tjenestemottakeren i sentrum
  - 2.2 Oversikt over opptaksområdet, sammenheng og kontinuitet
  - 2.3 Brukermedvirkning / Brukermedvirkning på individnivå / Brukermedvirkning på systemnivå / Tilrettelegging for barn og unges medvirkning
  - 2.4 Poliklinikkens bidrag til samarbeid med andre faginstanser / Samhandling og oppgavefordeling mellom poliklinikk og kommunale tjenester / Samhandling og oppgavefordeling mellom poliklinikk og den øvrige spesialisthelsetjeneste
  - 2.5 Overganger mellom ulike hjelpeinstanser
3. KJERNEOPPGAVER: Anbefalinger
  - 3.1 Henvisning og inntaksvurdering / - Tilbakemeldinger til henviser og pasient/familie
  - 3.2 Utredning, Selvmordsvurdering / 3.3 Diagnostikk / 3.4 Behandlingsplan
  - 3.5 Behandling / 3.6 Behandlingsavslutning, evaluering og epikrise
  - 3.7 Journaldokumentasjon, Koding og tilstander / 3.8 Øyeblikkelig hjelp-plikt og akutt hjelp
  - 3.9 Ambulant behandling / 3.10 Individuell plan / 3.11 Kontakt med foreldre
  - 3.12 Forebygging og veiledning til kommunene / 3.13 Opplæring av pasienter og pårørende
  - 3.14 Opplæring og utdanning av helsepersonell / 3.15 Forskning og fagutvikling
4. ARBEID MED SÆRSKILTE GRUPPER
  - 4.1 Sped- og småbarns psykiske helse / utfordringer / Anbefalinger
  - 4.2 Ungdom med psykiske lidelser og rusmiddelproblemer / Nødvendig kompetanse / utfordringer / Anbefalinger
  - 4.3 Barn og ungdom i vanskelige livssituasjoner / Flyktninger og asylsøkere, barn i mottak – rett til helsehjelp / - *Personer som er innvilget asyl eller oppholdstillatelse* / - *Personer med asylsøknad til behandling* / - *Personer med endelig avslag* / Nødvendig kompetanse / Særskilte utfordringer / Anbefalinger / Arbeid med barn i familier med etnisk Minoritetsbakgrunn / Barn i barnevern / Anbefalinger / Barn av psykisk psyke og/eller rusmiddelavhengige foreldre / Anbefalinger
5. FAGLIGE RESSURSER OG KOMPETANSE: Anbefalinger
  - 5.1 Kompetanseprofil / Basiskompetanse / Spisskompetanse og særskilte kompetanseområder / Utnyttelse av klinikkens faglige ressurser / Krav til utvikling og vedlikehold av Kompetanse / Internundervisning og veiledning / Arbeidsformer der flere behandlere arbeider sammen / Videre- og etterutdanning / Spesialistutdanning
6. FAGLIG KVALITET I TJENESTEN: Anbefalinger
  - 6.1 Organisasjonskultur med vekt på kvalitet, læring og forbedringsarbeid
  - 6.2 Fokus på resultat av behandling / Kunnskapsbaserte tjenester / Behandlingsresultat / Evaluering av behandlingsforløp / 6.3 Fokus på riktig prioritering / God ressursutnyttelse
  - 6.4 Helhetlig kvalitetssystem, internkontroll og kvalitetsforbedring / Forsvarlige ressurser til internkontroll og kvalitetsutvikling / Kvalitetsutvalg / Utøvelse i tråd med retningslinjer og kunnskapsbasis / Lederens ansvar / Kvalitetssikring av utredning, behandling og avslutning samt av samarbeid med andre instanser / Evaluering av kvalitet på det kliniske arbeidet / Forutsetninger for evaluering / Nasjonale kvalitetsindikatorer / Akkrediterings/sertifiseringssystemer / Kontinuerlig forbedringsarbeid/ 6.5 Dokumentasjon, nasjonalt og lokalt
7. ORGANISERING OG LEDELSE
  - 7.1 Organisering / 7.2 Ledelse og ledelsesutfordringer / Kontoransattes rolle / Rammebetingelsene for utøvelse av lederskap / Skape forståelse og motivasjon for behovet for endring / Leders ansvar for forbedringsarbeid og kvalitetsutvikling
  - 7.3 Medansvar for det samlede behandlingstilbudet
8. RETTSLIGE RAMMER
  - 8.1 Regler om helsetjenestene mv / 8.2 Regler om helsepersonell / 8.3 Pasientrettigheter
  - 8.4 Barns rettigheter / Rett til medvirkning og informasjon / Samtykke / Taushetsplikt / Hva når foreldrene ikke samtykker til helsehjelp som barnet trenger / Aktuelle forskrifter
9. REFERANSER

## 7. Analyse

Inspirert av innholdsanalyse (Bergström, 2010) innledet jeg min lesing av veilederen med å lete etter enkelte begreper som jeg anser som sentrale knyttet til min problemstilling: samarbeid, samhandling, brukermedvirkning. Selv om det ikke er valgt en kvantitativ tilnærming i denne oppgaven, så valgte jeg likevel å telle forekomsten av disse begrepene. Dette fordi det kan være interessant både å se *om* de forekommer i veilederen, men også fordi hvor *ofte* de er nevnt kan gi en indikasjon på tekstens vektlegging av begrepene. ”Samarbeid” er nevnt 99 ganger, ”brukermedvirkning” 10 ganger og ”samhandling” 17 ganger. Dette gir indikasjoner på at samarbeid er et begrep som er veldig sentralt i veilederen.

Analysen er tredelt. I den første delen vil jeg foreta lesing av hele veilederen ved hjelp av begreper fra retorikken. Jeg vil se på hvilken måte teksten autoriserer budskapet sitt og hvem som er modelleseren. Den andre delen av analysen er i sin tur todelt. I den første delen vil jeg foreta en nærlesing med fokus på hva teksten sier om samarbeidets målsettinger og intensjoner. Jeg vil så se disse målsettingene og intensjonene med eventuelle sammenhenger og motsigelser i lys av de ulike fasene i behandlingsprosessen og hvordan dette påvirker rolleinnhaverne i samarbeid i den andre delen.

I den tredje delen, vil jeg se på hvordan kvalitet og kunnskap blir italesatt og hvilke konsekvenser dette får for samarbeid. Det er ett kapittel jeg vil lese mer inngående og detaljert: kapitlet 6 Faglig kvalitet i tjenesten. Kapitlet vil jeg se i lys og i sammenheng med Forordet, Innledning og kapittel 5 Faglige ressurser og kompetanse. Grunnen til dette er at her i dette kapitlet blir kvalitet, kunnskap og kompetanse omtalt særskilt. Jeg vil her også se nærmere på hvilke ulike posisjoner de ulike aktørene i samarbeidet tilbys som konsekvens av hvordan kvalitet og kunnskap knyttes til type diskurs. Jeg vil, slik som i den andre analysetrinn, vise først til intensjonene og målsettinger ytret i forhold til kvalitet og kunnskap i samarbeid. I den andre delen vil jeg se etter sammenhenger eller brudd i disse. Fordi de juridiske rammene omhandler alle faser i behandlingen, vil jeg innledningsvis også nevne disse. Jeg vil kommentere og tolke det som fremkommer i teksten underveis og i sammenheng med andre deler av teksten. Ord og uttrykk som er sentrale i analysen min, har jeg valgt å fremheve ved hjelp av fet og kursivt skrift. Jeg vil henvisne til sitater og refererer disse til sidetall i veilederen.

## **7.1 Første analysetrinn. Autorisering av budskap og modeller**

### **7.1.1 Hvordan teksten autoriserer budskapet**

Hva gir teksten autoritet? Det er slik at jo mer det som uttrykkes autoriseres, dess mer bidrar dette til en gyldiggjøring av budskapet. Budskapet fremstilles som mer sant og troverdig. Både forfatterinstansen og strukturen i teksten er relevante i denne forbindelse. Teksten appellerer til ethos, autoriteten og troverdigheten til forfatteren (Bergström, 2005). For det første er veilederen utgitt av Helsedirektoratet som jo representerer en høyt autorisert forfatter. Teksten autoriserer seg ytterligere ved å referere og henvise til andre høyt ansette og autoriserte kilder: Stortinget, Regionsenter for barn og unges psykiske helse Øst og Sør, Nasjonal kunnskapssenter for helsetjenesten (Veileder IS-1507:1, 5-9). Det at teksten appellerer til leseren ved å bruke autoriteten til forfatteren og henvise til andre troverdige og autoriserte forfatterne er med på å gi teksten troverdighet og dermed gyldiggjøre budskapet som "sant".

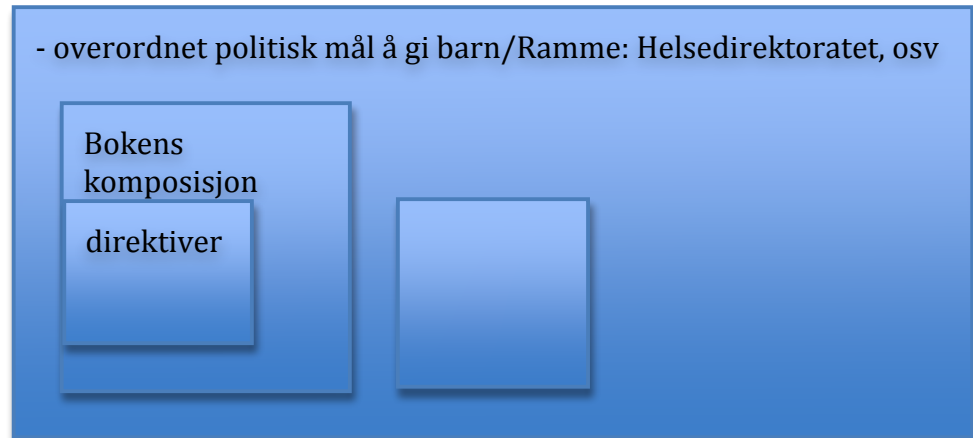
Teksten appellerer også til logos, altså leserens logikk. I forordet understrekes at hensikten med veilederen er ønsket om å gi barn og unge best mulig tilbud... *"Det er et overordnet helsepolitisk mål å gi alle barn og unge et tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud av høy faglig kvalitet"*... (ibid: forord s.1). Formuleringen er positivt ladet og skaper forventninger til det beste for barn og unge. Slik jeg redegjorde for tidligere i oppgaven (Berge, 2003 og 2010 og Gedde-Dahl, 2002) kan ytringer sees som talehandlinger. Både strukturen i teksten og sammenhengene mellom setningene, leder til bestemte forståelser. Veilederen er en *forklarende* type tekst. Måten veilederen er strukturert på gjør at leseren blir orientert om dens rammestruktur (se figuren). Teksten er ordnet slik at den overordnede mening fremgår (segment 1) og de enkelte segmenter (2,3) som følger er underordnet denne.

Segment1/Makrohandling: Helsedirektoratet... *"Det er et overordnet helsepolitisk mål å gi alle"*.. (ibid) .. *"Formålet med denne veilederen er å gi tydelige føringer"* ... (ibid). Slik jeg redegjorde for tidligere i oppgaven, er forklarende tekster *implikativer* (Gedde-Dahl, 2002 :196). I det teksten forklarer noe, impliseres det forståelser uten nødvendigvis å begrunne dem. De forståelser som ligger implisitt i teksten og som ikke begrunnes, blir gjerne kalt for *presupposisjoner* eller *doxaforståing* (ibid:201), det vil si tause forutsetninger og skjult logikk. Den nevnte strukturen i veilederen har Helsedirektoratet som ramme og innledes med en målsetting (makrohandling). Strukturen fortsetter med et sterkt autoritativ preg: (*bør, må*) og gjør at leseren blir klar til å ta imot direktiver uten å behøve å stille spørsmål rundt disse: *"samarbeid bør forankres i"(...)"behandlingsansvarlig skal*

etterspørre”(s.14) ..”ledere og ansatte **må samle inn**”s.67). Teksten fremstår som logisk og appellerer dermed til mottakerens logikk (logos). Makrohandlingen viser til makrostrukturen i teksten (overordnede mål., Helsedirektoratet.), rammestrukturen som underordner de andre språkhandlinger (mikrohandlinger) er hierarkisk og lineært (Berge, 2010).

Makrohandling

Segment 1



Mikrohandlinger

Segment 2,3



I mikrohandlinger (underordnede makrohandlinger), senere i veilederen, der blant annet behandlingsforløpet omtales, er det ikke åpning for undring om ulike måter å se behandlingen på, den er derimot preget av å være beskrivende og forklarende. Veilederen retter seg til behandlerne både ved den direktive formen og ved å implisere at leseren innehar spesifikke kunnskaper: ”**Dette dreier seg** både om tjenestene som baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak, og om man følger opp pasientene systematisk og måler behandlingsresultat” (s.63).

Veilederen er også forklarende i sin struktur. Den innleder med målsettinger og intensjoner, for så ta for seg ulike sider av et behandlingsløpet. Den direktive formen er fremtredende i kapitlene som handler om ulike deler av behandlingsprosessen, eksempelvis :...”**bør være basert på**” (...)**”bør bygge på dette grunnsynet**”(...)”**bør måles systematisk**”..(s.62-63).



Teksten bærer også preg av å være forklarende om ”naturlige selvfølgeligheter”: ... ”Følgende definisjon av evidensbasert praksis er bredt anerkjent:” ... (s.63). Det å omtale evidensbasert praksis som bredt anerkjent leder til en forståelse av at det som er **bredt anerkjent** også er noe udiskutabelt ”sant”. Det er en forståelse implisitt i teksten, en *doxa*-forståelse. Denne forståelse blir i sin tur støttet av veilederens struktur og den direktive og forklarende formen som følger: ”Praksis i det psykiske helsevernet for barn og unge **bør** bygge på dette grunnsynet (s.63) ”Faglig kvalitet **innebærer** at rutiner og praksis kvalitetssikres i tråd med dette. (s.63) og inndelingen av de ulike kapitler som tar for seg ulike deler av et behandlingsløp som følger videre. Mikrohandlinger følger videre i veilederen og i de enkelte kapitler. Eksempelvis i kapitlet som handler om lederens ansvar står det at lederen skal: ”sikre faglig forsvarlige vurderinger ut fra behandlerens erfaring, ekspertise og skjønn, samt pasient/foreldres preferanser” (s. 67).

Når teksten er beskrivende og forklarende gir den ikke rom for refleksjon, diskusjon eller alternative tenkemåter. Den åpner heller ikke for brukernes eller andres eventuelt annerledes utgangspunkt og syn på behandlingen. Dette har direkte implikasjoner på forståelsen av samarbeidet. Hvis meningen er at partene skal jobbe sammen i felleskap og at pasienter og pårørende skal kunne ha innflytelse i behandlingsprosessen, bør teksten kunne åpne for det. Mikrohandlinger følger hierarkisk og lineært makrohandlingen: intensjoner, målsettingen og Helsedirektoratet som ramme. Mikrohandlinger får en direktiv form som det ikke gis anledning å stille spørsmål ved. Barn og pasienter kan for eksempel beskrives i en mikrohandling som innehavere av preferanser i et samarbeid, mens behandlere har erfaring, ekspertise og skjønn. Dette skrives uten at det gis rom for andre måter å se dette på og uten begrunnelse.

### 7.1.2 Modelleser

Her vil jeg se etter hvem teksten henvender seg til og hvem teksten ønsker at leseren skal være, og dermed hvordan leseren skal oppføre seg. Ved hjelp av tekstens struktur vil jeg først se etter hvem teksten henvender seg til, om teksten er konsekvent i dette, og eventuelt hvilke forståelser som forbeholdes noen lesere og ekskluderer andre. For å analysere frem tekstens modelleser følger jeg veilederens struktur. Veilederen er strukturert med forord og innledning, så følger ulike kapitler. Behandlingsfasene er omtalt i veilederen i rekkefølge, i tillegg til at behandlingsprosessen er viet et eget kapittel med tittelen ”Faglig kvalitet i tjenesten”. Dette indikerer at det er et særlig fokus på behandlingsfasen og på kvalitet.

I forordet henvender veilederen seg til flere mottakere: *”Veilederen henvender seg til ledere på ulike nivåer, til utøvere og til brukere av tjenestene”* (forord s.1). Dette blir også understreket i innledningen, i underkapitlet Målgruppe: *”Målgruppe for veilederen er ledere og øvrig fagpersonell innen psykisk helsevern for barn og unge, samt brukere og ..”* (s.7). Her inkluderes som lesere både ledere, utøvere og brukere: barn og familier. Men ved videre lesing viser det seg at modelleseren er de ”kompetente” behandlerne mens brukerne ekskluderes. Et eksempel er i kapitlet som omhandler behandlingsprosessen: *”..man følger opp pasientene systematisk og måler behandlingsresultat”* (s.63). I benevnelsen *”man”* impliseres det klinikere som skal følge pasientene og måle behandlingsresultat. Et annet eksempel: *”Det bør legges til regelmessig evaluering av behandlingen”* ... (s.14) *”måleinstrumenter og systemer er tilgjengelig for klinisk bruk”* (s.64).

Brukere ekskluderes da det impliseres at måleinstrumentene ikke er tilgjengelig for dem. Måleinstrumenter skal brukes for å måle pasientene systematisk og det er helt tydelig at det er kun behandlere som har tilgang til disse (klinisk bruk). Brukerne og pårørende er her fraværende som subjekter, veilederen henvender seg verken til dem og inkluderer dem ikke på noen måte. Teksten motsier seg selv ved først å inkludere dem i målgruppen og siden ekskludere dem.

### ***Kort oppsummering***

Teksten autoriserer sitt budskap ved hjelp av både strukturen, formen, troverdigheten og autoriteten til forfatteren. Hele veilederen gir direktiver om hvordan tjenestene bør utformes. Leseren blir til en modelleser også ved blant annet struktureringen av teksten. Modelleseren viser seg å være ledere og ansatte i poliklinikken. Tekstens form er direktiv og implisitt og ”naturlige” forståelser danner forutsetninger i teksten. Her er det lite rom for leserne å reflektere, stille spørsmål, åpne opp for flere dimensjoner i det som teksten holder frem som budskap. Det at et perspektiv blir fremhevet, utelukker andre perspektiver. I denne veilederen gis det ingen rom for eventuelle andre forståelser enn de som beskrives. Når noe blir valgt frem, blir noe annet ekskludert (Derrida, 2002).

### ***7.2 Andre analysetrinn. Dekonstruksjon. Samarbeid: demokratisk prinsipp og brist***

Jeg vil i denne delen av analysen se etter indikasjoner i teksten på de demokratiske intensjonene og målsettingene som uttrykkes i forordet og i innledningen, og som er knyttet til samarbeid i behandlingsprosessen. Dette vil jeg så se i sammenheng med de ulike

behandlingsfasene. Det vil si at jeg vil her se hva veilederen sier om samarbeidets mål og intensjoner innledningsvis, og så se hvordan disse intensjonene skal realiseres eller eventuelt ignoreres i de ulike fasene i behandlingsprosessen. Jeg har valgt ut de kapitlene som er relevante for alle behandlingsfasene og de som handler om kvalitet og kunnskap.

### **7.2.1 Det demokratiske prinsippet i samarbeid. Intensjoner og juridiske rammer**

I Innledning og det følgende kapittel 2 Samhandling, ansvar og oppgavefordeling, skrives det om både intensjoner og demokratiske målsettinger i samarbeid. Disse ligger som en forutsetning for tjenestenes arbeid. I underkapitlet Faglige råd står det: *”Veilederen er ment å bidra til at poliklinikker holder fokus på de viktigste arbeidsoppgaver, herunder **samarbeid med brukere**”* (s.8). Det understrekes at samarbeid med brukere er blant de viktigste oppgaver for poliklinikken og dermed for behandlere. I underkapitlet Kvalitet i tjenesten forbindes kvalitet med å sikre brukernes innflytelse: *”Tjenestene skal sikre å **involvere brukere og gi dem innflytelse**”*(s.8). I ordet **skal** ligger det en klar forpliktelse fra poliklinikkens side, det er ikke bare ønskelig: *”Når det står <<skal>> i veilederen, betyr det at noe er lov- eller regelfestet”* (s.7).

*”Veilederen er ment som et **hjelpemiddel** for poliklinikker, men **også** at den kan være nyttig for samarbeidspartnere og **brukere**”*..(s.7). Veilederen formidler her ikke en forpliktelse, kun en intensjon om å være et hjelpemiddel både for poliklinikker og for brukerne. Samarbeidet med brukere er betraktet som svært viktig når det beskrives som en av de viktigste arbeidsoppgavene i poliklinisk arbeid. I tillegg skal veilederen være til hjelp og brukes i fellesskap med brukere.

#### ***Samarbeid, brukermedvirkning, kompetanse og kunnskap***

Tidlig i teksten nevnes kunnskapsgrunnlaget. Det å sikre at brukere har innflytelse er skrevet frem som en målsetting og en forpliktelse som knyttes til kvaliteten i tjenesten (se ovenfor). I følge veilederen inngår både brukerkompetanse og brukererfaring i kunnskapsgrunnlaget for samarbeidet. I kapittel 2 om Samhandling, ansvar og oppgavefordeling, under Anbefalinger står: *”Poliklinikken anvender **brukerkompetanse** og **brukererfaring** på individ- og systemnivå som en viktig del av kunnskapsgrunnlaget”* (s.11).

Dette understrekes ytterligere i underkapitlet Brukermedvirkning: *”Brukere **har rett** til medvirkning på system- og individnivå” ... ”Det psykiske helsevernet for barn og unge **skal***

være kunnskaps- og erfaringsbasert, og **brukererfaringer** er en del av kunnskapsgrunnlaget” (s.13). Både barn, unge og deres foreldre defineres her som brukere. Det påpekes også at det at voksne har ansvar for barn gir et annet innhold i brukerbegrepet uten at dette spesifiseres nærmere.: ”Brukerne i tjenester rettet mot barn og unge er definert som barn, unge og deres foreldre. De voksnes ansvar for barnas situasjon gir brukerbegrepet et litt annet innhold i tjenester for barn og unge enn det som gjelder voksne” (s.13).

I underkapitlet 2.3 Brukermedvirkning på individnivå beskrives det nærmere hvilken kompetanse som skal deles i samarbeidsforum, hvilken vektlegging den enkelte kompetansen skal ha, hvem som har ansvar for å sikre at de ulike kompetanser er tilstede i samarbeid og ellers om behovet for tilrettelegging. Kvalitet knyttes her direkte til brukerne og brukermedvirkning og spesifiseres med brukernes rett til å definere kvalitet, mål og resultater på egne vegne: ”Behandlerne i poliklinikken må anerkjenne **brukerens rett til å definere kvalitet, mål og resultater på egne vegne** (s.14).

Underkapittelet følges opp med sentrale punkter for brukermedvirkning. Her foreslås det at barn/unge, foreldre og behandlere i fellesskap bør sette mål for både utredningen og behandlingen: ”Barn/unge, foreldre og behandlere **bør i fellesskap** sette mål for utredningen og behandlingen”(s.14). Det understrekes dog at det er **brukernes opplevelse** som først og fremst **skal** vektlegges: ”Brukernes opplevelse bør vektlegges”(s.14). Både rammene for behandlingen og den fortløpende behandlingsprosessen skal avtales og evalueres kontinuerlig med pasientene og de pårørende. Stikkord som åpenhet og opplevd likeverd er fremhevet.

Ansvar for at barn og unge inkluderes og deltar på egne premisser er klart plassert hos poliklinikken som skal tilrettelegge slik at dette blir mulig: ”Barn og unges rett til brukermedvirkning forutsetter at poliklinikken i samarbeid med foreldre legger til rette for at barn og unge kan inkluderes og delta på egne premisser” (s.15). I tabellen under har jeg satt opp sentrale punkter som listes opp i underkapittel Brukermedvirkning på individnivå og i underkapittel Tilrettelegging for barn og unges medvirkning. Dette gir klare indikasjoner om hvordan veilederen mener brukermedvirkning på individnivå skal forstås, og hvordan poliklinikken skal tilrettelegge slik at dette blir mulig.

- Behandlerne i poliklinikken må **anerkjenne brukerens rett til å definere kvalitet, mål og resultater** på egne vegne
  - Barn/unge, foreldre og behandlere bør i **felleskap sette mål** for utredningen og behandlingen. **Brukerens opplevelse bør vektlegges.**
  - **Rammene** for behandlingen **diskuteres og avtales med pasienten og pårørende**
  - Det bør legges opp til **regelmessig evaluering av behandlingen, der både barn/unge, foreldre og behandlere er informanter**
  - Evalueringsspørsmål til brukere bør omfatte **opplevd likeverd, samarbeid om måloppnåelse og planer, åpenhet** om vanskeligheter i samarbeidet og **barn/unges og foreldres vurdering** av bedring og tilfredshet med tjenesten (s.14)
- 
- ”Barn og unges rett til brukermedvirkning forutsetter at poliklinikken i samarbeid med foreldre **legger til rette** for at barn og unge kan inkluderes og **delta på egne premisser** (s.15)
  - med barn må man ofte ta i bruk andre kommunikasjonsformer enn de med voksne
  - samtalen alene kan være vanskelig for mange barn

I kapittel 6, Faglig kvalitet i tjenesten blir flere av ovennevnte intensjoner, målsettinger og forpliktelser i forhold til å forstå samarbeid gjentatt og understreket. Her blir brukerperspektivet nevnt som noe ment å være en **integrert** del av hele tjenestetilbudet:

” - **åpen kultur - brukerperspektivet er en integrert del av tjenestetilbudet, utredning og behandling**” (s.61). I tillegg blir det her fremhevet ambisjonen om at brukeren opplever å være **likestilt** i samarbeidsforhold. Noen kontrollspørsmål og punkter blir foreslått ved virksomheten:

- ”Er brukerne **involvert og gitt innflytelse**?
- **Involverer vi brukeren i beslutninger i det enkelte møte?**
- **Opplever brukeren seg som likestilte samarbeidspartnere i møte med oss?** (s.62)

Disse spørsmålene og punktene kan forstås dit hen at intensjoner skal følges opp konkret slik at de blir implementert og sikret i praksis. Veilederen vier et eget kapittel til de juridiske rammene. Disse støtter opp under ovenfor beskrevne demokratiske intensjoner ved å lovfeste prinsippene som rettigheter (s. 79-81 og tabell): ”De generelle pasientrettighetene utgjør en viktig del av helselovgivningen og pasientrettighetsloven med tilhørende forskrifter er derfor sentral for virksomheten ved poliklinikk” (s.79). ”Tilsynserfaringer har påvist mangelfull kjennskap til generelle pasientrettigheter innen psykisk helsevern” (s.79). Blant lovbestemmelser er det nevnt i veilederen: ”rett til medbestemmelse er styrket” (s.80). ”**Både**

***barnet og foreldre har rett til medvirkning***” (s.81). Veilederen understreker her viktigheten av for poliklinikker både å ha kjennskap til og å utøve lovgivningen. Det påpekes i tillegg at dette er noe poliklinikker tidligere har vist mangelfull kjennskap til.

### ***Kort oppsummering***

Målsettingene og intensjonene som knyttes til samarbeid følger et demokratisk prinsipp. Intensjonene skal følges opp av poliklinikken: ”*ansvaret til poliklinikken om å legge til rette*” (s.15) slik at både barn og familier får mulighet å delta i samarbeid. I Veilederen slås det fast at både brukerkompetanse og brukerfaring er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget. Veilederen rangeres faktisk brukernes opplevelse som det viktigste kriteriet for kvalitet i tjenesten. Videre skrives det i Veilederen at brukermedvirkning er en **rettighet** brukeren har. Samarbeidet beskrives slik at det skal innebære at **alle** aktørene i fellesskap skal sette opp mål, evaluere prosessen kontinuerlig og evaluere resultatene. Dette er ikke noe brukerne kan være med på, det er noe de har rett til å være med på. I tillegg *gis brukerne her definisjonsrett* til å vurdere egne mål, resultater og kvalitetens tjenester. Analysen struktureres videre ved å se på hvordan de demokratiske intensjonene presentert så langt i veilederen, følges opp i de ulike behandlingsfasene for barn og unge.

## **7.2.2 Det demokratiske prinsippet i samarbeid. Fasene i behandlingsprosessen**

### ***Henvisning***

Det er en hel prosess som ligger forut for kontakten med en av poliklinikkene og forut for starten av selve behandlingen. I veilederen presenteres denne prosessen som noe det ikke åpnes for å endre på. Dette forstadiet for behandlingen beskrives nærmest som en administrativ prosedyre fra poliklinikkens side. Barn, unge og deres familier blir her omtalt i tredje person: ..”*pasienten trenger en henvisning*”..(s. 25, tabell). Det nevnes videre en forskrift om godtgjørelse av utgifter for den henvisende instans. Barn og pårørende kan ikke henvende seg direkte til BUP. De må ha henvisning fra lege, barnevern- eller sosialtjenesten for å motta hjelp fra poliklinikken. Her er det åpenbart at veilederen kun henvender seg til de ansatte i poliklinikken og ikke til brukerne.

Fordi det er snakk om barn og unge, er det foreldrene som eventuelt må be om hjelp på vegne av barnet/ungdommen. Foreldrene må gå omveien om fastlegen eller annen instans. Den som henviser skal på sin side beskrive behovet til foreldrene og til barnet. Henvisende instans beskriver pasientenes situasjon, vurderinger og behovet i nært samarbeid med poliklinikken.

Her nevnes ikke noe om et nært samarbeid med disse pasientene (s.25). Dette betyr ikke at samarbeid med pasientene i denne sammenhengen er utelukket eller ikke forekommer i praksis. Det at teksten ikke taler spesifikt om dette gjør at lesere (klinikere i dette tilfelle) ikke nødvendigvis har denne dimensjonen fremme i møte med barn, unge og familier. Det at teksten ikke nevner dette i denne fasen gjør at det heller ikke rettes noen klare og forpliktende forventinger til behandlere i etableringen av samarbeidet med barn og unge. I tillegg er det slik at det at barnet vurderes dit hen at han/hun kvalifiseres til å kunne ta imot hjelp ufravikelig innebærer, diagnosesetting. (Dette vil jeg komme nærmere til i kapitlet om diagnostikken). Diagnosen vil fremkomme og følge barnets journalhelsehistorikk. Det at diagnosesettingen er en del av ”den faste prosedyren” barn og unge skal gå gjennom, gjør at enkeltkonsultasjoner ikke er mulige for barn og unge. Behovet for hjelp skal være så pass stort at det må kunne kvalifisere til en diagnose. Dette er ikke problematisert i veilederen.

Det er flere dimensjoner ved samarbeidet i denne fasen det ikke skrives om. Terskelen for å få hjelp er høy. Barnet eller ungdommen alene har ikke mulighet for å kunne ta kontakt med poliklinikken og heller ikke sammen med foreldrene direkte og på selvstendig grunnlag. De har ikke mulighet til for eksempel å ha en uforpliktende samtale med poliklinikken. De skal gå gjennom en henvisende instans som definerer deres behov. I teksten uttrykkes det ønske om et nært samarbeid, ikke med brukerne, men med den henvisende instans: *”Poliklinikker bør ha et nært samarbeid med kommunale tjenester og sosial- og barneverntjenestene i opptaksområdet for å oppnå mest mulig helhetlig vurdering og utredning av henviste pasienter”* (s.25).

Ber foreldrene om å få hjelp, må de finne seg i at noen andre vurderer og setter en diagnose på barnet. Her gjøres *begrensningsprinsippet* aktuelt. Noen disipliner kontrollerer produksjonen (Foucault, 1999:15-22). Noen innehar de riktige kvalifikasjoner for å uttale seg, andre marginaliseres. Vurderingsgrunnlaget i forhold til situasjonen og behovet, skal utarbeides av en tredje person. I hvilken grad og på hvilken måte barn og foreldre tenkes å bli trukket inn i arbeidet med å definere vurderingsgrunnlaget, er ikke nevnt. Det som ikke ytres, ”finnes ikke” (Derrida, 2002). Subjektposisjonene for barn, ungdom og foreldre er her rett og slett fraværende. De er **ikke** i samarbeidsposisjon. Foreldrene og barna starter samarbeidet med poliklinikken på bestemte premisser.

## *Utredning*

I utredningsfasen fremstår det demokratiske prinsippet som uklart. Her er det tydelige motsigelser i teksten. Først fremheves det demokratiske prinsippet flere steder i teksten. I kapitlet Kjerneoppgaver, innledningsvis, slås det fast i underkapitlet Anbefalinger at hele utrednings- og behandlingsvirksomhet gjennomføres *i tett samarbeid* med pasient og familie: *”Utrednings- og behandlingsvirksomheten er planmessig og gjennomføres i **tett samarbeid med pasient og familie**”* (s.23). I selve kapitlet 3.2 Utredning slås det fast at samarbeidet *må* ha et **familie-** mestrings- og utviklingsperspektiv: *”Utredningen må ha et familie- mestrings- og utviklingsperspektiv”* (s.28-29). Det understrekes at **dialog** og **anerkjennelse** av pasientens evne til selvinnsett bør være grunnlaget for en **felles forståelse**: *”Dialog med og anerkjennelse av **pasientens evne til å forstå og fortolke seg selv** bør være grunnlag for en felles forståelse som kan bidra til løsninger på pasientenes vansker”* (s.29). Planen for utredningen **skal lages sammen** med barnet/ungdom og foreldre: *”Utredningsplan lages sammen med barnet/ungdommen og foreldre”* (s.29).

Videre skrives det at planen kan være utformet med en kartleggings og systematisk diagnostisk vurdering: *”Systematisk diagnostisk intervju, bruk av spørreskjema og standardiserte utredningsinstrumenter er gode hjelpemidler i utrednings- og behandlingsarbeidet”* (s.29). Det blir listet opp ulike instrumenter egnet til kartlegging: diagnostiske intervjuer<sup>12</sup>, generelle spørreskjema<sup>13</sup> og skåring ved behandler<sup>14</sup>(s.30). Det skrives her ingenting om det som ble forespeilet tidligere i teksten, altså hvordan en skal få brukerne til å ta i bruk sine egne erfaringer og innsikt slik at dette kan deles og benyttes i utarbeidelsen av utredningsplanen. Det at man benytter seg av systematiske intervjuer og ulike kartleggingsinstrumenter er jo i seg selv ikke ”antidemokratisk”. Men det kan bli det hvis det ikke spesifiseres hvordan det tenkes at kartleggingsinstrumentene skal brukes og gjøres tilgjengelige for brukerne i denne utredningen, som nå kalles kartlegging. På hvilken måte det er tenkt at kartleggingsinstrumentene skal være en del av det felles arbeidsgrunnlaget, og dermed kunne benyttes som redskaper i et felles samarbeid, fremkommer ikke. Noe blir synlig og kommentert til en bestemt form (*Kommentaren*), andre deler velges bort (Foucault,1999).

---

<sup>12</sup> Kiddie-SADS, CAS, ADIS, DAWBA

<sup>13</sup> ASEBA, SDQ, DAWBA

<sup>14</sup> CGAS, HoNOSCA



Det understrekes viktigheten av å lære seg å bruke disse instrumenter. Selv om det ikke sies eksplisitt, så henvender teksten seg her til behandlere og inkluderer ikke brukerne: *”Hvilke instrumenter som skal benyttes forutsetter systematisk opplæring og vedlikehold av kompetanse i bruk av instrumentene”* (s.30). Det at behov for opplæring i bruk av instrumentene er påkrevd, sier noe om instrumentenes tilgjengelighet. ”Gjenstand” for kartlegging er barn og unge. En betydning fremtrer og produseres, andre fortrenses (Derrida, 1976). Hvilke betydninger produseres her? Hva skjer med posisjonene i samarbeidet i denne fasen? I tillegg til kartleggingen, nevnes i teksten det kliniske skjønnet. Men heller ikke her nevnes et eventuelt bidrag fra brukeren: *”Bruken av kartleggingsinstrumenter erstatter ikke kliniske vurderinger og skjønn, men sikrer et sett standardiserte mål”* (s.30). Barn unge og foreldrene er passive mottakere av kartleggingen. Det kreves spesialisert ekspertise for å utføre oppgaven, pasienten selv og pårørende gir informasjon om seg selv, men kan på denne måten ikke innta en aktiv subjektposisjon i samarbeidet i utredningsfasen.

### ***Diagnostikk***

Også i fasen som omhandler diagnostikk er det vanskelig å se at det demokratiske prinsippet er tilstede. Selv om dette ikke skrives eksplisitt, er den diagnostiske vurderingen noe som kun behandlere skal ta seg av. Det spesifiseres nærmere hvilken kompetanse eller krav behandleren skal ha, men ingenting nevnes angående deltakelsen fra brukernes side: *”Etter inntakssamtalen bør det stilles tentativ diagnose som dokumenteres i løpende journal”*(...) *”Den diagnostiske vurderingen i forbindelse med utredningen skal være en samlet vurdering av pasientens tilstand”*(s.31). Barnet eller ungdommen har med seg en diagnose i henvisningen fra legen. Den tar de med til poliklinikken og det åpnes for en videre utredning og diagnostisering.

Diagnostiske vurderinger er kun forbeholdt behandlere: *”Det stilles ingen formelle krav til hvem som kan foreta en diagnostisk vurdering i det psykiske helsevern utover kravet til forsvarlighet i spesialisthelsetjenesteloven §2-2 og helsepersonelloven §4”* (s.32). I dette kapitlet er en eventuell involvering av brukere i diagnostiseringsprosessen helt fraværende. På denne måten forutsettes både resultater fra utredningen og diagnosen å være endelig. En eventuell drøfting av dette med brukere er ikke nevnt. Resultatet av utredningen og diagnosen er i veilederen beskrevet som grunnlag for videre tiltak og utarbeidelse av behandlingsplan. Det er noe som i ferdig form skal presenteres brukeren: *”Resultatene fra utredningen inklusiv diagnose, bør gjennomgås med pasient/foreldre som grunnlag for drøfting av videre tiltak og*

*eventuelt utarbeidelse av behandlingsplan*” (s.32). I teksten skrives det at resultatene fra utredningen inkludert diagnose bør gis i en forståelig tilbakemelding til pasient/foreldre. Her åpnes ikke for en eventuell revidering av denne. Drøfting med brukere gjelder utarbeidelse av behandlingsplanen og tiltak, ikke grunnlagsvurderingen. I tilfelle brukerne ikke ”forstår” eller er enig i det som blir dem presentert, blir de henvist til andre fagpersoner: *”Pasient/foreldre har også rett på en second-opinion fra annen fagperson/instans om ønskelig*” (s.32). Behandlerne er i en posisjon hvor de kan definere sykdomsbildet. Barn, unge og deres familier blir posisjonert som tilskuere til resultatene fra utredningen.

Diagnosesetting er direkte relevant for behandlingsplanen. I underkapitlet 3.4 Behandlingsplan foreligger det en beskrivelse av hvilke hovedpunkter som bør stå i behandlingsplanen. På første plass er diagnostiske vurderinger: *”Diagnostiske vurderinger (multiaksial klassifikasjon) og kasusformulering*” (s.33). Denne baserer seg, som vi har sett, på ekspertkunnskap og inkluderer ikke brukerkunnskap. Det er diagnostikk som legges til grunn for behandlingsplanen og målsettingen i denne. Diagnostiske vurderinger er jo alt avgjort og er bestemmende for både behandlingfokus og behandlingsmålsetting. Behandlingsplanens premisser er ferdig lagt, og her gis det ikke rom for andre eventuelle innspill fra brukernes side.

I kapitlet Journaldokumentasjon beskrives de diagnostiske kriteriene nærmere. Ulike diagnoser skal bli satt og kodet på barnet/ungdommen. På grunn av oppgavens avgrensning vil jeg her ikke dvele ved innholdet i disse kodene og hva som eventuelt kan uttrykkes gjennom disse. Jeg vil her bare påpeke at veilederen spesifiserer at diagnosesetting og kodinger av tilstander ikke er noe som behandlere kan velge seg inn eller ut av: *”I kodingen **skal** multiaksial klassifikasjon for BUP brukes og alle 6 akser **skal** kodes*” (s. 37). Disse diagnosene er sekkebetegnelser, et visst antall symptomer og med visse kriterier over en periodetid på minst seks mnd (Dahl, 1994), for noe som er synlig der og da for behandleren. I denne veilederen er det for øvrig skrevet at problemer og eller tilstander skal kodes selv om varigheten er kortere enn seks mnd, på tross av at seks måneders varighet er et grunnleggende kriterium for å fylle krav til en diagnose i følge ICD-10 manual (Statens helsetilsyn, 2000). Dette skrives frem uten forklaring eller begrunnelse: *”Hver tilstand eller problem skal kodes om den var til stede bare en kortere del*” (s.37). Veilederen beskriver i tillegg hvordan registreringen av diagnoser skal foregå. Diagnostisering, koding og registrering er påtvunget enhver behandler, og dette skal brukes som grunnlag for behandlingen.

Med dekonstruksjonen, påpekes tilstedeværelse av noe på bekostning av fravær av noe annet. Foucault (1999) skriver at ulike prosedyrer i institusjoners praksis sørger for disiplinering og innskrenking av diskursen. I diagnostiseringsfasen gjør utelukkelsesprosedyrer seg aktuelle. "Forbudet" sørger for at barn, unge og foreldrene ikke skal uttale seg om egen diagnostisering. Vi kan kanskje tenke oss at "oppdelingen mellom fornuft og galskap" gjør at barnet ikke blir hørt, og dermed får ikke barnets stemme anledning til å sirkulere med andre diskurser (den psykiatriske, den medisinske). Oppdeling mellom sant og falskt gjør seg også gjeldende. Det er udiskutabelt at klinikere som innehar den spesialiserte ekspertise utleverer en diagnostisk "sannhet". Her sier teksten noe om hva som er tillatt i et samarbeid, hva som er fornuftig og hva som er sant. Barn og ungdom blir kartlagt, vurdert og diagnostisert. De blir posisjonert utenfor samarbeidet.

### ***Behandling***

I behandlingsfasen oppstår motstridende prinsipper. Det demokratiske prinsippet viser seg i teksten i underkapitlene 3.4 Behandlingsplan og 3.5 Behandling i det det slås fast at behandlingsplanen *skal* utarbeides og utformes sammen med pasient og eventuelt foreldrene. Bristen i dette vises i kapittel 5 Faglige ressurser og kompetanse og i kapittel 6. Faglig kvalitet i tjenester. I underkapitlet Basiskompetanse skrives det om hva som er utgangspunktet for god behandling: "*Utgangspunktet for god behandling er en grundig forståelse av pasientenes situasjon med problemområder og tilgjengelige ressurser*" (s. 56). Det siktes her til behandlernes forståelse av pasientens situasjon. Hvor er pasientenes forståelse? Her blir det uklart. En grundig forståelse *kan* innebære at brukernes egen forståelse er tatt med. Imidlertid handler dette kapitlet gjennomgående om behandlernes kompetanse. Uttynningsprinsippet gjør seg gjeldende. Her nevnes det at behandleren blant annet må ha kunnskap om normal- og skjevutvikling og det listes opp en rekke kompetanseområder som behandleren skal ha:

*"Alle medarbeidere i psykisk helsevern for barn og unge må ha grunnleggende kunnskap om normalutvikling og skjevutvikling, samt psykiske lidelser hos barn og unge knyttet til en biopsykososial forståelse. Videre må alle ha nødvendig kompetanse i utredning og behandling innenfor sitt fagområde, samt i tverrfaglig og tverretatlig samarbeid"* (s.56)

Det er jo positivt at det stilles krav i forhold til behandlerens kompetanse. Men når behandlingsplanen skal utarbeides skulle også brukernes kompetanse legges til grunn i følge det som tidligere er skrevet i veilederen. I dette kapittelet er brukernes kompetanse dog ikke nevnt som utgangspunkt for selve behandlingen. Det som derimot fremkommer i teksten er behandlerens evne til å se, vite og forstå. Med dette som bakteppe vil **grundig** forståelse sikte til behandleren og brukeren blir på denne måten marginalisert. Det er behandlerens ekspertkunnskap og forståelse av pasienten som gjelder, noe som utelukker en eventuell forståelse skapt i fellesskap med brukeren.

I kapittel 6. Faglig kvalitet i tjenesten, blir kvalitet og kunnskap knyttet til behandlingsfasen på ulikt vis. Dette forholdet vil jeg analysere mer i dybden i det tredje analysetrinnet. Jeg vil likevel her nevne at pasientene skrives inn i behandlingsøyemed som noe behandlere skal følge opp systematisk: *”Et nøkkelspørsmål i forhold til poliklinikkens faglige aktivitet er om tjenestene som tilbys er virkningsfulle. Dette dreier seg både om tjenestene baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak, og om man følger opp pasientene systematisk og måler behandlingsresultat”*(s.63). Pasientenes posisjon er her å være et objekt som noen andre aktivt skal følge opp.

### ***Kontekst, familie og nettverkperspektiv***

Tidlig i veilederen er konteksten og perspektivet for samarbeid for barn og unge uthevet. Det fremvises også flere steder i teksten et ønske om å se brukerne i en større og mer helhetlig sammenheng: både ved å ta hensyn til alder og til deres pårørende. Denne dimensjonen handler om reelle muligheter til å påvirke i samarbeid. Når det gjelder barn er det slik at medvirkningsmuligheter må tilrettelegges, og avhengighetsforholdet til deres omsorgspersoner må både anerkjennes og tas med i samarbeidsforholdet. Dette skrives frem flere steder i teksten (se kapittel 7.2.1). I underkapitlet Kunnskapsbaserte tjenester fremstår kunnskap som avgjørende i alle valg og bestemmende i behandlingsprosessen *..”Utforming av tjenester og innholdet i arbeidet bør være basert på kunnskap om virkning av tjenester og tiltak”* (s.63). Men når brukerens kunnskap ikke inkluderes i det felles kunnskapsgrunnlaget, blir det ikke plass for barn og foreldre sine perspektiver og konkrete muligheter er dermed ikke til stede.

### ***Oppsummering: Det demokratiske prinsippet brister i behandlingsprosessen***

Veilederen innledes med høye ambisjoner og intensjoner om et samarbeid som skal sikre høy grad av brukermedvirkning i hvert enkelt møte med barn og pårørende. Disse posisjoneres som likestilte med behandlerne. Intensjonen er å benytte seg av det demokratiske prinsipp i måten man tenker samarbeid på, og den demokratiske diskursen er dermed bærende i teksten. Etter hvert fremkommer det klart at teksten gradvis brister. I beskrivelsen av de ulike behandlingsfasene kolliderer tekstens intensjoner, her vises det tydelig prevalens og dominans av den medisinske diskursen. Behandlerne skal samle inn, analysere og måle informasjon, pasientene skal bli kartlagt, og utgangspunktet for behandlingen skal være behandlernes grundige forståelse. Oppfølging av behandlingen er forbeholdt behandlerne. Barn, unge og familien blir posisjonert enten utenfor samarbeidet eller underordnet det.

Tilgangen til hele behandlingstilbudet beskrives med en terskel i form av henvisning, noe som innebærer at en enkel samtale/konsultasjon ikke er mulig selv om barnet og/eller foreldre ønsker det. Brukerne trenger en henvisning basert på en leges eller andre instanser vurdering. Videre er både barnet og familien<sup>15</sup> pålagt å bli diagnostisert. Behandlingens målsetting, premisser og grunnlag er allerede avgjort av utredningen og diagnosesetting. Rammene for behandlingsfasen er på denne måten allerede bestemt og avgjort og dermed blir mulighetene for å påvirke behandlingsinnholdet begrenset til den oppsatte ramme. Videre er det som vektlegges her i behandlingsfasen hvor vidt behandlerne følger opp pasientene systematisk eller ei. Brukere er i denne sammenheng ikke nevnt. Her er den medisinske diskursen dominerende. Denne plasserer behandlerne i en aktiv og ekspert posisjon mens barn og familier blir mottakere av behandlingen. Uttynningsprinsippet gjør seg gjeldende her. Noe blir synlig og kommentert til en bestemt form (*Kommentaren*), andre deler velges bort (Foucault, 1999). En betydning fremtrer og produseres, andre fortrenses (Derrida, 1976). Nå vil jeg gå over til den delen av analysen som relateres spesifikt til kvalitet og kunnskap.

### ***7.3 Tredje analysetrinn. Samarbeid, kvalitet og kunnskap***

Jeg skal i dette kapitlet foreta en analyse med fokus på hvordan kvalitet og kunnskap omtales generelt i veilederen, hva det knyttes til og på hvilken måte. I tillegg vil jeg ta for meg særskilt kapittel 5 Faglige ressurser og kompetanse og kapittel 6 Faglig kvalitet i tjenesten da disse kapitlene har direkte fokus rettet på kvalitet, resultater og evaluering. Jeg vil se på hva

---

<sup>15</sup> familien inngår i klassifisering i egen kode

som diskursivt forbindes med kvalitet i samarbeidet og hvilke konsekvenser dette får for posisjonene i samarbeidet. Jeg vil på denne måten først knytte kvalitet og kunnskap til den demokratiske diskursen, som samsvarer med veilederens intensjoner, så til hvordan denne følges opp.

### 7.3.1 Den demokratiske diskursen og kunnskap

Som nevnt tidligere i oppgaven blir både brukerkompetanse og brukererfaring betraktet som en viktig del av kunnskapsgrunnlaget hva gjelder samarbeid. Innledende føringer i så måte finner vi i kapittel 2 Samhandling, ansvar og oppgavefordeling og i underkapittel Anbefalinger. Ansvar for å legge til rette for et godt samarbeid legges til poliklinikken.

I underkapitlet 2.3 Brukermedvirkning på individnivå vektlegges brukerens rett til å definere både kvalitet, mål og resultater: *”behandlerne i poliklinikk må anerkjenne brukerens rett til å definere kvalitet, mål og resultat på egne vegne”* (s14). Her oppfordres behandlerne å innta en ydmyk posisjon i forhold til brukere.

Tidlig i veilederen skrives det at kvalitet og kunnskap skal forbindes med at brukerne påvirker tjenestene på flere nivåer: både i planlegging av tjenestene og i hvert enkelt møte. Kvalitet og kunnskap blir knyttet til at behandleren klarer å fremheve og bruke aktivt brukernes kunnskap fremfor egen. I Veilederen refereres til begrepet kvalitet slik: *..”**God kvalitet forutsetter at brukerens og pasientens erfaringer og synspunkter påvirker tjenestene**” (...)**”Brukere skal medvirke og ha innflytelse både i planlegging av tjenestene og i den enkelte konsultasjon/samtale**” (...)* *”I møte mellom den enkelte utøver og bruker må vi anerkjenne **brukernes innsikt i egen sykdom eller livssituasjon. De kan ofte ha mer detaljkunnskap om sin egen tilstand enn utøveren**”* (s. 23, ibid).

I kapitlet 5 Faglige ressurser og kompetanse åpnes det for et mangfold av ulike kunnskapskilder. Dette har i seg selv en inkluderende klang som kan forstås å innbefatte også brukernes kunnskap som kilde: *”Praksisen bygger på mange ulike kunnskapskilder”*.. (s.55) Her blir det i tillegg understreket viktigheten av tverrfaglighet og det spesifiseres at familie- og nettverksbaserte tilnærminger skal være en del av basiskompetansen: *”Klinikkens arbeidsformer og møtestrukturer sikrer at alle saker er **tverrfaglig belyst**”*(s.55). *”Familie- og nettverksbaserte tilnærminger **må** være en del av basiskompetanse”* (s.56). Det ser ut som det for behandlerne er en plikt å ta hensyn til at barnet befinner seg i en bestemt kontekst og i ulike sosiale systemer. Blant basiskompetanser er den relasjonelle kompetanse omtalt som

grunnleggende: ”Fagpersonell relasjonelle kompetanse er grunnleggende, sammen med ferdigheter knyttet til motivasjonsarbeid og mobilisering av ressurser i og rundt pasienten” (...) ”opparbeides og vedlikeholdes gjennom refleksjon over praksiserfaringer, tilbakemeldinger fra brukere og veiledning”(s.56). Dette kan forstås som at behandlernes kompetanse til å få frem brukernes kompetanse er viktig.

Veilederen har et særskilt kapittel om faglig kvalitet. Kapittel 6 Faglig kvalitet i tjenesten innledes med at poliklinikken skal legge til rette for en åpen kultur. I første rekke er kunnskap fra læring av egen praksis og tilbakemeldinger omtalt (denne blir senere igjen omtalt i underkapittel 6.2 som erfaringsbasert kunnskap). Brukerperspektivet er gjennomgående integrert i hele behandlingstilbudet, både i utredningen og i behandlingen, og det siktes til et helhetlig kvalitetssystem for hele tjenestetilbudet. Det legges vekt på at god kvalitet krever brukerinvolvering: ”Helsetjenester av **god kvalitet** kjennetegnes ved” (...) ”at **brukerne er involvert**” (s.61). Det henvises her til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenester (Shdir, 2005).

I kapitlet 6 Faglig kvalitet i tjenesten listes det opp en rekke Anbefalinger (s.61). Blant disse: ”Poliklinikken legger til rette for en **åpen kultur** hvor tilbakemeldinger, læring av egen praksis og fokus på kvalitet står sentralt”.. ”**Brukerperspektivet er en integrert del av tjenestetilbudet, utredning og behandling**”. I underkapitlet 6.1 Organisasjonskultur med vekt på kvalitet, læring og forbedringsarbeid knyttes anbefalingene spesifikt til Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial og helsetjenesten (ibid). Konkrete verktøy blir hentet derfra i form av kontrollspørsmål innad virksomheten. Det ser ut som at de presenteres med tanke på aktivt å involvere brukere i samarbeidet. Ambisjonen for samarbeidet er ikke mindre enn at brukeren skal oppleve å være en **likestilt** samarbeidspartner. I tillegg understrekes at målsettingen er at brukeren **skal involveres** i hvert enkelte møte: ”**Involverer vi brukeren i beslutninger i det enkelte møte? Opplever brukeren seg som likestilte samarbeidspartnere i møte med oss?**” (s.62).

### ***Kort oppsummering***

Kvalitet og kunnskap knyttes direkte til brukere og deres medvirkning og innflytelse i egen behandling og i deres møte med behandlerne. Dette er gjennomgående i Veilederen. Dette vises i de innledende føringer til Veilederen, i kapittel 2 Samhandling, ansvar og

oppgavefordeling, i underkapittel 2.3 Brukermedvirkning på individnivå, i kapittel 3 Kjerneoppgaver, i kapittel 5 Faglige ressurser og kompetanse, i kapittel 6 Faglig kvalitet i tjenesten og i kapittel 8 Rettslige rammer. Kvaliteten til tjenesten blir beskrevet som noe brukere *skal* definere i tillegg til mål og resultater. Behandlerens rolle handler her om å anerkjenne brukerens rett til å ta i bruk sin viktige kompetanse om egen tilstand.

God kvalitet forutsetter at brukere påvirker tjenestene både i planleggingen og i det enkelte møte med behandleren. Et mangfold av former for kunnskap og kompetanse nevnes som viktig i samarbeid med brukere, blant disse at familie- og nettverksbaserte tilnærminger må være en del av basiskompetansen. Videre skrives det i Veilederen at det forventes at poliklinikken utarbeider og tar i bruk arbeidsformer og møtestrukturer som kan sikre det ovenfor nevnte. Brukerperspektivet skal være integrert i organisasjonen og strukturen. Intensjonene blir skrevet frem som forpliktelser for poliklinikken og behandlere. Disse forpliktelsene blir videre knyttet til både anbefalingene fra Nasjonalt Kunnskapssenteret for helsetjenester og til rettslige bestemmelser som omhandler pasienter, barn og pårørende i behandlingstilbudet.

### **7.3.2 Brist i den demokratiske diskursen, kvalitet og kunnskap**

I det følgende vil jeg analysere teksten med fokus knyttet på kvalitet, kunnskap og den demokratiske diskursen. Deretter vil jeg se etter sammenhenger og brister med denne diskurs. Underkapitlet Fokus på resultat av behandling (i kapittel 6 Faglig kvalitet i tjenesten) innledes med at tjenestene skal være virkningsfulle. Det at tjenestene er virkningsfulle er jo positivt. Det er viktig at de virker. Hva er det som gjør tjenestene virkningsfulle? I teksten forklares det med at for å få dette til, skal tjenestene basere seg på pålitelig kunnskap. Formen er direktiv og det gis ikke rom for undring. *”Et nøkkelspørsmål(...)er om tjenestene som tilbys er virkningsfulle. Dette dreier seg både om tjenestene baseres seg på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak og om man følger opp pasientene systematisk og måler behandlingsresultat”* (s. 63).

Påstanden om at virkningsfulle tjenester forutsetter pålitelig kunnskap fremstår som en sannhet som ikke behøver avklaring. Hva er da pålitelig kunnskap? Direkte knyttet til denne pålitelige kunnskapen om effekten av tiltak, fortsetter setningen med en forklaring av hva som menes med denne kunnskapen. Det dreier seg om å følge opp pasientene systematisk og måle behandlingsresultat. Pålitelig kunnskap blir nevnt men ikke definert. Det at tjenestene baserer

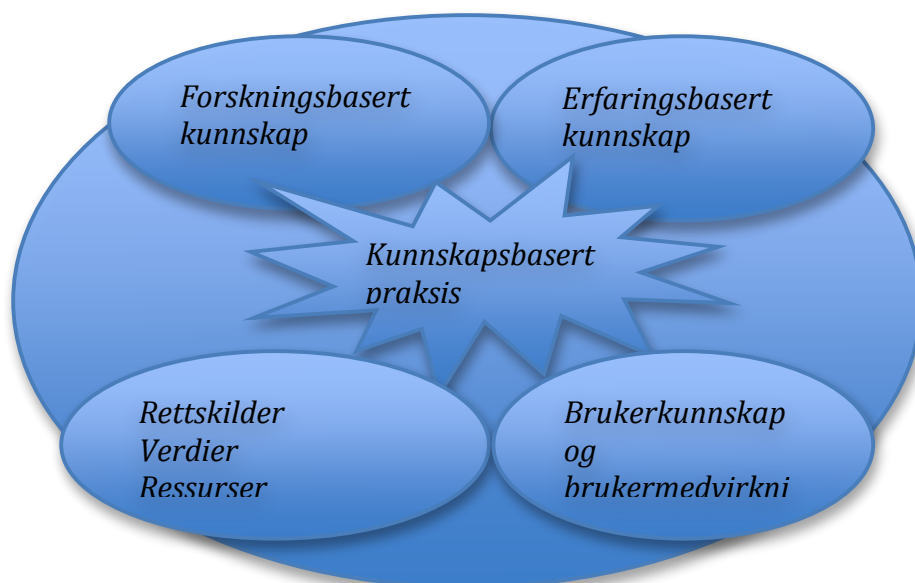


seg på denne pålitelige kunnskapen, at pasientene følges opp systematisk og at behandlingsresultatene måles, er det som gjør at tjenestene er virkningsfulle. Her gjøres den medisinske modellen gjeldende. Kunnskapen det her siktes til er behandlerens kunnskap. Hvor er brukernes kunnskap? Både i Anbefalinger og i det følgende underkapittelet 6.1 Organisasjonskultur med vekt på kvalitet, læring og forbedringsarbeid, siktes det til at intensjonene følges i praksis (se tidligere i oppgaven). I kapittelet 6.2 Fokus på resultat av behandling fremkommer stor ambivalens til intensjonene om brukermedvirkning. Hvordan dette skjer vil jeg beskrive i det følgende.

### ***Kunnskapsbasert praksis og evidensbasert praksis***

Kapittel 6.2 Fokus på resultat av behandling handler om kunnskapsbaserte tjenester, behandlingsresultat og evaluering av behandlingsforløp. En modell for kunnskapsbasert praksis (se under og vedlegg, s.63) presenteres i kapitlet. Her er kunnskapsgrunnlaget plassert i midten. Hva er kunnskapsbasert praksis? Ved å se på bildet ser det ut som om ulike typer kunnskap likestilles med hverandre og at de sammen utgjør kunnskapsgrunnlaget. I tekstbildet fremvises det en modell som sidestiller nettopp forskningsbasert, erfaringsbasert kunnskap med brukerkunnskap og brukermedvirkning samt rettkilder, verdier, ressurser og politikk. Det hele er omringet av kontekst. Kunnskapsbasert praksis fremstilles som et resultat av de sidestilte oppførte kunnskapene.

*Kontekst*



*Kontekst*

Kunnskapsbasert praksis

*Modellen er hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten*

(veileder s. 63)



Leser vi teksten med mistenksomhet, kan det forstås slik, ved å lese i undertittel Kunnskapsbaserte tjenester (s.63), at kunnskapsbasert praksis blir sammenfallende med den evidensbaserte praksis, da det er denne som blir omtalt som gjeldende kunnskap heretter i kapitlet. Kunnskapsbasert praksis presenteres i et kontinuum med evidensbaserte praksis. Påstanden fremstår som gyldig ved at definisjonen sies å være bredt anerkjent: *”Følgende definisjon av evidensbasert praksis er **bredt anerkjent**”*:(s.63). I redegjørelsen for hva som menes med evidensbasert praksis brukes integrering som begrep. Begrepet integrering kan lede leseren til et inkluderende og demokratiserende syn. Hva som skal ”integreres”, og utformingen av samarbeidet, forklares nærmere i setningen: <<*Evidensbasert praksis er **integrering** av den best tilgjengelige forskning med klinisk ekspertise sett i sammenheng med pasientenes egenskaper, kulturelle bakgrunn og ønskemål*>> (Tidsskrift for norsk psykologforening, 2007) (s.63).

Behandlere skal ha den beste forskning tilgjengelig. Dette gir assosiasjoner til mest mulig oppdatert og gyldig kunnskap. Pasientene bringer sine egenskaper inn i samarbeidet. Riktignok er både kulturell bakgrunn og ønskemål nevnt i setningen, men de følger med i listen sammen med egenskapene og tas dermed i betraktning på lik linje med disse. Pasientenes egen kunnskapserfaring, opplevelse og innsikt i egen situasjon er ikke nevnt. Nå er det kun én type kunnskap som fremstår som gyldig: den forskningsbaserte: Den forskningsbaserte kunnskapen blir heretter omtalt som gjeldende kunnskap i kapitlet, og de ulike type- kunnskapsområder blir rangert ulikt. Kvalitet knyttes nå til denne forståelse av gyldig kunnskap (den evidensbaserte). Det spesifiseres nærmere at dette helst skal være grunnsynet i praksisen til psykisk helsevern for barn og unge, og dermed for samarbeidspraksis: *”Praksis i det psykiske helsevernet for barn og unge bør bygge på dette grunnsynet. Faglig kvalitet innebærer at rutiner og praksis kvalitetssikres i tråd med dette”* (s.63).

Senere i det samme kapitlet vises det til måter å fremskaffe seg kunnskap på. Disse er forbeholdt helsepersonell og ikke brukerne: *”Oppdatert kunnskap er tilgjengelig for helsepersonell”* (s. 63). ”Sannheten” understrekes og impliseres ved å vise til begrepet oppdatert kunnskap uten å spesifisere nærmere hva som menes med dette. Det finnes jo ulike oppdaterte kunnskaper som er tilgjengelig. Brukernes kunnskap blir her redusert til pasientenes egenskaper og ønskemål. I det neste underkapitlet Behandlingsresultat, gjøres ulike typer kunnskap relevante når behandlingsresultatet skal evalueres for de som kan og de

som ikke kan delta i en bestemmende prosess, mens brukerne er helt fraværende: *”ledere og ansatte må kunne samle inn, analysere og tolke informasjon om behandlingsresultat”* (s.64). Det spesifiseres nærmere at å måle resultater er forbeholdt klinikere: *”Måleinstrumenter og systemer er tilgjengelig for klinisk bruk”* (s.64).

I underkapitlet Evaluering av behandlingsforløp gis pasient og foreldre anledning til å gå gjennom behandlingsresultatene ferdig utarbeidet, analysert og tolket av klinikere. Brukerne tilbys kun en gjennomgang av resultatene som allerede er tolket ferdig. Under punktet Bruk av resultatene er det: *”Gjennomgang av resultatene med pasient/foreldre og i team”*(s.64). I et senere underkapittel Lederens ansvar, som omhandler lederens ansvar i forhold til hva som skal vurderes som faglig forsvarlig, understrekes og skilles det igjen klart på hvem som har den nødvendige erfaring, ekspertise, skjønn og hvem som kun har preferanser. Blant andre punkter listet opp: *”Sikre faglig forsvarlig vurderinger ut fra behandlers erfaring, ekspertise og skjønn, samt pasient/foreldres preferanser”* (s.67).

Både retorikken og diskursen spiller en rolle her. Retorikken i teksten gjør at det ikke gis noe rom for undring fra leseren side. Kunnskapen blir implisitt synonymt med behandlernes og dermed ekspertenes kunnskap. Her presenteres behandlerne som de som sitter inne med pålitelig kunnskap og som kan forvalte kunnskapen ved å følge opp pasientene systematisk og måle behandlingseffekten. Hvilken posisjon får brukerne? De blir passive mottakere av behandlingen og de blir fulgt opp systematisk. Barn og foreldre blir posisjonert i en passiv tilskuerrolle. Deres subjektposisjon tillater dem å få innsyn, en gjennomgang av ferdig utarbeidede resultater. Grunnlaget for analysen og tolkningen ligger utilgjengelig for dem da dette er *”måleinstrumenter for klinisk bruk”*.

Her utelukkes det at brukerne skal kunne delta i prosessen. Pasientene har egenskaper, kulturell bakgrunn og ønskemål som klinikere skal ta i betraktning i kunnskapsgrunnlaget. Med dekonstruktivt og kritisk blikk kan det stilles spørsmål om hva som utelukkes i teksten i denne sammenheng: Hvorfor skal ikke pasientene kunne ta del i analysen og tolkningen av behandlingsresultatet hvis det demokratiske prinsippet skal være gjeldende? Det henvises i veilederen til at *”oppdatert kunnskap er tilgjengelig for helsepersonell”*. Igjen, kunnskap er forbeholdt helsepersonell fordi de alene innehar de riktige kvalifikasjonene for å innhente og forstå den ”nyeste og beste” kunnskapen tilgjengelig, for så å kunne foreta kyndig analyse og

tolkning. Her gjøres begrensingsprinsippet gjeldende. Noen har de riktige kvalifikasjoner for å uttale seg, andre ikke (Foucault, 1999:15-22).

### *Oppsummering*

Hvilken diskurs blir den dominerende i definisjonen av kunnskap? Hvilke implikasjoner fører dette med seg for subjektposisjonene i samarbeidet? Kunnskapsbegrepet tidlig i teksten knyttes tilsynelatende til brukere og det skrives at i kunnskapsgrunnlaget er det flere typer kunnskapsområder som er viktige. Som *særlig* viktig fremheves brukernes (barn og familier). Brukerne, dvs. barn og familier, skal i følge det som skrives innledningsvis i veilederen, involveres og gis anledning til å delta i kunnskapsgrunnlaget med egne bidrag, analysere og tolke informasjonen. Når kunnskap derimot knyttes til kunnskapsbasert praksis, blir denne i sin tur knyttet til evidensbasert kunnskap. Når dette skjer, er det den medisinske diskursen som får regjere. Her er analyse og tolking av resultater forbeholdt ledere og ansatte. Barn og familier får en passiv posisjon og blir mottakere av behandlingen. Teksten fremhever her den gjeldende diskursen innenfor psykisk helse for barn og unge: den medisinske. Oppgaven med å analysere og tolke informasjon er her utelukkende ment for ledere og ansatte. De får en ekspertposisjon. Pasienten kan godt komme med informasjon om både egenskaper, kulturell bakgrunn og ønskemål. Det er dog forbeholdt klinisk ekspertise å analysere og tolke denne informasjonen. I teksten foreslås riktignok en gjennomgang av resultatene med pasient/foreldre. Pasient/foreldre har dog ikke vært med på å analysere og tolke informasjonsgrunnlaget. De blir presentert for resultater ferdig analysert og tolket. I kapitlet hvor kvalitet og kunnskap knyttes til behandlingsforløp, blir det enda tydeligere at den medisinske diskursen får regjere. Kunnskapsbasert praksis blir sammenfallende med den evidensbaserte praksis. Barn og familiers kunnskapsområder reduseres til ønsker og egenskaper. Behandlere blir tvunget til en ekspertposisjon, pasientene til mottakere av ekspertenes vurderinger.

## **8. Tolking av resultater**

Det er et skille mellom hva teksten formidler i forhold til intensjonene hva angår samarbeid og de beskrevne praksiser i behandlingsprosessen. Min analyse viser hvordan tekstens retorikk og struktur ikke tillater andre måter å forstå det som det skrives om. Selv om det innledningsvis foreslås i veilederen at denne skal være nyttig både for brukerne og ansatte, viser det seg senere at veilederens modellesere er ansatte og ledere i poliklinikken. De

demokratiske intensjoner som veilederen både anbefaler, understreker og rettighetsfester tidlig i teksten, blir nærmest fraværende når behandlingsfasene og kunnskapsbasert praksis beskrives.

### ***Behandlingsfasene og subjektposisjoner***

I henvisningsfasen kan ikke barn og foreldrene henvende seg direkte til en poliklinikk. Hva sier dette om tilgjengeligheten til tjenestene for barn og unge? Barn, ungdom og familier skal gå gjennom en annen instans, eksempelvis lege eller barneverntjenesten. Lidelsen, problematikken skal være så pass stor at den kvalifiserer til en eller flere diagnoser. Innpass i til en poliklinikk innebærer å få definert barnets vansker i en diagnosesetting. Samarbeidet mellom legen og poliklinikken inkluderer ikke brukerne. Samarbeidet blir dermed noe som skal foregå mellom legen og poliklinikken. Begrensningsprinsippet gjør seg gjeldende. Noen disipliner har de riktige kvalifikasjoner for å ytre seg (leger, instanser) mens barn, ungdom og foreldre ikke innehar disse kvalifikasjoner. Teksten beskriver denne fasen nærmest som en administrativ prosedyre uten synliggjøring av konsekvensene for brukerne. Denne fremstillingen av samarbeid, eller sagt på en annen måte, usynliggjøringen av barn og familier i denne fasen, minsker deres muligheter til å være med på å definere og bidra for egen situasjon. Brukeren er avhengig av ”dørvoktere”, eksempelvis en henvisning fra lege som baserer seg på henviserens ekspertkunnskap. Pasientenes kunnskap er ikke gyldig. Demokratiseringsprinsippet blir på denne måten ikke ivaretatt da teksten ikke problematiserer dette.

I beskrivelsen av utredningsfasen, diagnosesettingen og behandlingsfasen, er den medisinske diskursen klart rådende og plasserer barn og familier som pasienter som ikke likestilte med klinikere i samarbeid. Teksten brister med å skrive frem barnet og pårørende som aktive deltagere i egen behandling og reduserer dem til objekter som behandles etter standardiserte metoder. Min analyse avslører et paradoks og en motsigelse ved at behandlingen **både** skal være individuell **og** følge standardiserte prosedyrer som ikke er tilgjengelig for andre enn behandlere. Denne motsigelsen forsterkes enda mer når det i avslutningsfasen, ved evaluering av behandlingen, ikke åpnes for en revidering eller/og evaluering av behandlingsopplegget. Er barn og pasienter ikke fornøyd med diagnostisering eller/og behandlingsprosessen, får de tilbud om å henvende seg til en annen faginstans.

Min dekonstruksjonsanalyse av veilederen viser at svaret på min problemstilling: ”Hvordan fremstilles samarbeid i behandlingsprosessen i *Veileder for poliklinikker for psykisk helsevern for barn og unge* ?” er at teksten fremstiller samarbeid som viktig og ser dette i lys av et demokratisk prinsipp til å begynne med. Partene i samarbeidet fremstilles tidlig som likeverdige med tanke på deres medvirkningsmuligheter. Senere motsier teksten seg ved å fremstille samarbeid som noe som skal foregå på behandlernes premisser. Barn, ungdom og familien blir ekskludert fra medvirkning og likeverdig deltagelse.

### ***Kvalitet, kunnskap og subjektposisjoner***

Veilederen skriver innledningsvis at kunnskapsgrunnlaget er plattformen for samarbeidet mellom barn/unge og behandlere. Teksten uttrykker ønske om å fremholde det demokratiske prinsippet når det gjelder definisjon og likestilling av de ulike kunnskapsformene. Det skrives at kunnskap skal deles mellom alle de involverte i samarbeidet og at målet er å komme frem til en felles forståelse for felles beslutninger. Når veilederen særskilt tar for seg kvalitet og kunnskap i eget kapittel og i forbindelse med behandlingsprosessen, bryter tekstens intensjoner sammen. Mens kvalitet tidlig i teksten forankres til brukernes opplevelse og definisjon i tillegg til at brukererfaring og innsikt fremheves som viktigere enn behandlernes, gjøres det motsatte senere i teksten. Kunnskapsbasert praksis som fundament for samarbeidet blir her ensbetydende med evidensbasert kunnskap. Brukernes kunnskap og erfaring blir her underordnet og reduseres til ønsker, egenskaper og preferanser.

Min analyse viser at kunnskap rangeres på en slik måte at reelt samarbeid blir vanskelig. Den ”gyldige” kunnskapen som skal sikre kvalitet i behandlingen er forbeholdt klinikere. Pasienter, barn og foreldre får en passiv tilskuerrolle. Den medisinske diskursen setter brukerne og behandlere i ulike subjektposisjoner, og dette undergraver intensjonen om et demokratisk syn på behandlingsprosessen som veilederen innledningsvis viser til. Det at barn og familiers kompetanseområder blir marginalisert, usynliggjort eller redusert til ønsker og preferanser, får konsekvenser for samarbeidet og aktørenes posisjoner. Hvilken kunnskap og hvordan den blir omtalt og beskrevet i en slik retningsgivende tekst, kan ha konsekvenser for hvor vidt samarbeidet skal følge et demokratisk prinsipp eller ei.

Derrida utfordrer logikken som baserer seg på hierarkiske og binære motsetninger som eksempelvis pasienter og behandlere. Det er et mangfold av perspektiver og tilnærminger som kunne ha relevans, men som er fraværende i teksten. Noen former for kunnskap og

dimensjoner i behandlingen har større verdi enn andre. Brukerkunnskap, men også verdier, ønsker, skjønn, skal ordne seg etter det som er overordnet (ekspertenes evidensbaserte kunnskap) og de blir i praksis ekskludert. Det synes viktig å definere terapeuters gyldige kunnskap, og brukerens egen kunnskap blir ikke nevnt. Analyse og tolkning av behandlingen som får konsekvenser for pasientene, er forbeholdt behandlere som innehar den nyeste og mest gyldige forskningsmessige kunnskap: den evidensbaserte. Teksten fører leseren inn i en skjult logikk som undergraver intensjonen om likeverdig kunnskap og brukervedvirkning.

I et sosialkonstruktivistisk perspektiv er ikke kunnskap bare er sum av alt de enkelte tar med seg inn i samarbeidet. Kunnskap er også noe som skapes og konstrueres i hvert enkelt møte. *”Vi er ikke, men **blir** i møte med oss selv og andre, slik vi også blir i møte med forskning, diagnose, behandling, ekspertuttalelser, osv”* (Helliesen, 2011:22).

Familieperspektiv, brukervedvirkning, kvalitet og kunnskapssyn vektlegges innledningsvis og den demokratiske diskursen synes å være sterkt tilstedeværende. Senere i teksten i kapitlene om behandlingsprosessen kunnskap og kvalitet settes det demokratiserende prinsipp til side. Familie- og nettverksperspektiv fremheves også som viktig på et tidlig tidspunkt i teksten, og ***blir*** helt konkret usynliggjort i behandlingsprosessen. Pasientenes og familiens subjektive opplevelser, meninger og egne historier blir ekskludert. Behandlere, om de vil eller ikke, blir plassert og posisjonert i en ekspertposisjon. Premissene behandlere forholder seg til og ordner seg etter, er forutbestemt og det gis ikke rom for alternativer. Samarbeidet reguleres av den medisinske diskursen som posisjonerer behandlere som eksperter på barn og psykiske lidelser, og barn, ungdom og familier som passive tilskuere til egen utredning og diagnostisering og mottakere i egen behandling.

## 9. Refleksjoner på metoden

Etiske overveielser er noe som bør integreres i alle faser av et forskningsprosjekt. Ulike faser krever tilpasset problematisering og håndtering. I tematiseringsfasen inngår vurderingen av en eventuell samfunnsmessig nytte ved forskningen (Kvale og Brinkmann, 2009:79-81). Min undersøkelse handler om å se nærmere på hvordan samarbeidet fremstilles i *Veilederen for poliklinikker for psykisk helsevern for barn og unge*. Jeg har rettet fokus på en sentral retningsgivende tekst som bidrar til å produsere og reprodusere praksiser. Nyten av denne undersøkelsen kan, slik jeg ser det, være å øke bevisstheten om de ”skjulte” mekanismer som befinner seg i språket. Oppgaven er til dels å få øye på de ”trege” diskurser (i dette tilfelle den

medisinske diskurs) som kan stå i veien for en reell og konstruktiv dialog mellom behandlere, barn unge og deres pårørende. Først når bestemte kontekster og diskurser belyses og problematiseres, kan nye muligheter bli tilgjengelig. Jeg håper denne oppgaven kan være et lite bidrag i denne retningen. Slik jeg ser det, vil det å utforske språk og diskurser rundt samarbeid i en terapeutisk sammenheng ellers kunne bidra til økt bevisstgjøring om hvordan dette samarbeidet kunne utformes, og dermed øke muligheter som kan komme barn og familier til gode ved for eksempel en gjennomgang av institusjonens rutiner og arbeidsmetoder.

I min rolle som forsker og kunnskapsskaper bør jeg aktualisere og problematisere mine styrker og mangler hele veien. En del av egen forforståelse er heftet med noe av den samme forståelse materialet jeg skal undersøke er heftet med. Dette siden mitt yrke og store deler av min utdanning er i samme felt. Min forforståelse er også påvirket av egne erfaringer, både personlige og yrkesmessige. Jeg har en nærhet til materialet, både min utdanning og mitt arbeid har påvirket valgene av tema, det jeg ser etter og tolkningen av teksten. Jeg ser fordeler og ulemper med valg av et material som jeg har en slik nærhet til. Fordelene handler om kjennskap til feltet og dermed kjennskap til hvilke begreper som er knyttet til materialet og hvordan de kan forstås. Dette kan være til hjelp i forhold til å identifisere det som er relevant i det jeg skal undersøke. Enhver tekstanalyse forutsetter god kjennskap til feltet (Bergström, 2010). Ulemper med nærhet til feltet er at det kan være utfordrende for forskeren å holde en viss distanse til materialet, i analysen og tolkningen. Fra et hermeneutisk perspektiv vil det være viktig å forsøke å ha en høy bevissthet om hva jeg som forsker sitter med av forhåndskunnskap og forforståelse slik at jeg kan få bedre innblikk i det som kan være mitt bidrag og mine begrensninger i forhold til det valgte materialet og fortolkningen.

I løpet av forskningsprosessen vil jeg komme til flere horisontsammensmeltinger underveis. I følge den hermeneutiske sirkel påvirker helheten delene, som i sin tur påvirker helheten (Gadamer, 1999). I denne undersøkelsen, i den begynnende fasen av, slik jeg skrev tidligere i oppgaven, fremsto kvalitet og kunnskap som sentrale begreper i teksten i korrelasjon med samarbeid. Av den grunn har jeg åpnet en tredje del av analysen for å se nærmere på hvordan dette blir fremstilt for så se resten av funnene i lys av dette. Asbjørn Johannesen (2006) foreslår å bruke begrepet bekreftbarhet i kvalitative undersøkelser istedenfor objektivitet (ibid:231). En styrking av bekreftbarhet kan bestå i å være nøye med å beskrive hele forskningsprosessen, at fortolkninger støttes av annen litteratur, av andre forskere, og i



eventuelle tilbakemeldinger fra tekstens forfattere. Jeg har etter beste evne forsøkt å være transparent i min analyse ved å vise direkte til materialet, refleksjoner og tolkninger underveis. På denne måten blir det lettere for lesere å følge og eventuelt trekke andre slutninger enn de jeg har foreslått. For å øke tilgjengeligheten for leseren har jeg tatt med innholdsfortegnelsen til veilederen i oppgaven. Jeg har relatert mine tolkninger til materialet i form av direkte sitater hele veien. I tillegg har jeg oppgitt linken til veilederen på nettet, lagt ved en tabell som viser noen av de mest relevante brukte momenter og noen av de mest sentrale deler brukt i analysen. I denne forståelse har jeg funnet det spesielt viktig å plassere materialet i sin historiske og aktuelt samfunnsmessige kontekst. Jeg har ikke kontaktet de som har skrevet veilederen da jeg ønsket å analysere det som ytres i teksten og ikke forfatterens eventuelle meninger og intensjoner, som ikke fremkommer i den skrevne teksten.

Analysen er ikke uttømmende. Jeg har foretatt et utvalg av deler fra veilederen som jeg har sett på som mest sentrale. Andre deler kunne også med fordel blitt tatt inn i analysen. Jeg har valgt å rette fokus på samarbeidet på individnivå. Mine refleksjoner er verken ”sanne” eller uttømmende, men konstruert av meg og av den grunn kommer visse forståelser i forgrunnen og andre i bakgrunnen. Derrida er opptatt av å avsløre urettferdighet som er til hinder for demokrati. Dette perspektivet har inspirert mitt valg av analysen. En dekonstruktiv tilnærming har hjulpet meg i analysen med å identifisere mulige ”sprekker” og motsigelser i teksten og dermed kunnet våge å vise til alternative tenkemåter og ikke finne ut én eventuell ”sannhet”. Det har vært nyttig å stille seg spørsmål om: hva gjør teksten? Blant annet ved å avsløre noe av retorikken, den ideelle modelleser og hvilke posisjoner barn og omsorgspersoner tilbys i diskursen. Jeg tenker at det også har vært nyttig i min analyse å knytte retorikk til Foucaults forståelse av diskurs, uttynningsprinsipp og utelukkelsesprosedyrer i en psykisk helsekontekst sammen med Derridas dekonstruktive tilnærming til teksten.

Flere kritiserer poststrukturalistisk inspirert forskning for å være relativistisk. Ut fra relativismen kan man si at den strukturen eller det konseptet man ønsker å analysere vil relateres ulikt fra person til person, og dermed vil kritikere si at det er behov for et fast utgangspunkt: ”en sannhet” (Fay, 2010). Postmodernisten vil svare at forskeren alltid vil være posisjonert innenfor sin kultur og dermed at ”den rene” nøytrale sannhet om et fenomen ikke finnes (Søndergaard, 2000: 68-70). Jeg har vist til relatert forskning når det angår samarbeid som kan underbygge nytten for denne undersøkelse. Jeg har også vist til en dekonstruktiv fortolkning av kunnskap som kan støtte opp under min analyse og tolkning av materialet. Jeg

ønsker å ha en ydmyk holdning til de personer og instanser som står bak teksten jeg har analysert, da eventuelle intensjoner og andre vitenskapelige utgangspunkter ikke nødvendigvis er blitt tatt tilstrekkelig hensyn til i oppgaven. Kvale og Brinkmann trekker frem Foucaults etiske råd: *”Jeg hevder ikke at alt er dårlig, men at alt er farlig, noe som ikke er helt det samme som dårlig. Hvis alt er farlig, er det alltid noe vi kan gjøre”* (Foucault 1997: 256 i Kvale og Brinkmann, 2009:94).

## **10. Oppsummering og videre refleksjoner**

Min undersøkelse viser at teksten har en klar demokratisk intensjon og forpliktelse til samarbeid mellom behandlere, barn, unge og deres pårørende. Men denne brister når den medisinske diskursen gjør seg gjeldende og tar overhånd. Analysen avslører et paradoks og en motsigelse. Pasienten, altså barnet, skal tilsynelatende ha en subjektposisjon som deltaker i sin egen behandling. Behandlingen skal dermed være individuell, men samtidig utformes etter standardiserte metoder og prosedyrer som kun er tilgjengelige for klinikere. Professor Per Fugelli (2009, Årg.7, nr,10) ytrer sin bekymring over de byråkratiske prosedyrene som tvinger leger til å sette en diagnose for at en person som sliter skal kunne få hjelp. Han advarer også i mot den såkalte objektiviteten i de kliniske intervjuer som benyttes for diagnosesettingen (ibid). En kritisk og analytisk refleksjon over kompleksiteten i det å kombinere ulik kunnskap i et samarbeidsforum kan være svært nyttig, når denne institusjonen, slik som en poliklinikk for barn og unge, skal utarbeide eller gjennomgå praksis for samarbeid med barn og familier.

Språket, hva og hvordan samarbeid formidles i et sentralt skriv, kan ha konsekvenser for dets utøvelse. I min analyse har bristen i teksten vist seg mest i forhold til brukermedvirkning, familieperspektiv og kunnskapssyn. Det å synliggjøre disse perspektiver kan øke bevisstheten rundt det som angår samarbeid for barn og unge i en psykisk helse kontekst. I samarbeid med pårørende og behandlerne som deltakere vil det være slik, at de første har mindre makt og mindre oversikt enn profesjonsutøver. Barn og familier kommer lett i et avhengighets eller underordnet forhold til sine hjelpere. Uansett hvilken behandlingstilnærming/terapiform og uansett i hvilken grad den baseres seg på evidensbasert forskning eller ei, er samarbeidets utforming med barn, unge og deres familier viktig. Med Derrida sitt perspektiv er de fraværende dimensjoner i teksten avslørende for urettferdighet og for mangler på demokratiet. Samtidig er det nettopp å avsløre mangel på demokrati som er forutsetningen for demokratiet.

Fjeldstad (2008) sin forskning bekrefter igjen at noen av de viktigste faktorene i behandlingsprosessen er de felles faktorene, de som behandleren og pasienten deler i møte med hverandre. Det finnes tilnærminger og terapiformer som ser samarbeid og brukermedvirkning som hovedanliggende i et behandlingsløp. For eksempel er Klient- og resultatstyrt terapi, utviklet av Barry Duncan og Scott Miller og deres kollegaer, en tilnærming hvor formålet er å gi brukere en sentral plass som aktive deltakere i utforming og vurdering av egen behandling (R-Bup, 2006). En annen tilnærming er den narrative med Michael White (1948-2008) som hovedgrunnlegger. Denne har blant annet sitt fundament i Foucault sin forståelse av samfunnets disiplineringsmekanismer. Samarbeidet i denne terapiformen kjennetegnes ved at brukernes/pasientenes egne spesifikke, lokale kunnskaper og erfaringer står sentralt. Den bygger på erkjennelsen av at alle menneskers liv og erfaringer er unike og at det ikke finnes en psykiatrisk tilstand som er lik en annen. Det er individets kunnskap om eget liv og historier som er hovedkilden til innsikt i egen behandling. Terapeuten har som oppgave å ”lyse opp” pasientene/barnets kunnskap om seg selv i fellesskap og sammen med barnets/ungdommens ”viktige andre” (Lundby, 2009:11).

Flere tilnærminger og behandlingsformer kan være aktuelle for barn, unge og deres familier som ber en poliklinikk om hjelp. Selv om flere av tilnærmingene verken har dokumentert økt brukermedvirkning eller for øvrig dokumentert økt effekt og i forskningsøyemed er definert som ”eksperimentelle” behandlingstilbud, tenker jeg at det kunne være nyttig å forske videre på disse og eventuelt andre tilnærminger som har samarbeid med brukerne i fokus. Min analyse viser at uavhengig av hvilken terapiform som brukes, kan selve utformingen av behandlingsprosessen virke inn og styre mulighetene for samarbeid. Det å avsløre begrensninger i en utforming kan frigjøre og åpne opp for muligheter.

En videre refleksjon som jeg har i forhold til samarbeid i denne konteksten er hvilket ”arbeid” som i fellesskap bør inkluderes i en behandling. Skal individrettet behandling være det eneste svaret på funksjonshemninger, vansker og psykiske lidelser? Professor Julia Kristeva (2008 i Engebretsen, 2012) snakker om autisten og epileptikeren ikke som medisinske kasus, men som borgersubjekter. De skal kunne virke i sin annerledeshet og til og med forbli ubegripelige uten at de nødvendigvis skal ”repareres” (ibid: 2008:65 i Engebretsen, 2012:19). Hva trenger barn og familier som ber om hjelp til en poliklinikk? Det som ikke nevnes i denne veileder er en mulig vurdering og innsats rettet mot barnets omgivelser, slik som familie og skole. Det at veileder ikke nevner denne delen av behandlingsarbeid, som jeg vet enkelte behandlere

forholder seg til, kan få konsekvenser. ”Behandlingen” kan også tenkes å innebære tilrettelegging både praktisk og holdningsmessig for barnets eget individualitet (det være seg delvis diagnosebetinget eller ei). Et barn med ADHD<sup>16</sup> diagnose eller med Tourett syndrom trenger ikke nødvendigvis behandling som **eneste** alternativet til å trives i og hankses med samfunnet. Samfunnet kunne på sin side også lære seg å leve med mennesker som viser sin hyperaktivitet, varierende konsentrasjon og tics. Går det an å tenke at ikke bare de som er annerledes skal ”disiplineres” eller hjelpes til normaliteten, men at det også er mulig for samfunnet å legge til rette for annerledeshet og til og med bli beriket av dette? Kristeva stiller spørsmål ved i hvilken grad annerledes og sårbare erfaringer kan deles. Hun lurer på om en slik deling kan bidra til nærhet istedenfor avstand og snakker her om en ”nærhetens demokrati” (Hanisch 2012 i Engebretsen:117-118).

---

<sup>16</sup> ADHD: Attention Deficit Hyperactivity Disorder (Hyperkinetisk forstyrrelse, F90)

## Litteraturliste

- Andersson, Heidi Wessel. *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge*. 2009. SINTEF – Rapport 2/09
- Annfelt, Trine. 2003. ”Jazz i endring. Om formidling av kjønn og seksuell orientering på musikalske arenaer”. I *Kvinder, Køn & Forskning*. Nr.4/2003
- Antonovosky, Aaron. 2004. *Helbredets mysterium*. Hans Reitzels Forlag
- Bateson, Gregory. 1972. *Steps to an Ecology of Mind*. Chandler Publishing Company.
- Berge, Kjell Lars. 2003. ”Hvor er makten i teksten?” I K. L. Berge, S. Meyer og T.A. Trippestad (red.). *Maktens tekster*. Oslo: Gyldendal akademisk
- Berge, Kjell Lars. 2010. <<Tekst og ytringshandlingsteori>>. *Skandinaviske sprogstudier*. ISSN 1902-8504, 8
- Bergström, G. och K. Boréus (red.) 2005. *Textens mening och makt: metodbok i samhällsvetenskaplig text- och diskursanalys*. Studentlitteratur
- Bokmålsordboka. 1998. *Definisjons- og rettskrivningsordbok*. Universitetsforlaget
- Burr, Vivien. *An introduction to Social Constructionism*. 1995. London: Sage
- Bø, Inge og Schiefloe, Per Morten. 2007. 2. Oppgave 2009. *Sosiale landskap og sosial kapital. Innføring i nettverkstenkning*. Oslo: Universitetsforlaget
- Dahl, Alv A.; Eitinger, Leo; Malt, Ulrik Fr.: Rettstøl, Nils. 1994. *Lærebok i psykiatri*. Universitetsforlaget AS
- Derrida, Jacques. 1969. *De la grammatologie*. Paris: Minuit
- Derrida, Jacques. 1976. *Of Grammatology*. Oversatt av Gayatri Spivak. Baltimore: Johns Hopkins University Press
- Derrida, Jacques. 2002. *Lovens makt. Autoritetens mystiske begrunnelse*. Oslo: Spartacus
- Division 12 Task Force. *Training in and dissemination of empirically-validated psychological treatments: Report and recommendations*. *Clinical Psychologist*. 1995, 48: 3 – 23
- Ekeland, Tor-Johan. 2004. *Autonomi og evidensbasert praksis*. 6/2004. Høgskolen i Oslo
- Engebreetsen, Eivind. 2007. *Hva sa klienten? Retorikken i barnevernets journaler*. Cappelen
- Engebreetsen, Eivind (red.) og Marit Haldar. 2010. *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. Oslo: Gyldendal Akademiske
- Engelstad, F. (under utg.): *Theories of power and communication*. Manus
- Fjeldstad, T. (red.). 2008. *Klienten – den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Gyldendal Akademisk

- Fay, Brian. 2010. *Contemporary Philosophy of Social Science*. Blackwell Publishing
- Foucault, Michel. 1969. *L'Archéologie du savoir*. Gallimard. Paris
- Foucault, Michel. 1988. Two lectures (s.78-108). I Gordon C. (red.): *Power/knowledge: Selected interviews and other writings 1972.1977*. New York. Pantheon Books
- Foucault, Michel. 1999. *Diskursens orden*. m/etterord av Espen Scaanning. Oslo: Spartacus
- Fugelli, Per. 2005. <<Halvparten av oss må oppsøke psykisk helsevern i løpet av livet, anslår myndighetene. 13 prosent av befolkningen går allerede på nervemedisin. Galskap?>> *Morgenbladet*. 27. Mai 2005 – 4:00
- Fugelli, Per. 2009. <<Diagnoser er kulturrelativ>>. 2009. *PsykNytt*. Årg. 7, nr. 10
- Gadamer, Hans-Georg. 1999. ”Forståelsens historisitet som det hermeneutiske problem”. I Guldahl, J. og Møller, M. (red.). *Hermeneutikk. En antologi om forståelse*. København. Dansk Gyldendal
- Gedde-Dahl, Trine. 2002. Å lese læreplaner. I J. Tønnesson og T. Gedde-Dahl. *Den flerstemmige saksprosaen: nye tekstanalyser*. Bergen: Fagbokforlaget
- Gullestad, Marianne. 2002. Det norske sett med nye øyne: *Kritisk analyse av norsk innvandringsdebatt*. Oslo. Universitetsforlaget
- Haldar, Marit. *Kjærlighetskunnskap*. 2006
- Hanisch, Halvor. 2012. ”Annerledeshet og dødelighet. Møtet med annerledeshet, sårbarhet og død hos Ibsen og hos Kristeva”. I Engebretsen, Eivind (red.). *Annerledeshet. Sårbarhetens språk og politikk*. Gyldendal Akademisk
- Heggen, Kristin og Engebretsen, Eivind. 2009. <<En dekonstruktiv nærlesing av arbeidsbok for sykepleiere>>. *Sykepleie Forskning* 4/2009
- Helliesen, Ole. 2011. ”Diagnosens legitimitet innen psykisk helsevern”. *Fokus for familien* nr.1
- Helsedepartementet. 2003. *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse. ...sammen om psykisk helse...I-1088*
- Helsedirektoratet. 2008. *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge*. Veileder IS-1570
- Hertz, Søren. 2010. *Børne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uanede muligheter*. Akademisk Forlag
- Haavind, Hanne (red.). 2000. *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo. Gyldendal Norsk Forlag
- Hårtveit, Håkon og Jensen, Per. 2004. *Familien – pluss én. Innføring i familieterapi*. Universitetsforlaget

- Jegerstedt, Kari. 2008. "Dekonstruktiv tilnærming". I Mortensen, Ellen (et al.) . *Kjønnteori*. Oslo: Gyldendal
- Jensen, Per. 2009. *Virkningsdiskursen*. Fokus på familien/2009
- Johnsen, Astri. 2007. New branches on the tree of knowledge. Challenges for a systemic family therapist. *Journal of family therapy*, 29 (2).
- Jørgensen, Marianne Winter og Louise Philips. 1999. *Diskursanalyse som teori og metode*. Roskilde Universitetsforlag: Samfundslitteratur, Frederiksberg
- Kolstad, Arnulf. 1998. Mental helse, sykdom og samfunn. De psykologiske (dys)funksjonenes sosiokulturelle grunnlag. I *Psykiatri i endring*. (Karlsson Bengt red.). Notam Gyldendal
- Kvale, Steinar og Brinkmann Svend. 2009. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Kvaran, Inge. 2010. *Teoretiske perspektiver for å forstå barns utvikling og oppvekst*. I <<Pipet i den minste strupe ska bli kvitring over eng>>. Fo 2010
- Kvello, Øyvind (red.) og Skaalvik, Einar M. Barn og miljø. 1998. *Om barns oppvekstvilkår i det senmoderne samfunnet*. Tano. Aschehoug
- Laing, Ronald D. 1973. *La politica della famiglia*. Giulio Einaudi editore s.p.a. Torino
- Laing, Ronald D. 1974. *Selvet og de andre*. Gyldendals Fakkell-bøker
- Lambert, Michael J. 1992. *Implications of Outcome Research for Psychotherapy Integration*.
- Landrø, Marit Ingebjørg og Wangensteen Boye (red.). 1998. *Bokmålsordboka. Definisjon- og rettskrivingsordbok*. Universitetsforlaget
- Lundby, Geir (red.). 2009. *Terapi som samarbeid. Om narrativ praksis*. Pax forlag
- Mekjan, Sindre. 1999. "Kunnskap, makt, etikk og politikk i Jacques Derridas dekonstruksjon", i Engelstad, Fredrik (red.). *Om makt. Teori og kritikk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal
- Mæhle, Magne. 2001. *Bruk av barnespesifikk kunnskap i familieterapi*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten. 2008. *Foresattes vurdering av barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2006. Resultater fra en nasjonal undersøkelse*. Rapport fra Kunnskapssenter Nr. 2 – 2008 (Pas Opp-rapport)
- Polanyi, Michael. 2001. *Den tause dimensjonen. En introduksjon til taus kunnskap*. Oslo: Spartacus
- R-Bup (Regionsenter for barn og unges psykiske helse- Helseregion ØST og SØR. 2006). *Å spørre den det gjelder. Erfaringer med Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk*

*helsearbeid.*

- Reichborn-Kjennerud, Ted og Falkum, Erik. 2000. <<Grunnlaget for psykiatrisk behandling fra tro til vitenskap>>. *Den norske legeforening*. Volum 120, nr. 10/2000
- Riksrevisjonen. 2007. *Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer*. Dokument nr.3:7 (2006-2007). Oslo. Riksrevisjonen
- Ringdal, Kristen. 2007. *Enhet og mangfold*. 2. Utgave. Bergen: Fagbokforlaget
- Ringen, Petter Andreas og Dahl, Alv A. 2002. <<Modeller og trender i psykiatri – bør nevrobiologi danne en felles basis?>> *Den norske legeforening*. Nr.20. 2002
- Schaanning, Espen. 1996. ”Diskursens materialitet – Del I: Foucault”
- Schaanning, Espen. 1993. ”Michel Foucault”. I *Vestens tenkere*. (red. Eriksen, Trond Berg). Oslo. Aschehoug Bd 3
- Seim, Sissel. 2004. *Brukermedvirkning og profesjonell praksis i barne- og ungdomsvernet*. Norges forskningsråd
- Seim, Sissel. 2007. *Brukermedvirkning i barnevernet*. Universitetsforlag
- Skjervheim, H. 2002. *Psykologien og mennesket si sjølvfortolkning*. I J. Hellesnes & G. Skirbekk (red.). *Mennesket*. Oslo: Universitetsforlaget
- Slettebø, Tor, Brodtkorb, Elisabeth og Dalen, Hilde. 2012. *Brukernes erfaringer og syn på kollektiv brukermedvirkning*. Forskning 1/12, s. 43-55
- Solem, May-Britt, Tilden, Terje & Thuen, Frode. 2008. Å ta empirien på alvor – Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere?. *Fokus på familien* nr.2
- Solem, May-Britt. Den 8. Nordiske kongress i familierapi 27.-30.08.2008
- Sosial- og helsedirektoratet. 2005. ...OG BEDRE SKAL DET BLI! *Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i Sosial- og helsetjenesten (2005-2015). Til deg som leder og utøver*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1162 Veileder
- Sosial- og helsedirektoratet. 2006. *Brukermedvirkning – psykisk helsefelt. Mål, anbefalinger og tiltak i Opptappingsplan for psykisk helse*. IS-1315 Rapport
- Sosial- og helsedirektoratet, 2007. *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet. IS-1405 Veileder
- Stang, Elisabeth Gording. 2007. *Det er barnets sak. Barnets rettstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4*. Universitetsforlaget
- Statens helsetilsyn. 1996. *ICD-10. Den internasjonale klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. 10. Revisjon. Elanders Forlag AS
- Statens helsetilsyn. 2000. *ICD-10. Psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser. Kliniske*



- beskrivelser og diagnostiske retningslinjer.* Gyldendal Akademisk
- Stern, Daniel. 1985. *The interpersonal World of the Infant.* Basic Book. New York
- Stern, Daniel. 2007. *Her og nå. Øyeblikkets betydning i psykoterapi og hverdagsliv.* Abstrakt forlag
- St. Meld. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Sosial og helsedepartementet
- St. Prp. Nr. 63 (1997-1998). *Om opptrappingsplan for psykisk heles 1999-2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998.* Det kongelige sosial- og helsedepartementet
- Svartberg, M, Stiles TC. *Comparative effects of short-term psychodynamic psychotherapy: a meta-analysis.* *J Consult Clin Psychol* 1991; 59: 704 – 14
- Søndergaard, Dorte Marie. ”Destabiliserende diskursanalyse: veje ind i poststrukturalistisk inspirert empirisk forskning”. I Haavind, Hanne (red.). 2000. *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning.* Oslo. Gyldendal Norsk Forlag
- Syse, A. 2004. *Pasientrettighetsloven: Med kommentarer.* 2 utg. Oslo. Gyldendal Akademisk
- Tjønneland, Eivind. 1993. ”Jacques Derrida”. I *Vestens tenkere.* (red Erik Trond Berg. Oslo). Aschehoug Bd 3
- Ulvik, Oddbjørg Skjær. 2007. *Seinmoderne fosterfamilier. En kulturpsykologisk studie av barn og voksnes fortellinger.* Oslo: Unipub forlag
- Watzlawick, P., Beavien, J.H. og Jackson, D.D.. 1967. *Pragmatics of Human Communication.* Norton & Co., New York
- Weisæth, Lars og Dalgard, Odd Steffen (red.). *Psykisk helse.* 2000
- Ørstavik, Sunniva. 1996. *Brukerperspektivet – en kritisk gjennomgang.* INAS-NOTAT 1996:8. Institutt for sosialforskning. Oslo
- Aamodt, Ingerid. 2006. *Den nødvendige uroa - en kritikk av brukerbegrepets uutholdelig letthet.* Nordisk sosialt arbeid, nr.4, Vol.26

## Kapittel 1. Innledning

<i>Kvalitet i tjeneste s. 7</i>	Tjenestene skal sikre å <b>involvere brukere og gi dem innflytelse</b>
<i>Målgruppe s. 7</i>	Veilederen er ment som et <b>hjelpemiddel</b> for poliklinikker, men <b>også</b> at den kan være nyttig for samarbeidspartnere og <b>brukere</b>
<i>Faglige råd s. 8</i>	- Veilederen er ment å bidra til at poliklinikker holder fokus på de viktigste arbeidsoppgaver herunder <b>samarbeid med brukere</b> - Poliklinikken har behov for et <b>mangfold av verktøy og forståelsesmodeller</b>

## Kapittel 2. Samhandling, ansvar og oppgavefordeling

<i>Anbefalinger s. 11</i>	. Anvendelse av <b>brukerkompetanse og brukererfaring</b> er en viktig del av kunnskapsgrunnlaget
<i>2.3 Brukermedvirkning s.13</i>	- Brukere <b>har rett</b> til medvirkning på system- og individnivå. Brukerne i tjenester rettet mot barn og unge er definert som barn, unge og deres foreldre. De voksnes ansvar for barnas situasjon gir brukerbegrepet et litt annet innhold i tjenester for barn og unge enn det som gjelder voksne. - Det psykiske helsevernet for barn og unge <b>skal</b> være kunnskaps- og erfaringsbasert, og brukererfaringer er en del av kunnskapsgrunnlaget
<i>2.3 Brukermedvirkning på individnivå s. 14</i>	- Behandlerne i poliklinikken må <b>anerkjenne brukerens rett til å definere kvalitet, mål og resultater</b> på egne vegne - Barn/unge, foreldre og behandlere bør i <b>felleskap sette mål</b> for utredningen og behandlingen. <b>Brukerens opplevelse bør</b>

	<p><b>vektlegges.</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Rammene</b> for behandlingen <b>diskuteres og avtales med pasienten og pårørende</b></li> <li>- Det bør legges opp til <b>regelmessig evaluering av behandlingen, der både barn/unge, foreldre og behandlere er informanter</b></li> <li>- Evalueringsspørsmål til brukere bør omfatte <b>opplevd likeverd, samarbeid om måloppnåelse og planer, åpenhet</b> om vanskeligheter i samarbeidet og <b>barn/unges og foreldres vurdering</b> av bedring og tilfredshet med tjenesten</li> </ul>
<i>Tilrettelegging for barn og unges medvirkning s. 15</i>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poliklinikken i samarbeid med foreldre <b>legger til rette</b> for at barn og unge kan inkluderes og <b>delta på egne premisser</b></li> <li>- med barn må man ofte ta i bruk andre kommunikasjonsformer enn de med voksne</li> <li>- samtalen alene kan være vanskelig for mange barn</li> </ul>
<i>2.4 Samhandling og oppgavefordeling mellom poliklinikk og kommunale tjenester s. 18</i>	<p>Poliklinikkene bør være preget av <b>serviceorientering i forhold til behovene som beskrives av brukerne selv og/eller tjenestene</b> i kommunene</p> <p>* Den enkelte behandler <b>tar ansvar for å initiere og delta i utarbeidelse av individuell plan</b> der pasient/foreldre har rett på og ønsker dette</p>

\* I teksten er Individuell Plan (IP) nevnt som et verktøy som skal forplikte behandleren å foreslå å ta denne planen i bruk sammen med pårørende, derav brukeren har rett på den (når det kreves sammensatte tjenester over tid). Denne planen er spesielt utformet for å gi brukerne størst mulig innflytelse. Brukeren har nemlig i denne planen, for eksempel, rett til å sette opp en målsetting som ikke nødvendigvis sammenfaller med behandlerens målsetting. Dette er ment å være en overordnet behandlingsplan som skal overstyre alle andre eventuelle behandlingsplaner rundt brukeren. Brukermedvirkning er på denne måten satt opp som svært viktig men dette kommer ikke frem i selve veilederen. Jeg vil derfor ikke ta denne til denne analyse.

### Kapittel 3. Kjerneoppgaver

<p><i>Anbefalinger s. 23</i></p>	<p>Utrednings- og behandlingsvirksomheten er planmessig og gjennomføres <b>i tett samarbeid med pasient og familie</b></p>
<p><i>3.1 Henvisning og inntaksvurdering s. 25</i></p>	<p>- For å motta utredning eller behandling i det psykiske helsevernet for barn og unge, trenger pasienten en henvisning. Hvem som kan henvise til det psykisk helsevern for barn og unge fremgår av forskrift om godtgjørelse av utgifter for legehjelp som utføres ved statlige institusjoner</p> <p>- Poliklinikker bør ha et nært samarbeid med kommunale helsetjenester og sosial- og barneverntjenestene i opptaksområdet for å oppnå mest mulig helhetlig vurdering og utredning av henviste pasienter.</p>
<p><i>3.2 Utredning s. 28</i></p> <p>s. 29</p>	<p>Utredningen må ha et familie- mestrings- og utviklingsperspektiv - <b>Dialog</b> med og <b>anerkjennelse av pasientens evne til å forstå og fortolke seg selv</b> bør være grunnlag for en <b>felles forståelse</b> som kan bidra til løsninger på pasientenes vansker</p> <p>- <b>Utredningsplan lages sammen</b> med barnet/ungdommen og foreldre</p>
<p>s. 29</p>	<p>- Utredningsplanen <b>kan</b> sendes pasient/foreldre og henviser</p> <p>- Innhold i utredning kan være:</p> <p>- <b>kartlegging</b> av relevante vansker</p> <p>- <b>systematisk diagnostisk vurdering</b> med systematiske diagnostiske intervjuer, spørreskjema og standardiserte utredningsinstrumenter med pasient og foreldre</p>

s. 30	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Egnede instrumenter for generell kartlegging av psykisk helse: Diagnostiske intervju, Generelle spørreskjema, Skåring ved behandler</li> <li>- Bruken av <b>kartleggingsinstrumenter</b> erstatter ikke <b>kliniske vurderinger</b> og <b>skjønn</b></li> <li>- Dette forutsetter systematisk opplæring i bruk av instrumenter</li> </ul>
<p>3.3 Diagnostikk s. 31</p> <p>s. 32</p>	<p>Den diagnostiske vurderingen i forbindelse med utredningen skal være en <b>samlet vurdering av pasientenes tilstand og livssituasjon</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Det stilles ingen formelle krav til hvem som kan foreta en diagnostisk vurdering..</li> <li>- <b>Resultatene</b> fra utredningen inklusiv diagnose, <b>bør gjennomgås</b> med pasient/foreldre som grunnlag for drøfting av videre tiltak og eventuelt utarbeidelse av behandlingsplan</li> <li>- Det skal alltid <b>gis en forståelig tilbakemelding</b> til pasient/foreldre.</li> <li>- Pasient/foreldre har også <b>rett på en second-opinion fra annen fagperson/instans</b> om ønskelig</li> </ul>
3.4 Behandlingsplan s. 32	<b>Behandlingsplan skal utarbeides sammen</b> med pasient og/eller foreldre
s. 33	<p>Hovedpunkter i behandlingsplan:</p> <p>Henvisningsgrunn, Diagnostiske vurderinger (multiaksial klassifikasjon) og kasusformulering</p>

3.5 <i>Behandling</i> s. 34	Behandlingstilbudet bør bygge på en behandlingsplan som er <b>utformet i samarbeid</b> med pasient og evt. foreldre
3.7 <i>Journaldokumentasjon</i> s. 37	<p>- Tilstander kodes for å gi systematisk informasjon om pasientenes kontakt med helsevesenet, basert på informasjonsgrunnlaget i journalen. Hver tilstand eller problem skal kodes om den var til stede bare en kortere del.</p> <p>- I kodingen skal multiaksial klassifisering for BUP brukes og alle 6 akser skal kodes: Klinisk psykiatrisk syndrom, Spesifikke utviklingsforstyrrelser, Psykiatrisk utviklingshemming, Somatiske tilstander, Avvikende psykososiale forhold, Global vurdering av funksjonsnivå</p>

## Kapittel 5. Faglige ressurser og kompetanse

<i>Anbefalinger</i> s. 55	<p>- Klinikkenes arbeidsformer og møtestrukturer sikrer at alle saker er tverrfaglig belyst</p> <p>- Praksisen bygger på mange ulike kunnskapskilder</p>
5.1 <i>Kompetanseprofil -Basiskompetanse</i> s. 56	<p>- Familie- og nettverksbaserte tilnærminger må være en del av basiskompetanse</p> <p>- Alle medarbeiderne i psykisk helsevern for barn og unge må ha grunnleggende kunnskap om normalutvikling og skjevutvikling, samt psykiske lidelser hos barn og unge knyttet til en biopsykososial forståelse.</p> <p>- Utgangspunktet for god behandling er en grundig forståelse av pasientenes situasjon med problemområder og tilgjengelige ressurser</p>

## Kapittel 6. Faglig kvalitet i tjenesten

<p>Anbefalinger s. 61</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Poliklinikken legger til rette for en <b>åpen</b> kultur hvor tilbakemeldinger, læring av egen praksis og fokus på kvalitet står sentralt</li> <li>- <b>Brukerperspektivet</b> er en <b>integrrert</b> del av tjenestetilbudet, utredning og behandling</li> </ul>
<p><i>6.1 Organisasjonskultur med vekt på kvalitet, læring og forbedringsarbeid s. 62</i></p>	<p>Eksempler på nyttige spørsmål i egen organisasjon:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Er brukerne <b>involvert</b> og <b>gitt innflytelse</b>?</li> <li>- <b>Involverer</b> vi brukeren i <b>beslutninger i det enkelte måte</b>?</li> <li>- <b>Opplever brukeren</b> seg som <b>likestilte samarbeidspartnere</b> i møte med oss?</li> </ul>
<p><i>6.2 Fokus på resultat av behandling s. 63</i></p>	<p>Et nøkkelspørsmål.. er om tjenestene som tilbys er virkningsfulle. Dette dreier seg både om tjenestene baseres seg på <b>pålitelig kunnskap</b> om effekt av tiltak, og om <b>man følger opp pasientene systematisk og måler behandlingsresultat</b></p>
<p>- Kunnskapsbaserte tjenester s. 63</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Utforming av tjenester og innholdet i arbeidet bør være basert på kunnskap</b> om virkning av tjenester og tiltak</li> <li>- Følgende definisjon av evidensbasert praksis er <b>breddt anerkjent</b>: &lt;&lt;Evidensbasert praksis er integrering av <b>den best tilgjengelige forskning</b> med <b>klinisk ekspertise</b> sett i sammenheng med <b>pasientens egenskaper</b>, kulturelle bakgrunn og <b>ønskemål</b>&gt;&gt;</li> <li>- Praksis i det psykiske helsevernet for barn og unge bør bygge på dette grunnsynet. Faglig kvalitet innebærer at rutiner og <b>praksis kvalitetssikres i tråd med dette.</b></li> </ul>

	- oppdatert kunnskap er <b>tilgjengelig for helsepersonell</b>
Behandlingsresultat s. 64	- Behandlingsresultat bør <b>måles systematisk</b> , og ledere og ansatte må kunne samle inn, analysere og tolke informasjon om behandlingsresultat - <b>Måleinstrumenter</b> og systemer er tilgjengelig <b>for klinisk bruk</b>
Evaluering av behandlingsforløp s. 64	Gjennomgang av resultatene med pasient/foreldre
<i>6.4 Helhetlig kvalitetssystem, internkontroll og kvalitetsforbedring - Utøvelse i tråd med retningslinjer og kunnskapsbasis s. 67</i>	Sikre at de kliniske oppgaver er i tråd for en ansvarlig og <b>inkluderende</b> kunnskaps- og forskningsbasert praksis
- Lederens ansvar s.67	Sikre faglig forsvarlig vurderinger ut fra behandlerens <b>erfaring, ekspertise og skjønn</b> , samt pasient/foreldres preferanser

## Kap. 8

<p>- Pasientrettighetsloven styrker og lovfester pasient og pårørendes rett til helsetjenester og medbestemmelser i behandlingsprosessen når det gjelder psykisk helsearbeid (s.79-80).</p> <p>- Barns rettigheter = barnas rett til medvirkning behandles spesifikt i pasientrettighetsloven. Er blitt styrket da FNs konvensjon ble gitt status som norsk lov (s.80)</p> <p>Rett til medbestemmelse både barnet og foreldre har rett til medvirkning (s.81)</p>
---



## Forord

Det er et overordnet helsepolitisk mål å gi alle barn og unge et tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud av høy faglig kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor. De aller fleste barn og unge som er i behov for tjenester fra psykisk helsevern behandles ved poliklinikkene (BUP). Poliklinikkene er hovedpilaren i det psykiske helsevern for barn og unge. Tilgjengeligheten og kvaliteten på tjenestetilbudet ved poliklinikkene er derfor avgjørende for å sikre at barn og unge får et tilfredsstillende tilbud fra spesialist- helsetjenesten.

Samordning og samhandling innad og mellom de ulike tjenestenivåene medfører fremdeles store utfordringer. Større grad av samarbeid med god flyt er avgjørende for å gi forutsigbare og helhetlige tjenester. Veileder for psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene (IS-1405) gir anbefalinger til det kommunale tjenesteapparatet om hvordan tjenestene bør legges opp og utøves. Disse to veilederne bør derfor ses i sammenheng.

For å sikre barn og unge et bedre tilbud, har Stortinget gitt sin tilslutning til regelfesting av en ventetidsgaranti for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser og/eller rusmiddelproblemer. Ventetidsgarantien vil tre i kraft fra 1. september 2008. I tillegg er det utarbeidet en prioriteringsveileder for å sikre en likere vurdering av rett til prioritert helsehjelp.

Formålet med denne veilederen er å gi tydelige føringer for videreutviklingen av poliklinikkens tilbud innen psykisk helsevern for barn og unge. I forbindelse med utarbeidelsen av veilederen har Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Øst og Sør på oppdrag fra Helsedirektoratet ledet et viktig utviklingsarbeid.

Veilederen henvender seg til ledere på ulike nivåer, til utøvere og til brukere av tjenestene. Vi håper at veilederen vil opp- leves som en viktig støtte i det videre arbeidet, gi klarere retning for videreutvikling av tjenestene og bidra til styrking av kvaliteten på den behandling som gis barn og unge. Vi ønsker dere lykke til med arbeidet!

## 1. Innledning

### Bakgrunn

St. meld. nr. 25 (1996–97) *Åpenhet og helhet* beskriver utfordringene i tjenestene til mennesker med psykiske lidelser. Stortingsmeldingen slo fast at psykisk helsevern hadde store mangler og at det var behov for en omfattende styrking og omstrukturering av tjenestetilbudene. Psykisk helsevern måtte få en klarere spesialistprofil med mer differensierte og lettere tilgjengelige tjenester for befolkningen og psykisk helsevern for barn og unge måtte bygges ut. Dette var bakgrunnen for *Opp- trappingsplanen for psykisk helse* (St prp nr. 63 1997–98).

Regjeringens Strategiplan for barn og unges psykiske helse ... sammen om psykisk helse... (2003) er en ytterligere forsterkning av Opptrappingsplanens mål- settinger i forhold til å styrke og videreutvikle innsatsen for å bedre barn og unges psykiske helse. Et av tiltakene her er utarbeidelse av en Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge: «Økt kvalitet i behandling gjennom kliniske retningslinjer for poliklinikker» med følgende oppdragsbeskrivelse: «Poliklinikkene er grunn- pilaren i det psykiske helsevern for barn og ungdom. Tidsbruk, rutiner og behandlingsopplegg synes å variere til dels betydelig mellom poliklinikker. Sosial- og helsedirektoratet skal utarbeide retningslinjer for arbeid ved poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge. Retningslinjer skal omfatte kriterier for tidsmessig prioritering for utredning og krisehjelp, samarbeid og rådgivning til kommunale instanser.»

Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer

(Dokument nr. 3:7, 2006–2007), konkluderer med at behandlingstilbudet til barn og unge ikke er likeverdig:

- . Store forskjeller i kapasitet og andel spesialister mellom poliklinikkene og mellom helseregionene
- . Ingen sammenheng mellom kapasitet og ventetid
- . Ventetiden er lang og økende
- . Arbeidet med kvalitetssikring er ikke godt nok
- . Samarbeids- og planverktøy brukes i liten grad, individuell plan, utredningsplan og behandlingsplan er nærmest fraværende
- . Mangelfullt samarbeid mellom tjenestene
- . Uklart ansvar og manglende samarbeidsavtaler
- . Kvaliteten på styringsdata er for dårlig

Problemstillinger knyttet til ulik praksis for registrering, inntak, prioritering og vurdering av rett til prioritert (nødvendig) helse- hjelp<sup>1</sup>, har lenge vært en utfordring innen psykisk helsevern for barn og unge.

I tillegg til innføring av ventetidsgaranti i spesialisthelsetjenesten for barn og unge under 23 år med psykiske lidelser eller rus- middelavhengighet, i kraft fra 1. september 2008, er det ut- arbeidet en ny registreringsveileder fra Norsk Pasientregister (NPR) og en ny prioriteringsveileder. Alle disse dokumentene må ses i sammenheng som bidrag for å utbedre uheldig variasjon i tjenestetilbudet for barn og unge.

### **Kvalitet i tjenesten**

Helsetjenestene skal til enhver tid utøves faglig forsvarlig og i samsvar med god faglig praksis. For å bidra i kvalitetsarbeidet utarbeidet Sosial- og helsedirektoratet i 2005 en kvalitetsstrategi, «...og bedre skal det bli!» Nasjonal strategi for kvalitetsforbedring i sosial- og helsetjenesten 2005–2015. Denne strategien skal bidra til at myndighetenes politikk for god kvalitet gjennomføres og at tjenestemottakere får sosial- og helsetjenester av god kvalitet.

Målet med strategien er å sikre at tjenestene:

- . Er virkningsfulle
- . Er trygge og sikre
- . Involverer brukere og gir dem innflytelse
- . Er samordnet og preget av kontinuitet
- . Utnytter ressursene på en god måte
- . Er tilgjengelige og rettferdig fordelt

Disse målområdene har vært retningsgivende for veilederen.

Et likeverdig tjenestetilbud til barn og unge, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor er en helsepolitisk målsetting. Et likeverdig tilbud vil imidlertid kunne innebære variasjoner ut fra lokale forhold der lokale tilpasninger er nødvendig.

### **Formål med veilederen**

Formålet med veileder for poliklinikker innen psykisk helsevern for barn og unge er å bidra til at poliklinikkene utvikles i tråd med den målsetting og de intensjoner som ligger i Opp- trappingsplanen for psykisk helse og gjeldende regelverk. I tillegg til å tydeliggjøre helsepolitiske føringer og forventninger samt å gi faglige råd til tjenestene, angir også veilederen det juridiske grunnlag for tjenestene.

### **Målgruppe**

Målgruppen for veilederen er ledere og øvrig fagpersonell innen psykisk helsevern for barn og unge, samt brukere og personell i andre tjenester som psykisk helsevern for voksne, kommunal helsetjeneste og andre som samarbeider med poliklinikkene. Veilederen er ment som et hjelpemiddel for poliklinikker, men kan også være nyttig

for å hjelpe samarbeidspartnere og brukere til å få en bedre oversikt over hvordan poliklinikkene er utfor- met og hvilke tjenester poliklinikken kan bidra med og tilby.

### **Juridisk grunnlag**

Spesialisthelsetjenestetilbudet innen psykisk helsevern for barn og unge er hjemlet i ulike lovverk, blant annet spesialisthelse- tjenesteloven, psykisk helsevernloven, pasientrettighetsloven og helsepersonelloven med tilhørende forskrifter.

Når det står «skal» i veilederen, betyr det at noe er lov- eller regelfestet, eller er så klart faglig forankret at det sjelden vil være forsvarlig ikke å gjøre som anbefalt. For øvrig er anbefalingene i veilederen ikke juridisk bindende. Men dersom man velger å ikke følge dem, bør dette begrunnes i pasientens journal. Juridiske spørsmål er tatt opp fortløpende i teksten, og i tillegg gir kapittel 8 en mer samlet fremstilling av viktige deler av aktuelt regelverk.

### **Faglige råd**

Selve behandlingen – møtet mellom to eller flere mennesker – kan ikke styres gjennom en veileder, men veilederen er ment å være en hjelp til leder og øvrige ansatte for å lage gode rammer rundt behandlingsarbeidet. Veilederen er ment å bidra til at poliklinikken kan holde fokus på de viktigste arbeidsoppgavene, herunder samarbeid med brukere og andre instanser og hvordan driften kan kvalitetssikres.

I møte med pasienter vil poliklinikken ha behov for et mangfold av verktøy og forståelsesmodeller, herunder også kunnskap om betydningen av fysisk aktivitet og kosthold. Ulike modeller kan tjene som nyttige supplement og korrektiver til hverandre i for- søket på å forstå og hjelpe pasientene og familiene.

Det er en forventning om at veilederen kan bidra til en mer felles forståelse om hva som er god praksis ved at:

1. Etablert god praksis stimuleres og videreføres
2. Uheldig variasjon i praksis danner utgangspunkt for forbedringsarbeid
3. Områder som generelt ikke synes å fungere godt, gis særlig fokus med tanke på forbedringer

### **Arbeidsgruppen**

Regionsenter for barn og unges psykiske helse – helseregion Øst og Sør (RBUP Øst og Sør) har på oppdrag fra Helse- direktoratet utarbeidet et utkast til veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. En tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe fra fagfeltet, samt representanter fra bruker- organisasjonene har deltatt i arbeidet. Arbeidsgruppen har vært organisert i tre mindre arbeidsgrupper med hver sine ansvarsområder. I tillegg har det vært en redaksjonsgruppe. Det har vært lagt opp til en prosess med kontinuerlige tilbakemeldinger, hvor fagfeltet har bidratt med viktige innspill.

## **6.2 Fokus på resultat av behandling**

Et nøkkelspørsmål i forhold til poliklinikkens faglige aktivitet er om tjenestene som tilbys er virkningsfulle. Dette dreier seg både om tjenestene baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak, og om man følger opp pasientene systematisk og måler behandlingsresultat.

### **Kunnskapsbaserte tjenester**

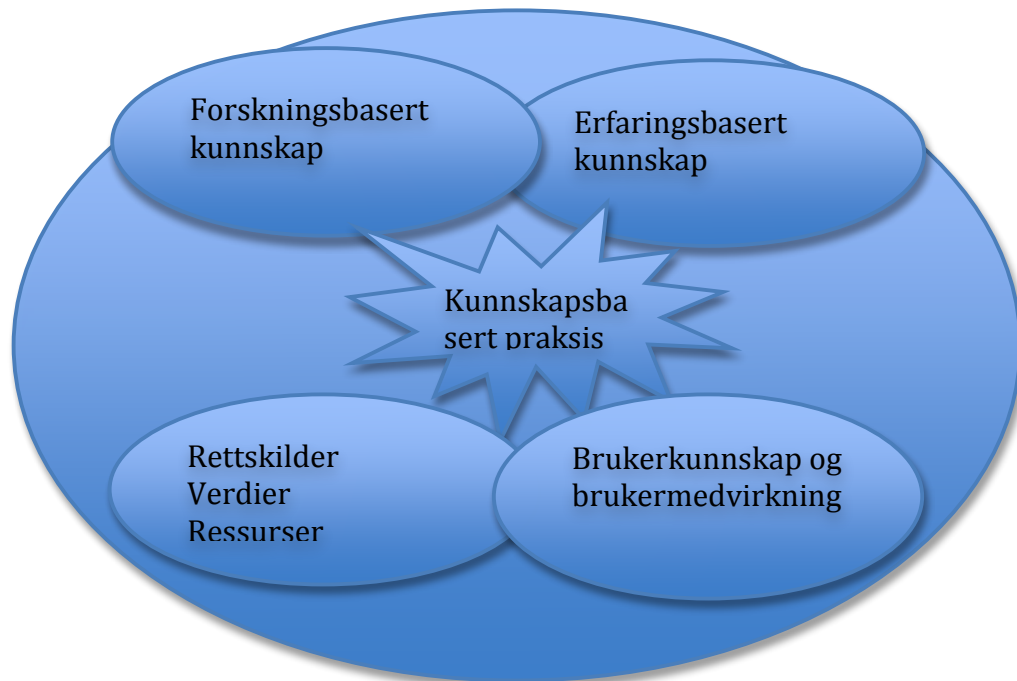
Utforming av tjenester og innholdet i arbeidet bør være basert på kunnskap om virkning av tjenester og tiltak.

Følgende definisjon av evidensbasert praksis er bredt anerkjent: «Evidensbasert praksis er integrering av den best til- gjengelige forskning med klinisk ekspertise sett i sammen- heng med pasientens egenskaper, kulturelle bakgrunn og


ønskemål» (Tidsskrift for norsk psykologforening, 2007). Praksis i det psykiske helsevernet for barn og unge bør bygge på dette grunnsynet. Faglig kvalitet innebærer at rutiner og praksis kvalitetssikres i tråd med dette.

Helsebiblioteket, [www.helsebiblioteket.no/](http://www.helsebiblioteket.no/) bidrar til at opp- datert kunnskap er tilgjengelig for helsepersonell, og det er opprettet et eget emnebibliotek Psykisk helse.

Kontekst



Kontekst

 Kunnskapsbasert praksis

Modellen er hentet fra Nasjonalt kunnskapssenter for helsetjenesten.

### Behandlingsresultat

Behandlingsresultat bør måles systematisk, og ledere og ansatte må kunne samle inn, analysere og tolke informasjon om behandlingsresultat og brukerfornøydhets. Måleinstrumenter og systemer er tilgjengelige for rutinemessig klinisk bruk. Eksempelvis er det etablert slike rutiner i prosjektet «BUP Nord» (BUP Tromsø/RBUP Nord), og enkelte poliklinikker deltar i det britiske Child and Adolescent Mental Health Research Consortium (CORC) [www.corc.uk.net/](http://www.corc.uk.net/)

### Evaluering av behandlingsforløp

- . Når?
  - Faste evalueringspunkter
- . Hva?
  - Måling av endring i symptomer, funksjon, evt. livskvalitet
  - Brukerfornøydhets
- . Hvem?
  - Vurdering ved pasient, foreldre, behandler, evt. andre
- . Bruk av resultatene
  - Vurdering av forløp i forhold til mål og forventet endring
  - Gjennomgang av resultatene med pasient/foreldre og i team
  - Resultater på gruppenivå gir grunnlag for kvalitetsutviklingsarbeid generelt og kompetanseutvikling