



Fakultet for samfunnsvitenskap

SFB 5900 – Masteroppgave i familiebehandling

Tilpasningens dilemma

-En diskursanalyse av familierapiens posisjon i BUP

Mona Jørstad

mona.jorstad@gmail.com

Sammendrag

Oppgaven er en kvalitativ studie av hvordan behandlere i BUP opplever rammene og mulighetene for å jobbe familierettet og familierapeutisk. Ni ansatte er dybdeintervjuet og funnene er analysert gjennom en diskursteoretisk tilnærming. Felles for alle informantene er at de ser på familierapi som viktig i BUP, men at det i for liten grad er systematisert og forankret i behandlingssystemet. Flere viser til at høye produksjonskrav, pasientomsetning og streng økonomistyring gjør at familierapi ofte må vike fordi tilnærmingen er ressurskrevende. Måten informantene uttaler seg om utfordringene gir et innblikk i den ambivalente relasjonen mellom terapeut og ulike diskurser i feltet. New Public Management-modellen og det medisinske idealet om evidensbasert behandling identifiseres som kilder til to dominerende diskurser i BUP. Disse diskursene tar opp i seg, gjennom tekst og tale, sentrale ideer og mål for BUPs virksomhet. De påvirker terapeutene både i den daglige kliniske praksis og i intervjuene til grunn for denne studien. På den ene siden uttrykkes stor grad av lojalitet og oppslutning om gjeldende drifts- og behandlingsmodell, på den andre siden uttrykkes det ønske om mer systemisk tenkning og mer kvalitative mål på effekt av behandling i BUP. Måten slike ulike hensyn formuleres av informantene på, kan bidra inn i diskusjonen om hvordan familierapiens posisjon i BUP bør utvikles videre.

Innhold

1. Innledning.....	3
1.1 Familierapi i Norge	4
1.2 Presentasjon av forskningsobjektet og sentrale problemstillinger.....	5
2. BUPs historiske bakgrunn og kjennetegn i dag	7
2.1 Barnepsykiatriens fremvekst i Norge	7
2.2 Kunnskapsperspektiver som kommer til uttrykk i BUP-veilederen (2008)	8
2.3 Behandlingskompetanse	9
3. Familierapiens forskningsfelt.....	10
4. Diskursteori med bakgrunn i Foucaults diskursbegrep.....	17
5. Familierapiens utviklingsfaser.....	20
5.1 Første fase: 1950-1970-årene	21
5.2 Andre fase: midten av 1970-tallet til midten av 1980- tallet	22
5.3 Tredje fase: fra midten av 1980-tallet til 2000-tallet	24
6. Oppgavens metode	26
6.1. Kvalitative intervjuer	26
6.2 Samproduksjon og anvendelse av forskningsdata	27
6.3 Analysestrategi	28
6.4 Utvalg og rekruttering av informanter	29
6.5 Transkripsjoner	30
6.6 Forskningsetiske hensyn ved dataproduksjon	30
6.7 utfordringer ved det metodiske grunnlaget i oppgaven	30
7. Funn.....	32
7.1 Hvilke diskurser fremtrer i familierapibegrepet i BUP?	32
7.1.1 Den bio-psyko-sosiale modellen i BUP	33
7.1.2 Individualterapi versus familierapi i BUP.....	37

7.1.3 Terapeuten som ekspert eller ikke-ekspert	39
7.2 Familieterapiens tilpasninger til og utfordringer i BUP-systemet	42
7.2.1 Diskurser om anvendelse av familie- og nettverkspektivet i BUP	42
7.2.2 Diskurser om familieterapiens status som eget fag og behandlingsmetode i BUP.	44
7.2.3 Prioritering og organisering av faglige ressurser	47
7.2.4 Diskurser om å sette den relasjonelle kompetansen i system	48
7.2.5 Diskurser om hvilke kompetanser som verdsettes og subjektposisjoner som inntas i BUP	52
8. Drøfting. Hva innebærer tilpasningene (disiplineringen) til rammene og realitetene i BUP – hvordan preger det forestillingene om familieterapi?	55
8.1 Familieterapidiskursen	55
8.2 Spesialiseringsdiskursen	57
8.3 Standardiseringsdiskursen.....	58
8.4 Diskurser om subjektposisjon/ fagidentitet	61
9. Oppsummering (Familieterapiens posisjon i en BUP-kontekst)	63
Litteratur.....	65
Vedlegg 1. Intervjuguide: Familieterapi i BUP-kontekst	72
Vedlegg 2. Vil du delta i forskningsprosjektet “Familieterapi i en poliklinisk kontekst”	73
Vedlegg 3. Meldeskjema NSD	76

1. Innledning

Temaet i denne oppgaven er familierapiens posisjon i en barne- og ungdomspsykiatrisk behandlingsskontekst, med utgangspunkt i ansattes egne erfaringer og opplevelser. Hovedspørsmålet som blir belyst er i hvilken grad og på hvilke måter det er mulig å utøve familierapi innenfor de rammer, krav og forventninger som stilles til behandlere i Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP).

Bakgrunnen for valget av tema er mine egne observasjoner av og erfaringer med familiearbeid i spesialisthelsetjenesten. Frem til sommeren 2019 arbeidet jeg ved en egen familieavdeling/enhet på Østlandet. Tilbudet ble da avviklet som ledd i en omstillings- og effektiviseringsprosess, og alle ansatte ble overført til barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP). Arbeidet i enheten var basert på systemisk tenkning og familiebehandling var en sentral del av tilbudet i tillegg til annen behandling, samt et eget tilrettelagt skoletilbud. Flere undret seg over at enheten ble avviklet, siden familiene uttrykte stor grad av tilfredshet ved tilbudet og det var en jevn pågang av henvisninger fra de lokale barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikkene. Ledelsens begrunnelse var at tilbudet var lite kostnadseffektivt og ikke lovpålagt, mens BUP manglet folk til å håndtere den store saksmengden.

Mange ansatte opplevde beslutningen om nedleggelse som faglig mangelfullt begrunnet. Det ble antydnet at familierapi ikke var godt nok dokumentert som effektiv behandling. Samtidig ble vi forsikret om at vi skulle fortsette med familierapi i BUP, men da samlokalisert og organisert under BUP. Fagmiljøet ved familieavdelingen ble splittet og de ansatte ble fordelt på ulike enheter på to klinikker. Overgangen til BUP var stor, både i tempo og i ulike tilnærminger til brukerne og det de strevde med. Jeg fikk plass i familieteamet ved BUP, men det ble etter hvert klart at dette teamet også skulle avvikles og erstattes av et kompetanseteam. Jeg måtte forsøke å finne min plass som familierapeut i systemet, og med det ble jeg opptatt av å finne mer ut av forutsetningene for å kunne jobbe med familierapi i BUP.

1.1 Familieterapi i Norge

Familieterapien i Norge ble etablert da Kirkens familiekontor ble grunnlagt i 1958, grunnet bekymring for økning i skilsmisser, utroskap og abort. Familieterapi har hatt en viktig plass i psykisk helsevern for barn og unge, selv om det ikke er en foretrukken terapeutisk tilnærming. Fra 1970- tallet vokste det fram flere familieteam ved de forskjellige BUP- ene. Det ble også åpnet forskjellige familieterapiavdelinger i den øvrige barne- og ungdomspsykiatrien, blant annet Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri. Modum bad var den første institusjonen som startet familieavdeling i voksenpsykiatrien (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s. 41-42).

Familieterapeuter er en sammensatt gruppe av yrkesutøvere med ulike yrkesbakgrunner. Det kan være sosionomer, pedagoger, barnevernspedagoger, sykepleiere, psykologer og leger. De er tilknyttet ulike fagforeninger ut fra grunnutdanning og har sine egne etiske retningslinjer. Familieterapeutene som gruppe er flerfaglige, samtidig som de har et felles kunnskapsgrunnlag. Norsk forening for familieterapi (NFFT) er en interesseforening for familieterapeuter. Professor Alan Carr har understreket viktigheten av å innføre statlige sertifiseringsordninger, dersom familieterapi som fagfelt skal bli anerkjent (Carr, 2019 s. 191). Per i dag er ikke familieterapeut en egen profesjon, men det jobbes med saken. I et brev til styret i NFFT la sertifiseringsgruppen (Stokkebekk, Lorås, Eliassen & Whittaker) frem forslag om å ta opp sertifisering og autorisasjon av familieterapeuter på generalforsamling i 2020 og 2021 (Stokkebekk et. al, 2020).

Vigdis Wie Torsteinson og Ottar Næss skriver i fagbladet for familieterapeuter «Fokus på familien» om den systemiske forståelsens plass i ulike kontekster. De beskriver at begrepet familieterapi i praksis anvendes som en «sekkebetegnelse» for mange typer tilnærminger. Deres inntrykk er at så lenge det er flere familiemedlemmer samlet i terapirommet, så kan det kalles for familieterapi. De viser til at mange systemiske familieterapeuter opplever at den grunnleggende systemiske forståelsen av hvordan problemer oppstår og endres blir marginalisert, spesielt innenfor psykisk helsevern. Forståelsen er stadig mindre etterspurt som grunnlag for tenkning og intervensjoner, og kompetansen prioriteres ikke når nye fagfolk skal ansettes. De spør seg om svaret på disse utfordringene er tilpasning eller opprør mot systemet, og videre om det finnes måter å utfordre på, som gir den systemiske tankegangen større plass, større betydning (Torsteinsson, V. W & Ness. O. 2016).

BUP-systemet er stadig i endring. Flere vil si at endringen følger en biomedisinsk modell med større krav til utredning og diagnostisering (Se f.eks. Lorås, 2021, Hertz, 2016), og at effektivitet og lønnsomhet overstyrer faglige hensyn (Alsing, 2016). Det blir av den grunn stilt spørsmål ved familierapiens plass i BUP og diskutert mulige tiltak for å gi den større plass (Lorås, 2016, Hertz, 2016).

Professor ved Institutt for velferd og deltaking Magne Mæhle oppsummerte den samlede statistikken fra barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker i 2000. Den gang fikk 12 prosent barn og unge/ tilbud om familiesamtaler (Johnsen og Torsteinsson, 2012).¹ Det er vanskelig å få tall på familiesamtaler ved de ulike BUPene, da det er ulik registreringspraksis når det gjelder registrering på pasienten og pasientens familie (Norsk pasientregister 2018). I den lokale BUPen som er studert i denne oppgaven er det heller ikke mulig å oppdrive eksakte tall. I en artikkel i norsk psykologforening fra 2019 er overskriften «Familieterapeutene mangler» (Lorås & Stokkebekk 2019). De skriver at «*vi ser med bekymring på at familierapi viker plass i psykisk helsevern og at individualisert og diagnostisk forståelse av psykiske helsevansker stadig tar mer plass*». Torsteinsson og Johnson stiller i læreboken «Familieterapi» spørsmål ved at familierapeutiske intervensjoner er anbefalt som tiltak for mange av problemene som barn og unge strever med, men at det likevel ikke er en vanlig intervensjon i de tiltakene som finnes for denne gruppen (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s. 69).

1.2 Presentasjon av forskningsobjektet og sentrale problemstillinger

Forskningsobjektet i oppgaven er fire BUP-enheter. Datakildene jeg har benyttet er relevante styringsdokumenter for BUP og kvalitative intervjuer jeg har gjort med ni ansatte i disse enhetene. Diskursteori vil benyttes som ramme for analysen og drøfting av data. Denne tilnærmingen gjør det mulig å koble utsagn til ulike sosialt strukturerte forståelsesformer og talemåter. Jeg ønsker særlig å undersøke hvordan informantene omtaler de faglige tilpasningene og kompromissene som daglig gjøres i møtet med rammene og realitetene i BUP.

¹ Norsk pasientregister viser aktivitetsdata for barn og unge innenfor psykisk helsevern.

Det kan være fruktbart å utforske fagfolkens opplevelse av familierapiens muligheter og begrensinger innenfor et tverrfaglig system der ulike typer kunnskap og vitenskapsgrunnlag sameksisterer, men tjener ulike behov. Hva særpreger familierapien sammenlignet med andre behandlingsformer? I hvilke tilfeller og på hvilken måte kan familierapiens kunnskap aktualiseres i en tid hvor evidensbasert behandling råder?

Diskursanalyse er egnet for å undersøke hvordan sosiale, kulturelle og økonomiske forhold i en behandlingssammenheng kommer til uttrykk i tenke- og talemåtene blant terapeuter. En analyse av diskurser kan bl.a. gi et innblikk i hvordan forestillinger om faglig autonomi og faglig status er relatert til kunnskapshierarkiene i BUP. Et viktig premiss i denne tilnærmingen er at en helsetjenesteenhet ikke bare består av helsefag, men av mange fag som til sammen utgjør institusjonen og bidrar i tjenesteytingen: økonomi, organisasjon, ledelse og styring, i tillegg til de kliniske fagene (medisin, psykologi, sosialfag, pedagogikk, familierapi mv.) I situasjoner med store endringer i tjenesten oppstår det ofte uenighet og debatt om gyldigheten og hensikten med endringene. En typisk konflikt er den som viser seg mellom økonomiske og helsefaglige/ profesjonsmessige standpunkter, som igjen er bundet opp i hver sine diskurser.

Stilt overfor krav til dokumentasjon av effektivitet og resultater av behandling kan det være vanskelig å argumentere imot omstilling når tilbudet som berøres ikke lar seg måle ut fra en kvantitativ målestokk, slik det er mulig med somatiske enheter. Hensikten med å anvende diskursanalyse i en studie av familierapiens posisjon i BUP er komme nærmere kjernen i dilemmaene og utfordringene som dette faget står overfor, både i relasjon til andre fag og til virksomheten generelt. Hvis man på den måten kan forstå mer av de grunnleggende konfliktpunktene kan det, potensielt sett, være økt mulighet for å identifisere handlingsalternativer eller strategier for mobilisering av denne fagtradisjonen i BUP.

Problemstillingene jeg ønsker å analysere med bakgrunn i intervjumaterialet og styrende dokumenter er:

- *Hva kjennetegner ansattes forestillinger om familierapi og om fagets plass i BUP, og hvordan kommer ulike diskurser i BUP til uttrykk gjennom disse forestillingene?*
- *Hvordan påvirker realitetene i BUP de terapeutiske løsningene som informantene omtaler? Er det muligheter for at selve synet på/legitimeringen av faget*

familieterapi endres som følge av arbeidsforholdene? Hvilke diskurser er i såfall involvert i dette?

Som ledd i å undersøke hvordan ulike diskurser kommer til uttrykk gjennom ansattes forestillinger om familieterapiens plass i BUP, vil det være viktig å utforske hva de forstår med begrepet «familieterapi», forestillinger om hvilke rammer de jobber under, hvilke fordeler/utfordringer de ser med en familieterapeutisk tilnærming, hva som er familieterapeutens oppgaver til forskjell fra andre faggrupper og hvordan de vurderer familieterapiens nytte i BUP.

Oppgavens struktur: Jeg vil først presentere kort barne- og ungdomspsykiatrien (BUP), deretter familieterapiens forskningsfelt etterfulgt av diskursteori. Etter dette følger en summarisk fremstilling av familieterapiens historie. Metode gjennomgås før funndelen presenteres. Deretter følger drøftingskapittelet og avslutning.

2. BUPs historiske bakgrunn og kjennetegn i dag

Jeg vil i dette kapittelet omtale BUP sin historiske bakgrunn, dens mandat og litt om organisering av den aktuelle BUPen for dette studiet. Familieterapiens formaliserte tilknytning til BUP blir også presentert.

2.1 Barnepsykiatriens fremvekst i Norge

Den tidlige barnepsykiatriske behandlingen på 1950- og 60-tallet var i hovedsak forankret til sykehusene. Faget var dedikert til barn og unge, men driften av BUP var preget av måten det psykiske helsetilbudet til voksne var organisert på (Barneombudet.no, 2020). Det var ingen samlet nasjonal plan som ledet frem til dagens organisering av BUPene. Det var ingen landsdekkende føring for tjenestene, hverken når det gjaldt faglig innhold eller drift. Tilbudet ved den enkelte BUP ble i stor grad preget av enkeltpersoners faglige tilnærminger og interesser.

Regjeringen iverksatte i 1999 en omfattende politisk reform, Opptrappingsplanen for psykisk helse (1999–2008). Den skulle blant annet bidra til kvalitativ og kvantitativ bedring av psykisk helsevern for barn og unge. Psykisk helsevern skulle få en tydeligere spesialistprofil, med mer

differensierte og lettere tilgjengelige tjenester. I tillegg skulle psykisk helsevern for barn og unge skulle bygges ut (Barneombudet.no, 2020). Ett av tiltakene var utarbeidelsen av en veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. Målet med denne er økt kvalitet i behandling gjennom kliniske retningslinjer for poliklinikker, heretter kalt BUP-veilederen (Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge, 2008), står det at tidsbruk, rutiner og behandlingsopplegg varierer betydelig mellom poliklinikker. Det presiseres at det er en helsepolitisk målsetting å sikre et likeverdig tjenestetilbud til barn og unge, uavhengig av sosial bakgrunn og hvor i landet de bor (BUP-veilederen, 2008, s. 6-7).

I dag er BUP organisert som en del av spesialisthelsetjenesten underlagt sykehusene (helseforetak, HF), som igjen er organisert under hvert sitt respektive regionale helseforetak (RHF). Det er stor grad av selvstendighet i hvordan helseforetaket utformer og drifter tjenestene sine, dette gjelder også BUP (Barneombudet.no, 2020). Forskningsrådets evaluering etter opptrappingsperioden viste at det kvantitative målet om å behandle fem prosent av barne- og ungdomspopulasjonen i stor grad ble nådd, men at det fortsatt var utfordringer med innhold og kvalitet i tjenesten, herunder brukervedvirkning.

2.2 Kunnskapsperspektiver som kommer til uttrykk i BUP-veilederen (2008)

Jeg vektlegger i denne oppgaven to hovedmåter å forstå psykiske lidelser på. Avhengig av hvilke av kunnskapssystemene som anvendes, får det konsekvenser for synet på psykiske lidelser, hvilke behandlinger man får, hva som kan medføre bedring og hvordan tjenester organiseres. I det medisinske/ naturvitenskapelige perspektivet forstås psykiske lidelser som objektive størrelser, mens i det kontekstuelle perspektivet forstås psykiske lidelser ut fra den sammenhengen de oppstår i (Jensen, 2006).

Det medisinske og kontekstuelle perspektivet er begge virksomme kunnskapssystemer hos behandlere og brukere og i statlige dokumenter. BUP-veilederen gir føringer som gjelder begge perspektiver, men hvor den naturvitenskapelige er satt i system og er mer juridisk bindende. Helsetilsynet (2007) skriver at mange virksomheter blir styrt av fagsynet og kompetansen til fagpersonene, heller enn tjenestebehovet hos befolkningen som skal betjenes. Formålet med innføringen av Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge var bl.a. å bidra til mindre uønsket faglig variasjon. Her fastslås det

at det er overordnede helsepolitiske målet er å gi alle barn og unge et tilgjengelig og likeverdig tjenestetilbud av høy faglig kvalitet, uavhengig av sosial bakgrunn og geografisk tilhørighet.

BUP-veilederen gir faglige anbefalinger for hele forløpet, fra henvisning og utredning til diagnostisering og behandling. Den understreker at tjenestene BUP tilbyr, skal baseres på kunnskap om effekt av tiltak, systematisk oppfølging av pasientene og måling av resultatet av behandlingen. Det er forventet at ledere og ansatte må kunne samle inn, analysere og tolke informasjon om behandlingsresultat og brukertilfredshet. BUP skal sørge for at det lages behandlingsplaner med tydelige mål og metodiske tilnærminger. Veilederen understreker også betydningen av brukermedvirkning, hvor behandlingsansvarlig aktivt skal etterspørre og innhente synspunkter og forslag til forbedring fra barn, unge og familier om tjenestene de mottar. Et sentralt tema i veilederen er at tjenestene som tilbys skal være virkningsfulle. Dette dreier seg både om at tjenestene må baseres på pålitelig kunnskap om effekt av tiltak, og at man følger opp pasientene systematisk og måler behandlingsresultat (BUP-veilederen, 2008).

2.3 Behandlingskompetanse

Veilederen fremhever betydningen av bredde i det polikliniske behandlingstilbudet for å kunne møte ulike behov hos pasienter og familier. For å være kostnadseffektiv må hjelpen tilpasses best mulig de problemtyper barne- og ungdomsbefolkningen i området har. I praksis er det ofte flere behandlingsmetoder som iverksettes overfor samme pasient, både på individ- og familienivå. Anbefalt behandlingskompetanse i BUP inkluderer foreldreveiledning, familie-, gruppe-, miljø- og individualterapeutiske tilnærminger og medikamentell behandling. Akutt- og kriseintervensjoner, så vel som kortere og lengre tidsforløp, skal også tilbys. For å sikre helhetlig hjelp til barn/unge og foreldre, må familie- og nettverksbaserte tilnærminger være en del av basiskompetansen i klinikken (BUP-veilederen, 2008, s. 56).

Videre fremgår det at «selv behandlingen, møtet mellom to eller flere mennesker, ikke kan styres av en veileder, men veilederen er ment å være en hjelp til leder og øvrige ansatte for å lage gode rammer rundt behandlingsarbeidet (BUP-veilederen, 2008, s. 8). BUP-veilederen framholder at alle som mottar hjelp i poliklinikker skal, der det er hensiktsmessig, utredes for aktuell problematikk. I første fase av pasientforløpet vil det fokuseres på utredning og/ eller det å bli kjent. Utredningen må ha et familie-, mestrings- og utviklingsperspektiv og dekke vesentlige psykologiske, pedagogiske, medisinske og sosiale forhold i barnets/ ungdommens

liv. Ifølge veilederen bør dialog med og anerkjennelse av pasientens evne til å forstå seg selv danne grunnlag for en felles forståelse, som kan bidra til løsninger på pasientens vansker. BUP-veilederen anbefaler at poliklinikken systematisk benytter standardiserte instrumenter, blant annet for å sikre at fagpersonen blir veiledet til å spørre om og vurdere hele spekteret av symptomer og funksjoner. Videre står det at bruken av kartleggingsinstrumenter ikke erstatter kliniske vurderinger og skjønn, men sikrer et sett standardiserte mål (BUP-veilederen, 2008, s. 30).

Veilederen framhever god ressursutnyttelse blant annet ved å tilby rett tjeneste til rett tid. Det presiseres at effektiv ressursutnyttelse og prioritering av innsatsen ikke skal gå på bekostning av kvalitet, men tvert imot være en forutsetning for at poliklinikken skal kunne leve opp til det helhetlige kvalitetsbegrepet (BUP-veilederen, 2008, s. 68). Dette forklares med at kvalitets-kontroll og kvalitetsutvikling forutsetter at det eksisterer prosedyrer og standarder for de aktivitetene som skal sikres. BUP-veilederen framholder at poliklinikken bør utforme sine behandlingstilbud i samsvar med vitenskapelig dokumentasjon om virkningsfulle behandlingsformer der dette finnes, eller ut fra konsensus i ekspertgrupper. For de pasientgrupper der det finnes nasjonale retningslinjer eller veiledere, understreker BUP-veilederen at disse bør følges.

Dersom tjenesten avviker fra hovedlinjene i retningslinjer, bør dette begrunnes og journalføres (BUP-veilederen, 2008, s. 34). Videre framheves ulike typer kunnskap: den evidensbasert kunnskap i form av standardiserte retningslinjer, fagkunnskap basert på klinisk skjønn og brukernes kunnskap om seg selv. Spørsmålet er hvordan BUP-ansatte skal tolke vektingen av de ulike kunnskapssystemene i den enkelte sak og hvilken virkning dette har for familierapiens posisjon. I BUP-veilederen står det at for å sikre helhetlig hjelp til barn/ unge og foreldre, må familie- og nettverksbaserte tilnærminger være en del av basiskompetansen i BUP, men det står lite om hvordan dette skal forankres i klinikken.

3. Familierapiens forskningsfelt

Det er skrevet flere masteroppgaver om familierapi i BUP, men jeg har ikke funnet mye forskning på terapeuters opplevelse av familierapiens posisjon i BUP.

Professor i sosialt arbeid ved OsloMet, May Britt Solem, har sammen med Terje Tilden og Frode Thuen skrevet artikkelen «Å ta empirien på alvor» (2008). De skriver at familierapi er en relativt ung fagdisiplin, som har funnet sin posisjon blant annet ved å markere avstand til deler av etablert psykologi og psykiatri (Johnsen 1997 i Solem et al. 2008). Dette gjelder spesielt systemisk familiebehandling, som har vært kritisk til kunnskapssynet som naturvitenskapene i stor grad bygger på- at kunnskap forstås i objektive termer og avdekkes gjennom empirisk observasjon. Eksempelvis kritiseres standardiserte spørreskjemaer for å legge opp spørsmål som former svarene man får. Kunnskap forbindes tett med makt og det kan medføre maktkamper om hvilke kunnskapsformer som skal være gyldige innenfor et fag. Kunnskapen gir fagfeltet legitimitet overfor tilgrensende fagfelt og mot beslutningssystemer, som legger premisser for i hvilken grad et fagfelt inngår i hjelpetilbudet for befolkningen (Solem et al. 2008).

Systemisk familiebehandling defineres som en praksisdisiplin som teori utledes fra. Solem et al. (2008) skriver at empiri ikke har blitt vektlagt som en kilde for kunnskapsgenerering i familierapien. Forfatterne definerer empiri som terapeutens daglige erfaringer uavhengig av forskningsbasert kunnskap og som erfaringer systematisk innsamlet ved hjelp av forskningsmetoder. De peker på at mye av familierelatert forskning gjøres utenfor behandlingsmiljøene, samt at mange av behandlerne er kritiske til familieforskningen og det kunnskapssynet den bygger på. Det kan dermed bli avstand mellom forskning og praksis. Oppfordringen deres er derfor å skape tettere bånd til forskningsfeltet og at forskningsresultater integreres i familiebehandlingens kunnskapsgrunnlag. Studien viser også til kravene for evidensbasert behandling i retningslinjene for helsearbeidere og i psykologforeningens erklæring om å anvende de beste forskningsresultatene som er tilgjengelig (Solem et al., 2008)

I fagtidsskriftet Fokus på Familien er det to artikler om familierapi i BUP som har hatt størst påvirkning for valg av problemstilling i denne oppgaven, da jeg opplever at de bidrar til en sentral diskusjon om ulike kunnskapsforståelser i familierapifeltet og hvilken betydning det får for praksis. I artikkelen «Systemisk familierapi og Helsedirektoratets krav innen barne- og ungdomspsykiatrien» skriver professor i familierapi Lennart Lorås at fagpersoner innen BUP i Norge opplever store utfordringer med å arbeide innenfor en systemisk familierapeutisk referanseramme (Lorås 2016). Videre viser han til at selv om

helsemyndighetene framhever betydningen av kunnskap om barn og unges familie, nettverk og relasjoner og regner det som grunnleggende for det terapeutiske arbeidet i BUP, opplever klinikere at familierapi som arbeidsform og forståelsesramme marginaliseres (Lorås 2016). Lorås (2021) argumenterer for familierapiens plass i psykisk helsevern i en artikkel i Dagens Medisin: «*Vi trenger et psykisk helsevern som anerkjenner et bredere spekter av spesialistkunnskap. Vi trenger familierapeuters spesialistkunnskap om relasjoner, samspillsmønstre og at kommunikasjonens betydning for effektive hjelpetiltak gis den plassen de fortjener*». Lorås (2016) mener at systemiske familierapeuters spesialkompetanse på relasjonelle og kontekstuelle forhold kan benyttes i utredning, og dermed bidra til spesialistkompetansen som BUP-veilederen vektlegger.

Barne- og ungdomspsykiater Søren Hertz (2016) kommer med motsvar til Lorås i artikkelen «Et meget mere vidtrækkende perspektiv på det systemiskes eksistensberettigelse i børne- og ungdomspsykiatrien». Slik jeg forstår Hertz kritiserer han Lorås for å være for snever og diagnostisk orientert på familierapiens vegne vedrørende kunnskapsspørsmål. Hertz skriver at det systemiske ikke utelukkende er en metode i form av familierapi, men har mer karakter av et vitenskapssyn. Den inneholder et menneskesyn og en verdensanskuelse som insisterer på at man ikke kan beskrive noe eller noen uavhengig av andre, at mennesker alltid må forstås i relasjon og samspill, i kontekst og mulig forandring.

Hertz (2016) viser til det problematiske ved selve oppdelingen av det multiaksiale diagnosesystemet i 6 akser: akse 1 omhandler psykiatrisk sykdom, akse 2 er spesifikke utviklingsforstyrrelser, akse 3 er psykisk utviklingshemming, akse 4 er somatiske tilstander, akse 5 er psykososiale forhold og akse 6 er en global vurdering av barnets funksjonsnivå ved oppstart og avslutning. Hertz hevder at det i et systemisk perspektiv ikke gir mening med en slik oppdeling og viser til uttrykket «mind is social»- mentale problemer forstås som problemer som inngår i sosiale interaksjonsmønstre (Tomm, 1985 i Hertz, 2016). Å tenke systemisk betyr å aktivt motvirke den lineære reduksjonismen i aksesystemet. Hertz påpeker at man må utvide utredninger til å handle om en vitenskapelig undersøkelse av sammenhenger og endringspotensialer. Diskusjonen mellom Lorås og Hertz kan vise til en mer generell diskusjon i familierapifeltet mellom de henholdsvis mer empirisk rettede familierapeuter og de mer sosialkonstruksjonistisk rettede familierapeuter (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s. 58).

Professor Magne Mæhle skriver i artikkelen "Bruk av barnespesifikk kunnskap i familierapi" (2000) at familierapien har både teoretisk og metodisk vært opptatt av hva som skaper endring. Interessen har ikke hovedsakelig vært rettet mot tilstandsspesifikke behandlingsmetoder som i annen barnepsykiatrisk forskning, men mot å forstå og definere virksomme fellesfaktorer i terapi. Familierapien har hatt et viktig fokus på samspill og gjensidig forståelse i familien. Mæhle spør seg om hva som kan være årsaken til misforholdet mellom familierapiens åpenbare relevans for behandling av barn og unge med psykiske lidelser og den marginale posisjonen den synes å ha i BUP. Han hevder at årsaken kan være å finne i familierapiens egen teori og praksis: hvordan feltet har forholdt seg til individuelle kjennetegn og forskjeller og forholdet til kunnskap. For eksempel har deler av familierapien avvist utviklingspsykologi, såkalt terapiekstern kunnskap, fordi den ble oppfattet som lineær og at ekspertkunnskapen om psykiatriske tilstander ikke er relevant (Mæhle, 2000).

Familierapien har ifølge Mæhle hatt fokus på terapiintern kunnskap som terapeutiske ferdigheter og terapiens legitimering ligger i selve terapiprosessen. Han viser til Anderson og Goolishian (1988), representanter for den språkssystemiske retningen i familierapi, som ifølge Mæhle (2000) taler for at terapeuten inntar en ikke- vitende posisjon i form av begrenset styring over terapiens mål og innhold eller hvilken retning endringene skal ta. Mæhle argumenterer mot dette og for at familierapien trenger et solid grunnlag for å gjøre sine vurderinger på. Han beskriver dette som barnespesifikk kunnskap i betydning forskningsbasert kunnskap om sunne, friske barns utvikling; hva som kjennetegner gode relasjoner; hvordan individuelle forskjeller viser seg (for eksempel i tidlig samspill, temperament, tilknytning); og forskjeller som har med kultur og livsform å gjøre (Mæhle, 2000).

Professor i familierapi ved VID vitenskapelige høyskole, Per Jensen (2006) har skrevet en artikkel om hvordan evidensbasert forskning og praksis påvirker familierapiforskningen. Han viser til den amerikanske psykoterapiforskeren Bruce Wampold sitt skille mellom den medisinske modellen og den kontekstuelle modellen for psykoterapi. Den medisinske modellen består av fire punkter: En sykdom eller et problem, en vitenskapelig eller psykologisk forklaring på sykdommen. En mekanisme for å skape forandring og til slutt spesifikke terapeutiske handlinger kan være en metode fra en manual som beskriver behandling av

spesifikk sykdom. Ifølge Jensen er den evidensbaserte modellen å finne som den medisinske modellen i psykoterapi, og den dominerer forskningen i psykoterapi.

Jensen (2006) viser til en annen kunnskapsmodell for psykoterapi- den kontekstuelle modellen som også består av fire elementer. I denne modellen representerer psykoterapi en følelsesmessig og tillitsfull relasjon mellom klient og terapeut. Det er en setting hvor klienten møter en profesjonell, som pasienten tror kan bidra med hjelp. Den tilbyr et rasjonelt begrepsapparat, som gir en troverdig forklaring på klientens problemer (forklaring må aksepteres av klient og terapeut, men trenger ikke være sann). Klienten må tro på eller bli ledet til å tro på selve behandlingen. I denne modellen trer relasjonen mellom terapeut og klient fram i forgrunnen sammenlignet med en medisinsk modell.

Jensen (2006) peker på at standardisering gir forskere mulighet til å sammenligne og måle effekten av spesielle behandlingsformer. De fleste studier som måler effekt av familierterapi inneholder atferdstilnærminger, kognitiv atferdsterapi, samt strategiske og strukturelle terapimodeller. Disse intervensjonsformene har klare hypoteser om hva som er effektive intervensjoner. Dermed er det lettere å manualisere og skape en struktur der man kan vurdere effekten (Jensen, 2006). For eksempel vil atferdsterapeutisk familierterapi strukturere et behandlingstilbud basert på noen få prinsipper for samhandling, mens andre familierapeutiske tilnærminger har fokus på overordnede, etiske prinsipper for den gode dialog, som ikke så enkelt kan overføres til manualbasert terapi (Johnsen og Torsteinsson 2012, s. 58-59).

Professor i klinisk psykologi og familierapeut Alan Carr (2000) hevder at det blant familierapeuter som tar utgangspunkt i konstruktivisme og sosialkonstruksjonisme kan være motstand mot ensidig evidensbasert praksis (Carr 2000, s 487 i Jensen 2006). Han viser til at familierapien er basert på et annet grunnsyn enn evidensbasert praksis. For å kunne studere effekten av en intervensjon i familierapi på flere familier, må det man gjør standardiseres (Johnsen & Torsteinsson 2012). Psykologspesialistene og lærebokforfatterne Johnsen og Torsteinsson (2012) argumenterer for et skille mellom familierapeuter som er mer empirisk orienterte og familierapeuter som er sosialkonstruksjonistisk orienterte. Fra et sosialkonstruksjonistisk ståsted kan terapeuten hevde at det som kjennetegner en god terapiprosess, er at den er et unikt produkt som vokser ut av situasjonen her og nå og dermed

er forskjellig fra alle andre terapiprosesser. En familierapeut som er mer empirisk orientert vil bruke en manual som er utviklet et annet sted enn i eget terapirom og der de antatt viktige elementene i intervensjonen er spesifisert. Ved å følge form og innhold, sikrer man at alle familier får samme opplegg, den samme tilnærmingen uavhengig av behandler. Det kan gjøres noen tilpasninger, men poenget er at strukturen i manualen ivaretar viktige elementer for å skape endring (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s. 58).

Professor i klinisk psykologi ved Universitetet i Oslo, Michael Helge Rønnestad, skriver i en artikkel om evidensbasert praksis at den har tre fundament: den beste forskningsevidensen, klinisk ekspertise og kunnskap om pasientens egenskaper, kultur og preferanser (Rønnestad, 2008). Definisjonen ble først utarbeidet ved Institute of medicines. Han mener at bredden i denne modellen ble svekket ved at kriteriene for beste forskningsevidens ble formulert etter den biomedisinske modellen, hvor eksperimentelle design står i fokus (Randomized controlled studies- RCT). Tidligere leder for tidsskrift for norsk psykologforening An- Magritt Aanonsen (2007) understreker at forskning om psykologiske metoders effektivitet må suppleres med forskning om den psykoterapeutiske prosessen (blant annet allianse), kunnskap om pasientens ressurser og nettverk og kunnskap om terapeuter som oppnår spesielt gode resultater. Dette er også faktorer som familierapien er opptatt av (Rønnestad, 2008).

Flere har kritisert den medisinske modellen som standard for å måle effekt av behandlingstilnærminger (RCT). Slike studier kan gi en indikasjon på om en framgangsmåte virker, men ikke hvorfor og hvordan den virker. Av den grunn er det også blitt mer fokus på hvordan endringene skapes og hvilke relasjonelle prosesser i samarbeidet mellom terapeut og familie som bidrar til gode utfall av en terapiprosess. Sexton med flere (2011 i Johnsen og Torsteinsson 2012, s. 66-67) gir en oppsummering av prosesslitteraturen i familierapi. De peker på et felles sett av endringsmekanismer som er virksomme i vellykkede familierapiløp: redefinering av problemet, oppløsning av fastlåste kommunikasjonsmønstre, reduksjon av negativitet, utvikle bedre måter å kommunisere på, i tillegg til allianse og aktiv strukturering i de første samtalene.

I tillegg til at BUP som institusjon er preget av ulike faglige kunnskapsforståelser, er det også en institusjonell tenkning som preger måten det jobbes med barn og unge på. Samfunnsforsker Ingerid Aamodt (2014) skriver i artikkelen «Profesjonalitet og styring» at den

institusjonelle tenkningen i psykisk helsevern for barn og unge både er formet av mål- og resultatstyringen i New Public Management (NPM), og av velferdsstatens moralske og verdimessige spørsmål om fordeling av begrensede ressurser. Helse- og velferdsinstitusjoner pålegges stadig større oppgaver uten tilsvarende tilførsel av ressurser. Dette beskriver hun som *velferdsstatens grunnleggende kapasitetsproblem*. Hun peker på tendenser til en institusjonell transformasjon i BUP, som både kommer ovenfra og nedenfra. I poliklinikken hvor hun gjorde feltarbeid rapporterte behandlerne at de hadde stor frihet til å utforme sitt arbeid, både i innhold og omfang. Samtidig opplevde de et kapasitetsproblem; flere barn og unge trenger hjelp, mens ressursene til rådighet er for små. Lov om pasientrettigheter (1999) danner det lovmessige grunnlaget for prioritering av pasienter til BUP. Loven skal sikre *lik rett* til helsehjelp. Institusjonen må derfor etablere kategorier og kriterier som gjør det mulig å skille noe som «likt» og sammenliknbart til forskjell fra noe annet. Resultatet kan bli «dekontekstualiserte barn», der barn og ungdom forstås og behandles uavhengig av de sammenhenger de lever i (Aamodt, 2014).

Nicole Hennem, Professor ved Institutt for sosialfag ved OsloMet, skriver i artikkelen «Mot en standardisering av voksenhet? Barn som redskap i statens disiplinering av voksne» (2010) at velferdsstaten i sin politikktutøvelse tar utgangspunkt i et standardisert bilde av barn- uten kjønn, klasse og etnisitet. Hun spør hvilken kunnskap om barn staten støtter seg til for å få voksne til å følge statlige incentiver om hvordan voksne bør oppføre seg sammen med dem. Dette påvirker velferdsprofesjonenes rolle som produsenter av kunnskap om barn og voksne og deres rolle som støttespillere i disiplineringen av voksne. Staten anvender ifølge dette maktperspektivet ulike profesjoner, som ved hjelp av regler, manualer, metoder og programmer får voksne til å leve et liv i tråd med statens ønsker. Programmene gir praktisk hjelp og innhenter på samme tid de opplysninger som anvendes for å kategorisere og definere involverte barn og foresatte som annerledes enn de som ikke anses å ha behov for dem. Programmene bidrar til å produsere en bestemt type kunnskap om både barna og de foresatte. Andre mulige tilnærminger til barn som er plassert i tid, rom og sosiale strukturer får begrenset tilgang i kunnskapsutviklingen (Hennem, 2010).

For å gjøre det mulig å utforske mangfoldighet i barns helse og oppvekstvilkår i større grad, kunne andre faktorer som økonomi, kjønn og etnisitet gjøres gjeldende. Hennem skriver at kunnskapsformene som verdsettes i statlige føringer er universell og ekspertbasert kunnskap,

ikke lokal og erfaringsbasert kunnskap. Hun viser til at staten, ved å innføre en standard kunnskapstype som kan anvendes universelt, forsøker å realisere målet om å gi alle barn samme kvalitet i behandlingen uavhengig av hvor de bor, økonomi etc. Videre hevder Hennem at det kan gå på bekostning av kunnskap som innebærer kompleksitet og tilpasninger til den enkelte (Hennem, 2010).

Jeg har kort forsøkt å presentere forskningsfeltet om familieterapiens kunnskapsutvikling og hvilke diskurser som finnes i dette feltet. Familieterapien har funnet sin posisjon blant annet ved å markere avstand til deler av etablert psykologi og psykiatri. Den kontekstuelle kunnskapsmodellen som familieterapien lener seg mot stilles opp mot den medisinske kunnskapsmodellen som dominerer i psykisk helsevern. Det skilles i grove kategorier mellom lokal og erfaringsnær kunnskap og universell standardisert kunnskap og om terapeutene i hovedsak er sosialkonstruksjonistisk orienterte eller empirisk orienterte. Diskusjonene i feltet som jeg har henvist til overfor, tyder på at det er strid om hva som kan og bør inngå i familieterapiens kunnskapsgrunnlag. Stadig økende standardisering i psykisk helsevern gir noen muligheter og utfordringer for feltet. I denne masterstudien som tar for seg familieterapi i BUP vil det være interessant å se om jeg kan finne ut hvordan informantene posisjonerer seg i dette landskapet med ulike kunnskapsforståelser og styringsdirektiver, og hvordan dette eventuelt påvirker deres tanker om familieterapiens plass i BUP. Jeg skal i neste kapittel presentere diskursteori, før jeg diskuterer hvilke vitenskapsteoretiske faser familieterapi som fagområde har gått gjennom.

4. Diskursteori med bakgrunn i Foucaults diskursbegrep

«Det er alltid mulig at man kan si det sanne i det ville utvendighetsrommet, men man er bare i det sanne når man adlyder et diskursivt politis regler som man må reaktivere i enhver av sine diskurser» (Foucault 1999, s. 21).

Diskursene som vektlegges i en gitt kultur er tett knyttet til makt. Michel Foucault (1995) har poengtert at i enhver gitt kultur finnes det dominante diskurser. For eksempel har en dominerende diskurs i vestlige samfunn vært at problemer skyldes individuelle faktorer eller problemer, uten å nevne sosiale ulikheter som skyldes strukturelle maktforhold (Dallos & Draper 2015, s. 92). Et annen diskurs er at kunnskap må være evidensbasert for å være sann,

noe som kan begrense eller utelukke andre former for kunnskap, for eksempel kunnskap som i familierapien samles gjennom erfaring og i dialog med andre mennesker.

I samlingen «Forelesninger om regjering og styringskunst skriver Michel Foucault (2002) om spenninger i den liberale staten. På den ene siden er staten avhengig av at samfunnet produserer optimalt med ressurser (for eksempel når det snakkes om produktivitet i BUP). På den andre siden må staten satse på en indirekte ordensutøvelse, heller enn en direkte bruk av fysisk makt for å få befolkningen til å gjøre det de skal. De statsansatte skal være sin egen kontrollinstans, en kontroll som utøves etter at handlingen har funnet sted og som er en internalisering av styringsprinsippene. Det er løsningen på dette spenningsforholdet som Foucault kaller *governmentality*; statens styringskunst. Iver Neumann, som skriver forordet i boken, hevder at dette perspektivet kan anvendes på det norske samfunnet, hvor sentrale institusjoner styres etter New Public Management, og at det er et hovedpoeng at de ansatte skal være sin egen kontrollinstans (Foucault, 2002). Det er denne rasjonaliseringen av statsstyringen som knytter sammen styringskunst, makt og motstand. I de nye styringsmåtene ligger overvåkning av egenskaper hos befolkningen (for eksempel helsetilstand) og disiplinering og normalisering av sinnene og atferden deres (Grimen, 2010). Foucault anvendte familiehusholdet som modell for statens styring; en far skal se til familiens trygghet, velvære og velferd, og må derfor overvåke dem, lære dem å unngå farer og passe på seg selv. En slik måte å styre på krever visse former for kunnskap, som i sin tur krever visse typer undersøkelser. Institusjoner som helsevesenet spiller en viktig rolle i produksjon og reproduksjon av sannhet, og det eksisterer en maktfunksjon i diskursene som anvendes der (Foucault, 1995).

Ifølge Foucault er sannhet en diskursiv konstruksjon, mens forskjellige vitensregimer utpeker hva som er sant og usant (Jørgensen og Phillips, 1999). Foucaults mål var å avdekke strukturen i de forskjellige vitensregimer. Foucault skriver i «Diskursens orden» (1999) at diskursproduksjonen i ethvert samfunn blir kontrollert, sortert, organisert og fordelt ved hjelp av en mengde prosedyrer (Foucault, 1999). Motsetningen mellom sant og falskt eller viljen til sannhet/ viten, støtter seg på et institusjonelt grunnlag og på måten viten settes ut i samfunnet, hvordan den verdsettes, sorteres og tildeles. For eksempel eksisterer den medisinske kunnskapsmodellen og den kontekstuelle kunnskapsmodellen under samme tak i

BUP. Dette kan sette ulike begrensninger og muligheter for hva de ansatte og brukerne kan uttale seg om.

I BUP vil det som i andre institusjoner være kamper om hva som skal regnes som gyldig kunnskap eller sannhet. Det er ikke en sannhet som kan oppdages og aksepteres, men et sett av regler som skiller sant fra falskt. Det er en kamp om sannhetens status og den økonomiske og politiske rolle den spiller (Foucault, 1980). Den evidensbaserte kunnskapen setter en standard i systemet. Den følger en medisinsk disiplin, som ved hjelp av et sett metoder (regler, definisjoner, teknikker og hjelpemidler) og en samling påstander betraktes som sanne (Foucault, 1995). For å tilhøre en disiplin må en påstand kunne skrive seg inn i en bestemt type teoretisk horisont. Man må følge reglene for disiplinen for at det sanne skal kunne framtre som riktig. Sannhetsregimer kan reproduseres som sanne ved hjelp av profesjoner, lovgivning osv. Statlig intervensjon og kontroll av institusjonene, deriblant BUP, må begrunnes i kunnskap for å være legitime (Foucault, 1999).

Ifølge Foucault (1999) er ikke maktforholdene helt stabile, de er alltid i bevegelse. Det kan derfor være interessant å utforske hvilke diskurser som er sentrale blant de ansatte i BUP på et gitt tidspunkt og hvordan dette kommer til uttrykk. Foucault hevder at det alltid vil være noe motmakt i et system, som kan vise seg som underkommuniserte praksiser. Aktuelt for vår tid kan være det å ta seg tid i et effektivitetsorientert helsevesen, eller å finne andre innfallsvinkler i et helsevesen der standardiserte programmer ikke fyller sin funksjon (Foucault, 1995, Martinsen 2018). Diskursen kan produsere og forsterke makt, men den kan også demme opp for den. Makt kan skjules i taushet, men det kan også gi rom for frihet (Foucault 1995, s. 112).

Makt i Foucaults perspektiv er ikke noe som enkelte agenter utøver mot passive subjekter. Makten er spredt i forskjellige sosiale praksiser. Den er produktiv, den skaper diskurser, viten, kropper og subjektiviteter, men den begrenser også hva man kan uttale seg om. Diskursene er med på å produsere de subjektene som vi er og de objektene som vi kan vite noe om (Jørgensen og Phillips, 1999). Et sentralt begrep innenfor Foucaults maktforståelse er «disiplinær makt». Disiplin er en type makt som sørger for føyelige kropper og sinn. Individet er en effekt av denne formen for makt. Disiplinær makt er den spesifikke maktteknikken som skaper individer som objekter, mål og instrumenter (Hoffman, 2011). Den kontrollerer

kroppene ved at man kroppsliggjør et spesielt forhold mellom nytte og lydighet- når nytten øker, så øker også lydighet og vice versa. Disiplinær makt vurderer i forhold til en gitt norm, en norm som muliggjør målinger av atferd som normale eller unormale. Normen settes i forhold til en vurdering av alle nyanser av individuelle forskjeller i atferd. Den undersøkes ved å forbinde utøvelse av disiplinær makt med disiplinær kunnskap.

Første kartlegging tilrettelegger for utøvelse av disiplinær makt ved å objektivisere subjekter gjennom observasjoner av atferd. Disiplinær makt viser sin potens gjennom å rangere objekter, for eksempel i når det gjelder kunnskap/ kompetanse, effektivitet, lydighet eller annet. For det andre konstitueres individualitet gjennom administrative former for dokumenter, for eksempel aktivitetsstall, som kan måle hvor effektivt de ansatte jobber. Dette gjør det mulig å beskrive individene som objekter og for å kartlegge deres utvikling og monitorere sammenlignbare fenomener med et større utvalg av populasjonen, for eksempel i forhold til andre yrkesutøvere. Totalen av dokumenter som samles gjennom undersøkelser former individet som en sak definert av status som knyttes til alle målingene, som er karakteristiske for disiplinær makt. Desto mer kunnskap man får om hvem som jobber effektivt, jo mer effektivt kan man få de til å jobbe. Og jo mer lydige de følger opp, desto mer nyttige blir de. Diskursene virker inn på individet som overvåker seg selv i forhold til lydigheten de utøver. Det er dette som er diskursenes innvirkning på hvilken subjektposisjon individet kan innta (Hoffman, 2011).

Jeg har i dette kapittelet beskrevet noen elementer i Foucaults tenkning om hvordan diskurser virker inn på forholdet mellom styring, makt og motstand. Foucaults begreper om sannhetsregimer, governmentality, disiplinering og subjektposisjoner kan være sentrale for å forstå hvordan makt og motmakt utspiller seg i en institusjon som BUP.

5. Familieterapiens utviklingsfaser

De familieterapeutiske retningene har utviklet seg i takt med filosofiske strømninger, hvilke kunnskaps- og vitenskapssyn som var inne i tiden, samt tekniske nyvinninger og verdier og behov innenfor samfunn og kultur (Dallos & Draper, 2015). Hva som inngår i begrepet «familie og familieliv» er påvirket av diskurser om hva familier bør være og det er nedfelt i samfunnet på et bestemt historisk tidspunkt. Det er ting som både tyder på at diskursene reproducerer

seg selv og at endring finner sted. Begrepet «familieterapi» er ikke entydig, det er avhengig av konteksten det praktiseres innenfor. Dallos og Draper (2015) har ordnet en historisk framstilling av familieterapien i tre faser, som kan gi et oversiktlig bilde av viktige trekk i familieterapiens utvikling.

5.1 Første fase: 1950-1970-årene

I perioden 1950-70 var det en gryende misnøye med effekten av psykoanalysen og andre individualterapier, spesielt overfor personer med alvorlige problemer, slik som schizofreni og spiseforstyrrelser. Det var mye snakk om motstand mot endring hos pasienten, forstått som angst og forsvarsmekanismer. Fokuset på intra-psykiske faktorer gjorde at andre aktuelle forhold i omgivelsene, som for eksempel mellommenneskelige problemer og konflikter, fikk lite oppmerksomhet (Dallos & Draper, 2015). Systemteorien ønsker å flytte fokus vekk fra person og individ og heller rette oppmerksomheten på relasjoner mellom alt liv (Aadland, 2011). Systemteorien har sin opprinnelse i matematikk, fysikk og ingeniørkunst (Dallos & Draper, 2015). Utviklingen fra en intra- psykisk forståelse av symptomer til en interaksjonell forståelse ble muliggjort gjennom slike teorier. Generell systemteori forstår et system som mer enn summen av delene. Eksempelvis er vann et resultat av interaksjon mellom hydrogen og oksygen. Familien er i lys av denne teorien mer enn en samling av individer, og det gir lite mening å forstå et barns problem uten å se det i sammenheng med familien. Denne tankegangen kunne avlaste barnet fra å «være problemet» i et sykdomsforklarende rammeverk. Systemteorien viste også muligheter for endring; familiedynamikker kunne endres, slik at individuell identitet og erfaringer også endrer seg.

Første ordens kybernetikk adopterte i stor grad funksjonalistenes syn på problemer. Familien ble sett som interagerende systemer, hvor symptomer tjente som stabiliserende faktorer. Målet var å finne problemets funksjon gjennom observasjon av handlingsmønstre. Barnets symptomer, uansett hvor plagsomme de var, ble ansett som viktige faktorer for å holde familien sammen. Symptomene avledet i denne forståelsen konflikter, engstelse og frykt fra andre områder i familiens liv (Dallos & Draper, 2015).

Kybernetikk ser på prosesser som opprettholder systemets organisasjon og hvordan organiseringen endres. Begreper som er viktige for å forklare interaksjon mellom mennesker

er blant andre informasjon, sirkularitet, feedback, kart og terreng. Første ordens kybernetikk fra 1970- tallet sammenfaller med modernismens tro på en objektiv virkelighet, mens systemer ut fra denne forståelsen kunne beskrives uavhengig av observatøren. Terapeuten ble ansett som en ekspert, en representant for vitenskapen som kunne avsløre, diagnostisere og administrere i terapirommet. Strategisk og strukturell familierapi var mye anvendte tilnærminger på den tiden (Dallos & Draper, 2015).

5.2 Andre fase: midten av 1970-tallet til midten av 1980- tallet

I den andre fasen er det bevegelser i familierapi, mot en mer rasjonell filosofisk tilnærming, som er påvirket av Immanuel Kants ideer om at vår kunnskap om verden er en konstruksjon og det ble stilt spørsmål ved om det finnes en objektiv virkelighet (Dallos & Draper, 2015). I andre fase skiftes det fra første ordens kybernetikk til andre ordens kybernetikk, noe som betydde at terapeuten ble sett på som en aktør på lik linje med de andre aktørene i systemet. Terapeuten skulle dessuten være mer refleksiv overfor egne holdninger, forventinger, behov og ønsker. Terapeuten var en del av systemet og skulle ikke undersøke om familien gjorde ting «riktig eller feil», men være nysgjerrig på familiens egen forståelse av virkeligheten og få de med på å utforske flere måter å forstå den på. Dette innebar også økt sensitivitet overfor terapeutiske relasjoner (Dallos & Draper, s. 69, 2015). Mens 1. ordens kybernetikk beskriver hvordan systemet fungerer, må vi i 2. ordens kybernetikk ta stilling til hvordan vi vet det vi vet. Dette er et konstruktivistisk perspektiv.

I psykoterapi fikk konstruktivistiske ideer plass, med fokus på å forstå klientens verden fra dennes perspektiv heller enn gjennom ekspertens (Dallos & Draper, 2015). Kognitive tilnærminger var i tiden. Biolog, sosialantropolog, kommunikasjonsteoretiker og systemteoretiker Gregory Bateson (1904-1980) ble påvirket av ideer om begrepssystemer - et personlig, men organisert sett av gjensidig forbundne begreper eller oppfatninger. Bateson vektla at familien er opptatt av å forme felles meninger gjennom en kommunikasjonsprosess, som har mange lag av meninger. Det var i denne fasen også et skifte fra funksjonelle måter å forstå symptomer på fra sykdomsforklarende/ patologiserende syn på familien. Familierapien på denne tiden begynte i større grad å forstå familielivet som noe som

uunngåelig innebar vanskeligheter, utviklingsfaser eller livsfaser, for eksempel skilsmisser eller når barna skulle flytte hjemmefra.

Psykolog, kommunikasjonsteoretiker, filosof og familierapeut Paul Watzlawick (1974) var opptatt av at menneskene ikke bare kommuniserer, men at de også kommuniserer om sin kommunikasjon (Dallos & Draper, 2015). Når det er tvetydighet eller inkongruens mellom verbal og ikke-verbal kommunikasjon, kan metakommunikasjon være virksomt. Metaperspektiver er ideer om hvordan hver person oppfatter de andre, deres motiver, intensjoner, om hvordan de ser sin relasjon med hverandre. Gjennom diskusjoner, kommentarer og avklaringer vil menneskene i relasjonen forme felles oppfatninger, antagelser, forklaringer og anliggender. I neste steg vil disse regulere interaksjon, forme forutsigbare handlingsmønstre og følelsesmessige responser og tanker. Slike prosesser er utsatte for misforståelser og konkurranser om mening. Problemer i familier ses i denne betydning som en uunngåelig kamp om meninger. Milanomodellen er systemisk familierapi utviklet fra strategisk kommunikasjonsteori. Grunnantakelsen var at det ikke finnes en objektiv sannhet om familien, slik at alt terapeutene kunne gjøre å utforme hypoteser basert på antagelser om hvordan ting kunne henge sammen. Effekten av hypotesen var ikke at en skulle finne en sannhet, men å tilrettelegge for endring (Dallos & Draper, 2015).

Milanoskolen for familierapi gikk bort fra en lineær årsak- virkning som forklaring på problemer, og var mer opptatt av sirkularitet; at vi oppfatter verden i sammenhenger, ikke i form av objekter. Forhold er alltid sirkulære, de er gjensidige. Hvis et barn blir beskrevet som aggressivt, representerer dette en forskjell i sammenlignet med barn som er passive. Sirkularitet beskriver også forholdet mellom terapeuten og familien; terapeuten stiller spørsmål på grunnlag av feedback fra familien, mens familiens svar danner grunnlag for terapeutens videre spørsmål om relasjoner (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s 128). Kritikkk mot 2. ordens kybernetikk og konstruktivisme er at perspektivene ikke tar tilstrekkelig hensyn til påvirkninger fra strukturelle faktorer slik som arbeidsløshet og fattigdom, eller ideologiske faktorer som hvordan felles perspektiver på familie i dominerende kulturer former våre forestillinger. Hvis ikke behandlingen virket, var det lett å skylde på familien (Dallos & Draper 2015).

5.3 Tredje fase: fra midten av 1980-tallet til 2000-tallet

Tredje fase er preget av en økende oppmerksomhet mot den sosiale og kulturelle konteksten, som former både familiens og terapeutens oppfatninger av verden. Sosialkonstruktivistiske teorier preger familieterapifeltet, mens språk blir sett på som nøkkelen til menneskelig forståelse. Videre rettes oppmerksomheten mot hvilken makt som ligger i språk, i tillegg til Foucault's fokus på hvilken betydning kulturenes dominerende diskurser har for forståelsen av problemer (Dallos & Draper, 2015).

Vektleggingen av kultur, ideologi og diskurs skiller sosialkonstruktivisme fra konstruktivisme. Sosialkonstruktivismen har sin bakgrunn i sosiologien og innebar utviklingen av teorier om forbindelsen mellom individuelle erfaringer og samfunnet. I stedet for å fokusere på individuelle trekk og karakteristikk, framheves det at den individuelle erfaringen er grunnleggende sosial. Identiteten ses i dette perspektivet som fragmentert og fordelt på tvers av flere sosiale kontekster (for eksempel datter, hustru, kollega eller mamma). Sosialkonstruktivismen vektlegger at menneskelig samspill er knyttet sammen med makt og at språk definerer makten, for eksempel kunnskaper som ligger innbakt i språkbruken- som i det vitenskapelige eller medisinske feltet. Både systemteorien og sosialkonstruktivismen vektlegger betydningen av kontekst og hvordan den er internalisert i dynamikken i familiesamspillet (Dallos & Draper 2015, s. 92- 93).

I den 3. fasen er den språkssystemiske tilnærmingen innflytelsesrik i det familieterapeutiske feltet. Familier ble ansett som problemdeterminerte systemer. Dette innebar at selve familiedynamikken ikke forårsaker problemet, men mer den problemfylte måten å snakke om vansker på. Samtaler som fokuserer på familiens erfaringer knyttet til sykdom, utilstrekkelighet, skyld og feil kan låse dem inn i begrensede måter å forstå deres handlinger og erfaringer på. Med dette kan problemer skapes og opprettholdes. Familiens forestillinger er ikke bare knyttet til denne spesifikke familien, men trekker på forestillinger og diskurser som er felles for kulturen de lever innenfor. Språket brukes ikke bare til å beskrive verden, men er også med på å skape den (Dallos & Draper, 2015).

Terapeutposisjonen preges i den språkssystemiske retningen av en ikke-vitende holdning. Representanter for denne retningen var blant annet Harlene Anderson og Harry Goolishian (Dallos & Draper, 2015). Den ikke- vitende posisjon er en holdning som terapeuter kan bruke

i møte med pasienter eller familier der de forsøker å legge bort egne, forutinntatte holdninger eller ideer om hvordan problemet skal forstås eller løses (ekspertrollen). Gjennom dette kan en mer likeverdig dialog fremmes og man kan hente fram den andres ressurser og ideer. Det er også en anerkjennelse av at man aldri vil forstå den andre fullt ut. Å stille spørsmål blir den viktigste metoden. Familien anerkjennes som eksperter på sin familie. Klienten/ familien er den viktigste drivkraften i endringsprosesser og terapirommet er basert på likeverdige bidrag til ideer og kunnskap om hva som kan bidra til endring (Johnsen og Torsteinsson, 2012, s. 172-173). Populære familierapeutiske tilnærminger i denne fasen er blant annet narrativ terapi, løsningsfokuset terapi og språkssystemisk terapi.

Familierapiens historie slik den er presentert ovenfor, viser skifter i kunnskaps- og vitenskapssyn i ulike faser. Den grove inndelingen overlapper hverandre i praksis. I den første fasen fra 1950- til 1970-tallet sammenfaller familierapiens kunnskapsyn med modernismens tro på en objektiv virkelighet. Systemer kunne ut fra denne forståelsen beskrives uavhengig av observatøren. Terapeuten ble ansett som en ekspert, en representant for vitenskapen som kunne avsløre, diagnostisere og administrere i terapirommet. I den andre fasen fra 1970 til 1980-tallet beveger familierapien seg mot at vår kunnskap om verden er en konstruksjon. Det ble stilt spørsmål ved om det finnes en objektiv virkelighet. Terapeuten ble sett på som en aktør på lik linje med de andre aktørene i systemet og skulle være mer refleksiv overfor egne holdninger, forventinger, behov og ønsker. Den tredje fasen fra 1980 til 2000- tallet er preget av en økende oppmerksomhet på den sosiale og kulturelle konteksten. Sosialkonstruktivistiske teorier preger familierapifeltet. Terapeutposisjonen preges i den språkssystemiske retningen av en ikke- vitende posisjon der terapeuten forsøker å legge bort egne, forutinntatte holdninger eller ideer om hvordan problemet skal forstås eller løses (ekspertrollen) med mål om å fremme en likeverdig dialog.

Fra 2000-tallet og frem til i dag kan det synes som at familierapien er inne i en ny utviklingstendens. Flere familierapeutiske arbeidsformer presenteres som manualer som en konsekvens av at det i større grad vektlegges evidensbaserte behandlinger i helsevesenet (Torsteinsson, 2019). Det betyr at terapeutene må følge en prosedyre som beskriver hvilke ingredienser behandlingen skal inneholde og hvilke trinn behandlingen skal gå gjennom for at den skal få status som anbefalt behandlingsform. På samme tid består feltet også av familierapeuter som er mer sosialkonstruksjonistisk orienterte og som ikke tror at det finnes

«en stor sannhet» som passer for alle familier. Av den grunn er de skeptiske til manualer og standardisering av terapi. Funnene fra denne BUP-studien kan indikere at vi er i en ny fase av familierapien slik den framtrer i denne konteksten. Hvilket kunnskapssyn som dominerer i feltet er et empirisk spørsmål som jeg ønsker å se nærmere på i analysen.

6. Oppgavens metode

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for valg av forskningsmetode, bruk av intervju til dataproduksjon og hvordan jeg vil anvende diskursanalyse for å besvare problemstillingen. Til slutt vil jeg gjøre noen etiske refleksjoner over metodevalg.

6.1. Kvalitative intervjuer

«Utveksling mellom to personer som samtaler om et tema av felles interesse», er ifølge Kvale og Brinkmann (2015) essensen i det kvalitative forskningsintervju. Forfatterne påpeker at semistrukturert intervju er velegnet der man både ønsker en utforskning som stimulerer ny viten og at man på forhånd har en rekke temaer man ønsker sine intervjupersoners refleksjon om. Intervjuere som arbeider innenfor en diskursiv ramme, må være oppmerksomme på samspillet i intervjudiskursen- variasjon i svarene er like viktig som konsistens. Det skiller den fra det konvensjonelle intervjuet. Det blir lagt vekt på teknikker som tillater forskjeller og intervjueren betraktes som aktiv deltaker (Potter et al. 1987, i Kvale og Brinkmann, s. 185).

Kvalitative undersøkelser anvender metoder som er velegnede til å beskrive fenomener i deres kontekst, som på den bakgrunn leverer en fortolkning som gir en økt forståelse av et fenomen (Justesen & Mik-Meyer, 2010, s. 17). For konstruktivismen handler kvalitetskriterier for å produsere god forskning om å være overbevisende og produsere relevant viten (Justisen & Mik-Meyer, 2010, s. 151). I all forskning bør temaet bestemme metoden, ifølge Kvale og Brinkmann (2015, s. 137). Når temaet er ulike aspekter av menneskelig erfaring eller vår samtalevirkelighet, er det grunnlag for å benytte seg av kvalitative intervjuer (Kvale og Brinkmann, 2015, s. 135).

Jeg vil benytte kvalitativ metode i form av semistrukturerte intervjuer av ansatte i fire ulike enheter ved en BUP. Personene jobber i ulike såkalte matriseteam: familieteamet,

psykoseteamet og spiseforstyrrelsesteamet. De to sistnevnte har familierapi som anbefalt behandling i pakkeforløpet. I lys av det anerkjente tverrfaglige perspektivet i BUP, ønsket jeg å intervju ansatte fra flere yrkesgrupper, enheter og matriseteam. I tillegg til muntlige datakilder som transkriberes, har jeg også sett nærmere på noen av de ytre, skriftliggjorte rammene for familierapi og for Barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker.

Følgende dokumenter inngår i datamaterialet: Helsedirektoratets veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (2008), Helsedirektoratets nasjonale faglige retningslinjer for spiseforstyrrelser (2017) og for psykoselidelser (2013), Helsedirektoratets Prioriteringsveileder i psykisk helsevern for barn og unge (2015), Helsedirektoratets nettdokument om brukermedvirkning (2017), nettdokument om tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester (2017), Helsetilsynets rapport om tjenestetilbud til personer med psykiske lidelser (2007), Helsetilsynets veileder for omfattende tilsyn av spesialisthelsetjenesten (2013), herunder oppsummering av samme rapport (2015), lov om pasient- og brukerrettigheter (2021), lov om spesialisthelsetjenesten (2021), samt Barneombudets rapport «Jeg skulle hatt BUP i en koffert (2020).

6.2 Samproduksjon og anvendelse av forskningsdata

Intervjukurkunnskap samles ikke inn, men produseres i samspillet mellom intervjuperson og intervjueren og de betydningene som konstrueres blir igjen rekonstruert i senere faser av intervjuundersøkelsen (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 335). I en konstruktivistisk undersøkelse legges det stor vekt på hvordan forskningsdesign, intervjuguide, spørreteknikker og fysisk lokalitet for intervjuet påvirker selve intervjuet og intervjupersonens fortelling (Järvinen i Justisen & Mik-Meyer 2010 s. 66). Det er også større oppmerksomhet på hvordan dominerende diskurser og institusjonelle forhold påvirker aktørene. I konstruktivismen antas mennesket å være en sosial aktør som vil justere sine handlinger til den sosiale virkeligheten/ intervjusituasjonen. I et semistrukturert intervju er noe av hensikten å få tak i flertydighet og ustabilitet som ikke fanges opp like godt med strukturert intervju. Kontekstens betydning vurderes som viktig for å etablere empirisk materiale. Intervjuerens kjønn, alder og utdanning kan eksempelvis påvirke intervjuet. Ledende spørsmål anses ikke som et problem i en konstruktivistisk undersøkelse. Intervjuet skal ses som en aktiv meningsproduserende

prosess hvor begge parter i fellesskap skaper en fortelling, som samtidig avspeiler institusjonelle forestillinger om temaet som utforskes (Justisen & Mik-Meyer, 2010 s. 75).

6.3 Analysestrategi

Kvale og Brinkmann (2015 s. 354) omtaler diskursanalyse som en undersøkelse av samspillet i diskurser, av hvordan samtalen er konstruert og hvilke maktvirkninger ulike diskursive presentasjoner av et tema gir ut fra en bred sammenheng. Den undersøker hvordan språket brukes til å skape, opprettholde eller ødelegge forskjellige sosiale bånd. Dette samsvarer med den postmoderne oppfatning av den menneskelige verden som språklig og sosialt konstruert. Når forskeren utfører et intervju i et diskursivt perspektiv, er man interessert i motsetninger som de ulike individene uttrykker, ikke som aspekter ved enkeltpersoner, men som aspekter av historiske diskursive praksiser (Kvale & Brinkmann, 2015, s.256). En diskursiv oppfatning betrakter holdninger og selvet som interrelasjonelt skapt (konstituert) og som et resultat av diskursive handlinger i et sosiale samspill.

Diskursanalytikere har ikke som utgangspunkt å finne ut hva folk «virkelig mener» eller hvordan verden «virkelig er». Ifølge dette perspektivet er det kun gjennom diskursene at virkeligheten kan studeres. Et slikt prinsipp kan være til hjelp i analysen av oppgavens intervjumateriale og annen dokumentasjon. Jeg skal vurdere det som faktisk blir sagt eller skrevet for å undersøke mønstre i utsagnene og hvilke sosiale konsekvenser forskjellige diskursive fremstillinger av virkeligheten får. Jørgensen og Phillips (1999, s. 31) viser til at forskeren må forsøke å distansere seg fra materialet, sette parentes rundt seg selv og ens egen viten, slik at egne vurderinger ikke overskygger analysen. Jeg har forsøkt å få en viss distanse til feltet ved å lese transkripsjonen mange ganger og se på hvilke ord og begreper informantene benytter seg av, for deretter å finne temaer (koding) for analysering.

I tråd med analysestrategien har fokuset ikke vært rettet mot det personen som bruker begrepet mener, men mot det som uttrykkes. Jeg har valgt intervjupassasjer og uttrykk, og fremstilt de betydningene som uttrykkes, men også de som skjules og utelukkes. I utvelgelsen av sitater har jeg vært opptatt av å trekke ut de som best besvarer forskningsspørsmålene. Sitater som viser ulikheter i syn på familierapi og dens plass i BUP, samt sitater hvor det er mulig å finne mønstre i utsagnene er av interesse. Det er viktig å understreke at det er utsagnene som blir analysert, ikke intervjupersonene personlig. I diskursanalysen er

utgangspunktet at intervjupersonene ikke uttaler seg helt fritt, men innenfor rammer som gis av en gitte diskurser, som muliggjør og begrenser det som kan gjøres og sies (Jørgensen & Phillips, 1999).

Det finnes mange modeller under betegnelsen familierapi. For å finne ut hva informantene legger i begrepet familierapi, har jeg sett på hvilke ord og begreper informantene benytter seg av og funnet at informantene skiller mellom familierapi som perspektiv og familierapi som praksis/ hva de gjør. Analytisk kan det skilles mellom informanter som vektlegger familierapi som et tverrfaglig perspektiv og informanter som mener at det er en fagspesifikk behandling.

6.4 Utvalg og rekruttering av informanter

Jeg sendte ut et informasjonsskriv til alle terapeuter/ behandlere i poliklinikkens fire enheter med kort informasjon om masteroppgaven i familierapi og med spørsmål om noen kunne tenke seg å delta i forskningsprosjektet. Jeg fikk fire positive svar, hvorav tre hadde familierapeutisk bakgrunn og en hadde det ikke. Jeg sendte ut en ny felles e-post, hvor jeg oppfordret flere til å delta, også de uten familierapeutisk bakgrunn, da jeg ønsket flere perspektiver og yrkesbakgrunner i studiet. Seks personer svarte, og av disse hadde to en familierapeutisk bakgrunn, mens fire hadde annen utdanningsbakgrunn. I det endelige utvalget er det én lege, fem psykologer, én pedagog, to sosialfaglig/ sykepleiefaglig ansatte representert, totalt ni informanter. Alle fire enheter i BUP er representert i materialet. I utvalget er det fem ansatte med familierapeutisk bakgrunn, noe som innebærer en overrepresentasjon av familierapeuter sett i forhold til antallet familierapeuter på BUP totalt. Utvalget består av begge kjønn, men flere kvinner enn menn. Informantenes alder strakk seg fra ca. 30 - 50 + år. Èn av informantene hadde arbeidet ved BUP i over ti år, mens èn var relativt ny i BUP. Flertallet hadde erfaring fra BUP gjennom flere år. Intervjuene varte omtrent en time, ved et par tilfeller 1,5 timer. Intervjuene ble utført med fysisk oppmøte på arbeidsplassen i arbeidstiden etter samtykke fra ledelsen.

6.5 Transkripsjoner

Jeg tok lydopptak fra alle intervjuer og lagret de på en kryptert minnepinne (opptakene vil bli slettet når oppgaven er levert). Da jeg transkriberte de ni intervjuene valgte jeg å ikke ta med pauser og fyllord, latter og nonverbale språkhandlinger, selv om det kanskje i enkelte tilfeller kunne gitt tilleggsmateriale i intervjuene. Dette var for å gjøre transkriberingen gjennomførbart og leservennlig. Enkelte av informantene har ikke norsk som morsmål. For disse er det gjort mindre endringer i setningsstruktur, i forsøk på å bevare anonymiteten i tekstmaterialet. I ett av intervjuene ble lyd kvaliteten dårlig. Løsningen var å høre gjennom lydbåndet flere ganger og velge ut passasjene hvor kvaliteten var tilstrekkelig til å kunne transkriberes, forhåpentligvis uten at meningen ble borte.

6.6 Forskningsetiske hensyn ved dataproduksjon

For å ivareta kravet om informert samtykke sendte jeg forut for intervjuene en skriftlig avtale til personene om hvordan intervjuet skulle benyttes. De ble informert om at deltakelse er basert på frivillighet, og at de kan trekke intervjuet når som helst i prosessen.

For å beskytte intervjupersonenes anonymitet bruker jeg tallkode på informantene og endrer deres kjennetegn, deriblant kjønn, hvilken enhet de jobber ved og yrkesbakgrunn der det var få av samme profesjon. Der informanten er en av få intervjupersoner fra sin kategori (for eksempel yrkesbakgrunn som lege eller pedagog) og/ eller jobber med spesifikke problemer (spiseforstyrrelsesteam, psykoseteam, ambulant team), har jeg fjernet opplysninger som kan avdekke hvem informanten er. Jeg bruker «hun» på alle informantene, selv om det er menn representert i studien. I stedet for å omtale spiseforstyrrelsesteam/ psykoseteam separat, omtaler jeg de enkelte steder som metoder som benytter manualbasert familieterapi. Jeg forsøker med dette grepet å endre informasjonens form uten å endre betydning.

6.7 utfordringer ved det metodiske grunnlaget i oppgaven

Som forsker har man en posisjon i forhold til gjenstandsfeltet som er med på å bestemme hva det er mulig å oppdage og fremlegge som resultater. Min egen posisjon som både utøvende terapeut og forsker på eget yrkesfelt kan utfordre oppfattelsen og undersøkelsen av de

diskursene jeg står tett på og har meninger om. Det vil komme utsagn som jeg naturlig kan akseptere som sanne, men som jeg i rollen som forsker må etterstrebe å avnaturalisere (Jørgensen & Phillips, 2010). På den annen side har jeg også 'know how', det vil si innsidekunnskap om sektorens mekanismer, som en utenforstående forsker ikke uten videre har.² Totalt sett vurderer jeg denne doble posisjonen som en fordel så lenge jeg er bindingene til feltet bevisst.

Denne vurderingen styrkes av at jeg har jobbet i BUP-systemet i kun to år og har fra første stund stilt meg selv og andre spørsmål om hva familierapi er i BUP, herunder hva som forventes av meg som familierapeut i dette systemet. Mine egne opplevelser fra denne posisjonen er dermed ikke nødvendigvis representativ for andre terapeuter, noe jeg må være bevisst på i hele forskningsprosessen. Som forsker er jeg også en forteller, som ikke bare anvender språket for å speile en virkelighet der ute, men som skaper en spesiell virkelighetsoppfatning og som snakker på intervjupersonenes vegne. Skriveprosessen skaper dermed en egen verdi (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 299).

Intervjuene ble gjort i arbeidstiden og på arbeidsstedet med godkjenning fra ledelsen. Dette kan muligens ha innvirket på de ansattes opplevelse av hvor fritt de kunne svare. At intervjueren er en kollega som arbeider i familieteamet virket også trolig inn på hvilke spørsmål som ble stilt og hvilke svar jeg fikk. For meg som jobbet i familieteamet i BUP i tillegg til generalistteamet, kan problemet ha vært at jeg tar en del av uttalelsene om familierapi for gitt. Noen av informantene var i samme kategori som meg selv: kvinner med helse- og/eller sosialfaglig bakgrunn, som jobber i familieteamet og med videreutdanning i familierapi. Om informantene hadde bestått av denne gruppen alene, ville det trolig vært enda vanskeligere å distansere seg fra selvfølgeligheter i fagkulturen. For å få bedre oversikt over og balanse i forestillinger om familierapiens plass i BUP generelt, er det derfor en metodisk styrke, slik jeg ser det, at det også er med leger, pedagoger og psykologer og uten familierapeutisk bakgrunn. Siden informantene er fra fire forskjellige enheter i BUP, kan dette kanskje også dempe effekten av interne kulturer innenfor hver enhet.

² Omtrent ett år før ferdigstilling av oppgaven ble det avklart at arbeidsforholdet i BUP gikk mot slutten, da jeg tok imot et annet jobbtilbud utenfor BUP. Størstedelen av analysen av intervjumaterialet er således gjort i overgangsfasen mellom to jobber. Fasen kan betraktes som en gradvis løsrivelsesprosess fra BUP og dette vil trolig bidra til å styrke refleksiviteten i forskningsarbeidet.

Validitet handler om hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke, om våre observasjoner faktisk reflekterer de fenomenene som vi ønsker å vite noe om (Kvale & Brinkmann, 2015 s. 276). Den teoretiske og metodiske tilnærmingen jeg har valgt til forskningsobjektet innebærer at mine egne spørsmål og problemformuleringer inngår i produksjonen og struktureringen av informantenes meninger. Det diskursanalytiske perspektivet kan hjelpe til å objektivisere og reflektere rundt min egen feltintervensjon. Det kan også, stimulere til å reformulere antakelser om sammenhenger og funn, i den grad informantenes svar utfordret mine egne umiddelbare forestillinger om temaet. For det tilfellet at en annen forsker og intervjuer kunne oppnådd andre svar og konklusjoner, handler dette mer om den kvalitative og induktive metodens representativitetsbegrensninger, enn om validiteten i denne typen nærstudier.

7. Funn

Jeg var i intervjuene opptatt av å forstå hvordan terapeutene tenker om og praktiserer familieterapi i BUP og om deres uttalelser kan si noe om familieterapiens plass eller posisjonering i den lokale BUPen som omtales i denne oppgaven. En sentral dimensjon i dette er knyttet til hvordan arbeidsforholdene og særlig styringskravene i BUP påvirker måten de omtaler faget på (bruk av diskurser) og hvordan de mener at familieterapi bør forholde seg til rammene i BUP.

7.1 Hvilke diskurser fremtrer i familieterapibegrepet i BUP?

På spørsmål om hva informantene legger i begrepet familieterapi, er det til dels sammenfallende svar om forståelse av familieperspektivet og grunner for å involvere familien, og til dels ulikt syn på hva terapeutene gjør i praksis. Den familieterapeutiske diskursen sier noe om hvilke kunnskapssystemer som påvirker familieterapien i BUP og hvordan dette gir seg utslag i måten informantene omtaler familieterapi på. Jeg har delt kunnskapssystemene inn i to typer på basis av hvilke kunnskapsformer informantene trekker på i ulike sammenhenger; det systemorienterte som i hovedsak utgår fra kontekstuell kunnskapsmodell og den individorienterte som i hovedsak utgår fra en medisinsk kunnskapsmodell. I dette ligger et skille mellom å forstå verden ut fra ut fra sammenhenger og kontekst (sirkulær tenkning)

og en årsak/virkning-tenkning (lineær tenkning). Hvorvidt faget vurderes som verdensanskuelse eller som en metode med mål om bestemte resultater i henhold til gitte teorier, vil påvirke forutsetningene for å sette familieterapi i system i BUP.

Familieterapibegrepet er avgrenset til to hovedkategorier ut fra informantenes uttalelser om familieterapiens innhold og praksis. *Familie- og nettverksperspektivet* viser til familiens betydning for å oppnå endring, samt flere måter å involvere foresatte på ved bruk av ulike behandlingstilnærminger, uavhengig av yrkesbakgrunn/ profesjon. Enkelte informanter skilte mellom sin måte å gjøre familieterapi på og «ren» familieterapi i betydning fagutdannet familieterapi. Uttalelsen om «ren familieterapi» kan vise til at det eksisterer forestillinger om en idealtipe av familieterapi, det vil si en konstruksjon der typiske egenskaper ved et sosialt fenomen trekkes frem (Skirbekk, s. & Tjora, A. 2022). Den andre kategorien - *generell/ tradisjonell familieterapi* – forbinder informantene i større grad med regler for hvem som kan utøve den (formell kompetanse), hvordan den skal anvendes (i familien som system og med teamarbeid), med hvilke metoder (familieterapeutiske retninger) og hva slags terapeutposisjon som kan inntas (ikke-ekspert/ kunnskapen som samkonstruert). Informantene viste til flere nyanser og overlappinger mellom de to kategoriene overfor. Diskursene som fremtrer sterkest er mellom de to kategoriene som beskriver hver sin ytterkant av familieterapiens posisjon i BUP, henholdsvis som noe alle kan utføre eller som noe som krever formell utdanning. Som jeg vil komme inn på senere, kan det flytende familieterapibegrepet ses som både en styrke og en svakhet i BUP.

7.1.1 Den bio-psyko-sosiale modellen i BUP

Historien til BUP handler om tverrfaglighet, den bio-psyko-sosiale modellen. Grunnelementene i BUP beskrives av flere informanter som individualterapi, medisiner og familieterapi, og de gir uttrykk for at de er eller bør være likeverdige som behandlingstilnærminger. Familieterapien har vært kritisert for å være relativistisk og lite normstyrt, spesielt den språkssystemiske retningen (Mæhle, 2001). Slik jeg tolker det har kritikken omhandlet at ensidig fokus på språklige endringsprosesser, kan usynliggjøre makt- og avhengighetsforhold i familien og normer for hva som er god/ dårlig utvikling for barn (Mæhle 2001). I BUP virker ikke denne type relativisme som en like tydelig utfordring for

familieterapien, da den hele tiden forholder seg til kunnskap om utviklingsstøttende samspill mellom barn og familier i tillegg til prosessene som driver fram endring.

Samtlige terapeuter jeg har intervjuet mener at det tverrfaglige perspektivet og den bio-psyko-sosiale modellen som helsevesenet baserer seg på fungerer godt på teammøter og i drøfting av pasientsaker. Familiens samspill og kommunikasjon diskuteres i like stor grad som indre psykologiske prosesser, skolefungering, medisinerings/ somatisk fungering etc. Flere av informantene i BUP viste til betydningen av utviklingsstøttende familiesamtaler.

P3: Mye forskning viser, både tilknytningspsykologi og normalutvikling at familie og responsiviteten til foreldre, hvordan barnet møtes av sine foreldre, at det er viktig for barnets utvikling. Så tenker jeg at i seg selv er en god begrunnelse for at når det blir skjevutvikling eller at ting blir vanskelig, så må familien inkluderes på et eller annet vis.

Den bio-psyko-sosiale modellen er et godt forankret tverrfaglig perspektiv i BUP. Ifølge informantene kan dette stille seg annerledes i praksis, blant annet grunnet kapasitet. Enkelte av informantene viser til at man kunne styrket det sosiale perspektivet, da det er få med sosialfaglig bakgrunn ved den aktuelle BUP-en. Familieterapien blir ikke et likeverdig tilbud i tjenesten, da det avhenger av hvilken yrkesbakgrunn de som er med i de ulike sakene har, samt at sakene ikke alltid fordeles ut fra familiekompetanse. Pasientfordelingen avhenger både av terapeutenes utdanningsbakgrunn, interesser og av ledelsen på de enkelte enhetene ifølge informantene. De uttaler at dette ikke er satt i system. En av informantene opplever at det blir spill for galleriet når hjemmeforhold drøftes når de tar opp saker i team, men at det ikke er tid og ressurser til å sette i gang med oppfølgende tiltak. Saker som i tverrfaglig team blir drøftet og gitt en tverrfaglig teoretisk kompetanse, kan ende opp med å bli monofaglig fulgt opp i det videre forløpet.

P6: Jeg synes det er glissent på bemanningssiden, på vår enhet er det 3 av 20 terapeuter med sosialfaglig/ familieterapeutisk bakgrunn. Det er såpass mange psykologer og jeg tenker at ideelt sett burde det være like mange av hver. Det er ikke sånn at psykologer ikke kan ta det, men når man blir skviset så blir fokuset mer på utredning og utskrivning.

P3: «Mange av oss har jobbet mye med familier og systemer i mange år og har mye erfaring og kompetanse på det likevel, selv om man ikke har en sånn formell utdanning. Men det er jo igjen det at man ikke har satt det i system. (...).

Argumentene fra terapeutene kan muligens forstås som at familieorienterte tilnærminger anses som felleskompetanse i systemet heller enn fagspesifikk kompetanse. Samtidig gis det

uttrykk for at de som har familieterapiutdanningen og jobber med familieterapi i det daglige vil ha større kompetanse på området. Flere av informantene uttaler at kompetansen i familie- og nettverksbaserte tilnærminger ikke blir tilstrekkelig ivaretatt i BUP:

P8: Stykkevis og delt, det er ikke systematisk, det er ikke kvalitetssikret sånn som kanskje utredningsverktøy er. Lege og psykologkompetansen som er spesialistkompetanser, som er systematisert, sånn er det ikke med familie- og nettverkstilnærminger.

P5: De målene er ikke tydelig beskrevet i veilederne, det er bare spesialist, psykolog og lege og andre faggrupper, det blir diffust ikke sant, da er det lett å overse det, ikke inkludere. Det har skjedd over tid og en del av det er forsterket av rammer som er politiske, retningslinjer og sånn. Jeg tenker at hvis man ønsker å endre det (...) at det skal være sosialfaglige på alle BUP`er, handler det om kapasitet. Vi kutter kvalitet på grunn av kapasitet.

Det er et mål i BUP om å behandle flest mulig og det kan gå ut over kvaliteten i behandlingen slik terapeuten beskriver det. Diagnosedrøftingen har en mer begrenset form for tverrfaglighet rapporterer flere informanter. I BUPs retningslinjer står det at det bør være psykologspesialist og legespesialist for å sette diagnoser, mens det ikke er noe krav om de andre yrkesgruppene tilstedeværelse, selv om det oppfordres til tverrfaglighet. En av terapeutene uttaler at det burde være fokus på å gjøre diagnosedrøftingen mer tverrfaglig. Hun uttrykker at «tverrfaglig», slik det fungerer nå, betyr lege og psykolog. I realiteten blir dette en mer fagspesifikk kompetanse, knyttet til legens og psykologens formelle kompetanse. Hun trekker fram andre profesjoner som har andre kompetanser, for eksempel familieterapeuter, sosionomer og pedagoger. Informanten begrunner begrenset tverrfaglighet med kapasitet, at de andre faggruppene er opptatte eller at man ikke vil bry de fordi det ikke er helt nødvendig at de er tilstede. Det er ingen av informantene som gir uttrykk for at de andre yrkesgruppene i BUP ikke har kompetanse som kunne vært nyttig i diagnosedrøftingen.

P5: (...)Når jeg snakker med kollegaer, så får jeg ikke inntrykk av at leger og psykologer føler seg bedre enn pedagoger, sosionomer og familieterapeuter, ikke personlig. Men det er noe i veggene av BUP, noe i systemet på en måte gjør det veldig tydelig at det er psykologer og leger som har mest ansvar og krav og sånn, de andres kompetanse blir undervurdert kanskje. Jeg opplever det ikke personlig, kanskje enkelte ganger, men veldig sjelden. De setter pris på de andre kompetansene, men det er noe i systemet og i BUP-veggene.

Informanten uttaler at det er noe i BUP-veggene som styrer hvilke kompetanser som verdsettes. Det pekes verken på ledelse eller andre ansatte. Dette kan forstås som en makt

som er overalt og spiller seg ut på måter som gjør at den ikke gjenkjennes som makt. Når makten blir usynlig blir den ekstra virksom ved at den virker helt naturlig (Foucault, 1999). Flere informanter hevder at familierapien kan anvendes for at foreldre skal få mer helhetlig forståelse av barnets vansker slik den fremkommer ved utredning og diagnostisering. I denne sammenheng vil diagnosen virke styrende inn på hvordan familierapien utøves, mens i tradisjonell familierapi er det familiens og terapeutens utvikling av en felles forståelse gjennom dialog som virker styrende for behandlingen.

P6: Jeg ser at i noen tilfeller så er det litt sånn med systemer og effektivisering, at det er ressurskrevende å involvere familien, og kanskje en prosess som vil ta lang tid- at man med rette gir oppgaven til barnevernet, at det frigir tid. BUP er ganske psykologtung og legetung, de er kanskje vant til å jobbe med individualterapi og ikke alltid har interesse eller mulighet for å jobbe med systemet. Så er det mye utredning, og så skal de skrives ut og da er det verken plass til individualterapi eller familierapi. Psykologer er også opptatt av å involvere systemet rundt, men det er mange arenaer og hvis man har mulighet til å jobbe med en ting, så tror jeg det er lett å gå i den individualterapien. Det er det som er kjent, som er tryggest og det er der man har trening.

I enkelte saker vil trolig BUP kunne forstå familiens strev bedre ut fra pasientens strev. I barnevernet har de ikke nødvendigvis samme kompetanse til å følge opp den psykiske helsen slik som de følger opp omsorgssituasjonen. Slik situasjonen er nå, beskriver informanten det som outsourcing av tjenester på grunn av manglende kapasitet i BUP.³ Informanten peker på noen iboende ambivalenser i BUP, som også andre intervjupersoner omtaler: begrenset tids- og ressursramme og stor vekt på utredning gjør at BUP ansporer til individualterapi i større grad enn familierapi. Hun gir uttrykk for at effektiviseringshensyn og individualterapi til en viss grad legitimerer hverandre, at de trekker i samme retning.

Ut fra informantens beskrivelse kan ikke familierapi i BUP uproblematisk erstattes med familierapi i barnevernet. En mulig tolkning av dette er at familierapien i spesialisthelsetjenesten har utviklet seg forskjellig fra familierapien i førstelinjen (instanser som barnevern, familievernkontor etc). Dersom tverrfagligheten i BUP fungerer etter

³ Begrepet outsourcing er kjent fra markedsdiskurser, på norsk: konkurranseutsetting. Dette innebærer at en organisasjon går over til å skaffe en vare eller tjeneste fra en ekstern leverandør i stedet for å levere den selv.

hensikten, så kan familierapien i BUP ha utviklet en merkompetanse som inkluderer flere typer fagkunnskaper og erfaringskunnskaper. På den andre siden er det flere informanter som kritiserer modellen BUP driftes ut fra. De opplever det problematisk at sykehusmodellen for somatiske sykdommer er overført til psykisk helsevern og at de bindes opp til pakkeforløp som deler opp problemer i adskilte kategorier, uavhengig av kontekst.

7.1.2 Individualterapi versus familierapi i BUP

Når informantene skal beskrive hva familierapi er, sammenstiller de den med dens binære motsetning: individualterapi. Den individualiserte pasientrollen i BUP kan ifølge informantene stå i veien for familierapi. Det er barnet som har problemer og av den grunn er henvist til spesialisthelsetjenesten. Det naturliggjør individualsamtaler, det blir en selvfølge som ingen tenker over. Familiesamtaler derimot må man argumentere eksplisitt for i dette systemet.

P5: Når de kommer i BUP, så er barnet definert som pasient. Og da kanskje man må jobbe mer med motivasjonen til foreldre, at de har en viktig rolle i det. Men hvis det er familien som familie som strever, da kan det være lettere å se familierapi som en løsning, for det er ikke en som er definert som pasient.

Argumentet understreker at hvilket kunnskapssystem, individorientert eller systemorientert. barnet/ ungdommen og deres familier blir møtt med ved innkommst i BUP, gir rammen for hvordan de forstår problemet og trolig hvilken behandling som tilbys. En av terapeutene sa at hun bevisst inviterte til familiesamtaler i de fleste saker fra oppstart og forklarte familien grunnen for at dette ble gjort. Involvering av foresatte helt fra oppstarten i BUP kan ifølge flere terapeuter være avgjørende for hvilke endringsmuligheter som kan finne sted i behandlingsprosessen. Tanken er at foresatte som blir introdusert for familierapeutisk tenkning eller systemisk tenkning tidlig i løpet har bedre utgangspunkt for å kunne nyttiggjøre seg familierapi som en del av behandlingsforløpet enn de som får tilbud om familierapi etter et langt løp med individualterapi til barnet og veiledning med foreldrene. Om familien introduseres til en lineær forståelse av psykisk helse (som en sykdom innvendig i individet) eller en sirkulær forståelse av psykisk helse (som noe som skjer mellom mennesker) vil ifølge enkelte av informantene påvirke hvordan familien forstår problemet og hvilken rolle de som pårørende skal ha i endringsprosessene. Flere behandlere formidler at et mål med familiesamtaler er å frigjøre barna for eneansvar for problemene som oppstår i familien og andre systemer rundt barnet og i større grad plassere ansvaret hos de voksne.

P2: Det er bra for barnet å si at dette dreier seg ikke bare om deg, det dreier seg om familien din, alt som skjer i familien og om mamma og pappa, derfor tenker jeg at du trenger denne behandlingen i familieteamet. Det er dette som blir maskert hvis det bare skal være basisutredning eller basisbehandling i poliklinikk, for da kommer alt til å være lagt på barnet eller ungdommen.

Individfokus i BUP-systemet utfordres av informanten, da det innebærer at barnet må ta ansvar for problemer som kanskje tilhører familiesystemet som helhet eller andre systemer som barnet forholder seg til (skole, fritid etc). I systemteorien fant familierapeutene en modell som kunne avlaste barnet fra å bære ansvaret for familieproblemer ved at fokus ble flyttet fra individet til helheten og fra enkeltpersoner til relasjonen mellom dem. I intervjuene framkommer det at familiesamtaler gir muligheter til å tydeliggjøre problemet på en annen måte enn i adskilte individualsamtaler og foreldresamtaler, fordi de kan respondere på det som kommer der og da og alle har muligheten til å formidle hvordan de opplever det fra sine perspektiver. At familiemedlemmene får økt forståelse om hverandre er viktigere enn at terapeuten får informasjon om pasienten.

Individorienteringen i BUP kan også utfordres av familierapiens tradisjoner om å jobbe i team. Informantene argumenterer for at dette er en arbeidsmåte som kan dempe enkelterapeutenes blinde flekker, fordommer og preferanser og bidra til bedre balanse ved at flere perspektiver/ innfallsvinkler får plass i samtalen. En av informantene viser til at selv om individualterapeuter kan ha familiesamtaler, skjer det andre prosesser når terapeutene jobber i team:

P3: (...) for eksempel at man kan dele, at den ene fokuserer litt mer på foreldre og forsøker å fange opp ting der, mens den andre fokuserer... at familien opplever at det går an å få en alliert, men også at de blir sett i familiesystemet. Er man bare én så er det vanskelig å få med seg alt som skjer og på en måte gi alle plass i en familiesamtale, det må jo være et viktig poeng da, at alle i familien får en (...) litt forskjell fra individfokusert versus familie, så er det der med at alle i familien er like viktige. Det er kanskje litt godt for det barnet som går på BUP at alle er i fokus. Men det er klart at når man er alene behandler, så er det jo slik at selv om man skulle ønske å jobbe enda mer familierapeutisk, så blir det jo ofte at man må rasjonalisere litt når du ikke har en medarbeider inn, da blir det 3 familiesamtaler, så må jeg kjøre 3 foreldreveiledninger og 5 individualsamtaler- man må rasjonalisere. Men egentlig tenker jeg at her hadde det vært bra med full pakke på familierapi parallelt. Selv om forståelsen og kompetansen oppleves å være her, så er det igjen det med tid, hva skal du prioritere av tidsbruk da.

Å gi tid til foreldrene og involvere de grundig i forløpet i BUP har en egen verdi for endringsprosessene. Familiesamtaler er avhengig av at terapeuten har tid og kapasitet til å gjøre det. Uten kollegastøtte kreves det andre løsninger for å unngå tidsklemme. Å dele inn samtalene i individualsamtaler, foreldresamtaler og fellessamtaler i tur og orden er en anvendt måte å organisere behandlingen på, ifølge informantene. Det krever i praksis kun én terapeut og er ressurs sparende sett i lys av styringsmodellen for BUP, men kan ha en kostnad for pasientene ved at balanseringen av allianser vanskeliggjøres. Ifølge informantene kan det resultere i en konkurranse om perspektiver, der for eksempel foresatte ikke føler seg forstått som resultat av at terapeuten velger å fokusere på barnets perspektiv.

En annen informant formidler at hun både har erfaring med å jobbe med co-terapeut i familieteamet og å anvende det systemiske perspektivet når hun jobber alene med familier og ikke har tilgang på kollegaer. I familieteamet har hun anledning til å ha en co-terapeut som hun kan drøfte og reflektere med underveis i prosessene, mens når hun er alene må hun i større grad jobbe ut fra egne impulser. Hun opplever at det ikke blir like bra kvalitetssikring. En annen terapeut formidler manglende kvalitetssikring ved at ikke alle har tilstrekkelig kompetanse til å utøve familierapi i BUP:

P2: «Det ser fint ut på papiret at alle skal kunne familierapi i BUP, men det er veldig naivt å si. Hvis man er helt fersk nyutdannet sosionom eller pedagog eller psykolog eller lege, så kan ikke de dette. Og hvis det er sånn i BUP, som vi kjenner til, så får alle bare nye saker, ofte blir du stående litt alene i sakene, for det er stor tilstrømning av saker i BUP. Når du får henvisningen vet du ikke alltid hvordan en sak er (...). Hvis du er nyutdannet som kommer og får en voldsom sak, så skal det litt til sånn som vi har det nå, å bare få en erfaren familierapeut inn i saken. (...) Det er naivt å tenke at det skal ivaretas av den enkelte».

Informanten problematiserer diskursen om at familierapi i BUP er noe alle kan utføre. Det er opp til den enkelte å bruke familierapi hvis de vurderer behandlingen som riktig, men uten at det er lagt til rette for det i BUP-systemet. Når ansatte opplever at de har utilstrekkelig kompetanse eller ikke får med seg en familierapeut som kan veilede, kan veien bli kort til å velge en annen og mer tilgjengelig tilnærming, eksempelvis individualterapi eller foreldreveiledning.

7.1.3 Terapeuten som ekspert eller ikke-ekspert

Når informantene snakker om familierapi er de opptatt av å uttrykke sitt syn på hva som bidrar til endring. De viser til at i familierapien må behandleren gi fra seg noe av «kontrollen»

til familien, gå ut av ekspertrollen og stole på at foreldrene vil bidra til et konstruktivt samarbeid til det beste for barnet sitt. Dette prinsippet taler sterkt for at familien skal eie sitt endringsprosjekt. Flere uttrykker at det er krevende, da det kan oppstå situasjoner i familiesamtaler som de frykter vil påvirke barna negativt, for eksempel der foresatte ikke klarer eller evner å ta barnas perspektiv. Samtalene stiller store krav til terapeutenes bruk av skjønn. Informantene uttaler at selv om de ønsker å balansere perspektiver, vurderer de situasjonen i lys av ivaretagelse av barnet og deres perspektiv. Enkelte informanter sier at de frykter at de i enkelte situasjoner kan bidra større skade overfor barnet enn hjelp. Synet på foresatte som problemoppretholdende faktorer eller som beskyttende ressursfaktorer for barnet kan påvirke hvilken behandlingstilnærming som velges i BUP. Samtlige informanter gir uttrykk for at foreldre både er ressurspersoner og kan bidra til å opprettholde problemer på samme tid. Forskjellen ligger i hvordan terapeutene skal tilnærme seg når foresatte i hovedsak oppleves som problemoppretholdende. Flere terapeuter ønsker å gi foresatte informasjon/veiledning om hvordan de skal forstå og møte barnet sitt, og sikre at de har riktig perspektiv før de eventuelt samles i familiesamtaler. Det riktige perspektivet blir da formet av terapeuten som har definisjonsmakt i systemet. Det kan muligens gi terapeuten trygghet vedrørende ivaretagelse av barnet, men det kan også bidra til å forme hva som er mulig for familien å uttale seg om i samtalen. Ved å møte foreldre og barn i adskilte samtaler kan terapeutene i større grad unngå ubehagelige familiedynamikker i terapirrommet.

Andre mener at det er først i familiesamtaler at man forstår samspeillet og konteksten barnet lever. Det jobbes med å danne et felles språk for problemet og endringsprosessen omfatter hele familiesystemet. De kan øve seg på å utforske hverandre og sette seg inn i de andre familiemedlemmenes perspektiver. Den tradisjonelle familieterapien vektlegger brukerkunnskap/ klientenes ekspertise. Om man skal gi råd, forutsetter det at man på generell basis vet hvordan en familie bør være til forskjell fra hvordan den ikke bør være, uavhengig av hvilken meningskontekst familiene setter problemene sine inn i. Terapeuten blir da eksperten. Flere familieterapiretninger snur på det og gir ekspertrollen til pasienten og familien.

P5: De har mye kunnskap og kjennskap til egen familie, de vet mye mer om eget barn, og barnet vet mer om det som skjer mellom barnet og foreldre. Vi kan gi råd som ikke treffer i det hele tatt i veiledning, det kjenner de stort sett igjen. Mens i familieterapi er det viktig at vi finner løsning sammen, at vi kan høre opplevelser fra de ulike familiemedlemmene.

Terapeutens rolle i familierterapi er å gjøre samtalen så trygg som mulig, men har ikke på forhånd bestemt hva de ulike har lov til å uttale seg om. Det ligger både en større tillit til foresatte og et større ansvar rettet mot dem for at de skal kunne ivareta barnet/ ungdommen når behandlingen i BUP er ferdig. En av informantene uttaler at det kan være en risiko for at det blir sagt ting som ikke er godt for barna å høre, samtidig er det sannsynlig at slike ting også sies utenfor terapirommet og uten at barna har voksne som kan ivareta det. I BUP-systemet kan det argumenteres for at den økte standardiseringen av utredning og behandling søker å fritte terapeuten for bruk av skjønn i komplekse situasjoner som framstilles her (Aamodt, 2014). Ansvaret tillegges heller institusjonen i form av regler, lovverk og nasjonale retningslinjer for behandling rettet mot individet (barnet), mens foresatte får foreldreveiledning for å standardiseres som riktige voksenpersoner (Hennum, 2010).

En av informantene uttaler seg om forskjellene med å jobbe familierapeutisk og være i team med kollegaer som anvender foreldreveiledning og psykoedukasjon

P8: (...). Du må få med deg foreldrenes tenkning, du må få foreldrene til å tenke dette selv istedenfor bare å undervise. Det er et område hvor jeg tror vi kunne fått mer familierapi inn».

I familierapien er terapeutens posisjon å være en fasilitator for god kommunikasjon og dialog heller enn å være en ekspert som skal overføre kunnskap til familien. Målet for terapeutene som utøver familierapi er å fange opp og aktivt jobbe med det som utspiller seg i relasjonen mellom familiemedlemmene i rommet her og nå, mens det utspiller seg. Relasjonskompetansen fremstår som gjennomgående viktig for å skape dialog i en familie. Argumenter som flere informanter benytter for å samle familien, er at en eventuell endring som oppnås i individualterapi med barnet, raskt kan falle tilbake til det samme dersom systemet barnet lever i forblir uendret. Å få foreldre mer involvert i barnets behandling, som ressurspersoner, kan være en annen grunn til å henvise til familierapi ved BUP.

P4: Hvis man tar barnet ut, slik som det blir gjort mye av i bup i individualsamtaler, så kan man gi forståelsen av at det er de som er problemet. Fordi barnet eller ungdommen blir jo behandlet som et problem når de blir tatt ut av sammenhengen.

Hvis man kun ser på barnets/ ungdommens atferd og de symptomer som han/ hun viser, kan disse samsvare med ulike diagnoser og man sier for eksempel at barnet er deprimert eller har

angst. I familierapien formidler informanten at barnet/ ungdommen *viser* at han/ hun er lei seg eller engstelig, men det forklares ikke med årsaker inni barnet. Det kan være mange faktorer, både utløsende og opprettholdende som viser seg i like symptomer. Det kan blant annet omhandle økonomiske, kulturelle eller sosiale forhold familien lever i. Familierapi blir av flere av informantene også omtalt som systemisk terapi, som viser til at det er flere systemer enn familien som påvirker barnets situasjon. I en av enhetene i BUP forteller informantene om et mangfold av kulturelle, språklige og systembaserte barrierer, samt levekår som vanskeliggjør standardiserte løp. Familiens kunnskaper om det spesifikke barn/ ungdom kan da bli begrenset ved at diagnoser framhever noen måter å forstå et problem på, mens andre måter utelukkes. Familierapiens måter å fremme kunnskap via samproduksjon med familier skiller seg fra annen ekspertkunnskap i BUP. Kunnskapen risikerer derved å bli en taus, ikke-dokumentert kunnskap i systemet. Slik Foucault (1999) beskriver det blir kunnskap først «sann» når den inngår i den rette disiplin, med en bestemt type teoretisk horisont, i dette tilfellet: evidensbasert kunnskap.

7.2 Familierapiens tilpasninger til og utfordringer i BUP-systemet

Familierapibegrepet har fungert som en sekkebetegnelse for flere måter å involvere familier på. I funnene blir det tydelig at noe står på spill med hensyn til om familierapi skal/ bør forstås som et eget fag/ profesjon eller som en tverrfaglig tilnærming/ perspektiv. Først vil jeg se på hvilke fordeler og ulemper informantene uttrykker ved å sette likhetstegn mellom familie- og nettverksperspektivet og familierapi. Slik jeg tolker funnene fra intervjuene med de BUP-ansatte innebærer familierapi som perspektiv og som behandling ulike former for kunnskaper og praksiser, med ulike betydninger for familierapiens posisjon i BUP.

7.2.1 Diskurser om anvendelse av familie- og nettverksperspektivet i BUP

Flere terapeuter, uavhengig av yrkesbakgrunn, hadde sammenfallende forståelse av familie- og nettverksperspektivet:

P3: (...) jeg tenker at familierapeutisk tenkning eller at barnet er et produkt av familien og at intervensjonene også skal være i familien, det er jo helt grunnleggende tenker jeg når man jobber med barn og ungdom.(....). Vi alle blir påvirket av de vi bor

sammen med og foreldre har med seg sine ting fra egen oppvekst som man har med inn i en familie. Så alt det her påvirker hverandre.

Det stilles få spørsmål til om foresatte/ familien er viktige når barnet skal få behandling i BUP; dette tas for gitt. Hvilken måte denne involveringen skal skje på, er derimot ikke gitt. Flere informanter argumenterer for at konteksten barnet eller ungdommen lever i er avgjørende for den praktiske tilnærmingen i hvert tilfelle. Noen foresatte etterspør råd, verktøy og ekspertkunnskap, mens andre foresatte er mer opptatt av å få hjelp til å styrke forståelsen mellom familiemedlemmene ved å jobbe med samspillet. En del informanter med familierapeutisk bakgrunn formidler at de også anvender andre tilnærminger enn familierapi når de jobbet med familiene, for eksempel foreldreveiledning, kognitiv terapi eller tilknytnings- og utviklingspsykologi. Flere av terapeutene benyttet den systemiske forståelsen i andre typer samtaler som individualsamtaler, psykoedukasjon, samt i informasjonsinnhenting i inntakssamtalen og i gjennomgangen av utviklingshistorien til barnet. På den måten viser informantene at familieperspektivet kan anvendes bredt og ikke kun er forbeholdt familierapi som behandling.

Selv om de fleste av informantene opplever at familieperspektivet er viktig, er det flere som også kjenner behov for å adskille det fra familierapien som eget fag:

Jeg tror ikke det står på kompetanse egentlig, familie- og nettverksperspektivet er nok ivaretatt, men kompetanse på familierapi varierer nok. Det er ikke det samme på en måte: Å forstå viktighet av familie- og nettverk og kunne anvende familierapi.(....). Jeg tror alle som jobber i BUP forstår viktighet av familie og nettverk for barnets vansker i s ånn tilfriskningsprosess, men det er kanskje ikke alle som har interesse av å jobbe med det som familierapeuter. Det er sikkert det også, hvordan det utvikles videre, noen er kanskje mer interessert i å utvikle det videre, prøve seg på familiesamtaler, hente kompetanse på teknikker i familierapi, mens andre forstår viktigheten, men bruker andre tilnærminger, foreldreveiledning og leketerapi.

Terapeutenes faglige preferanser får ifølge informanten stor betydning for hvordan familiene involveres i BUP. Innbakt i de ulike metodene av familieinvolvering er ulikheter i synet på hvordan oppnå forståelse og kunnskap om et problem og hva som skaper endring. I psykoedukasjon og foreldreveiledning har terapeuten i større grad svaret på hva foreldre må

forstå og bli bedre på. Det gjør det også enklere å systematisere kunnskap slik at metodene følger reglene for evidensbasert kunnskap. I familierapi vektlegges det i større grad å stimulere til gjensidig dialog med mål om å finne løsninger sammen (Dahlgren et al., 2021).

Familie- og nettverksperspektivet eies ikke av en bestemt teoretisk retning, den kan benyttes i individualterapi, i foreldreveiledning og i psykoedukasjon. Familie- og nettverksperspektivet har således færre begrensninger enn tradisjonell familierapi i BUP-systemet. Flere kan ta perspektivet i bruk uavhengig av faglige preferanser og utdanningsbakgrunn, det er fleksibelt og kan tilpasses situasjonen og formålet, herunder valg av terapeutposisjon. Det kan gjøre at dette perspektivet har så stor oppslutning i systemet. Med tanke på at evidensbasert kunnskap utgjør standarden i BUP-systemet, er det grunn til å spørre om tradisjonell familierapi fremstår så fremmed at de ansatte sliter med å presentere den etter malen for «sann» kunnskap i dette systemet.

7.2.2 Diskurser om familierapiens status som eget fag og behandlingsmetode i BUP

Flere av de intervjuede terapeutene formidler at de jobber mye med familier, men at de ikke kaller det for familierapi. For noen ble det forklart ut fra at de jobber eklektisk, noen formidler at de samler familien, men kaller det heller søskensamtaler eller psykoedukasjon eller andre ting. Den tradisjonelle familierapien utfordres av BUP-veilederens krav til virksom behandling, i kraft av dens vekt på evidensbasert kunnskap. Dette betyr ikke at familierapi ikke er en virksom behandling, men at faget har andre vurderingskriterier for hva som virker.

Når P5 skal forklare familierapiens posisjon i BUP viser hun til den generelle familierapien som noe diffust, lite konkret og flytende, noe som tyder på at andre diskurser enn den familierapeutiske er det førende utgangspunkt:

P5: Det er en diffus metode, det er noe for alt eller ingenting, det er ikke en spesiell målgruppe. Familierapi mot spiseforstyrrelse er godt forankret, det er enighet og det er prioritert og det står i veilederen. Den er konkret og det er forsket på. Men de mer generelle tilnærminger i familierapi som skaper endring og som passer til mange relasjonelle vansker som ofte ligger til grunn- opprettholdende faktorer og sånt, det er diffust. For eksempel kognitiv atferdsterapi- du har boken som du følger. Når du kjenner metoden, kan du avspore fra det og det samme er det for familierapi. Vi trenger ikke følge manual, men for noen familier kan det være greit å ha manual, gi de en slags ramme.

Framstillingen av den generelle familieterapeutiske metoden som uklar står i kontrast til det evidensbaserte kunnskapssynet i BUP. De samme premissene som anvendes i diskurser for standardisering og evidensbasert kunnskap, brukes til å forklare familieterapiens tilkortkommenhet i systemet. Behandling av spiseforstyrrelse når opp til standarden slik det fremkommer ved bruk av ord som «godt forankret», «enighet», «prioritert», «det står i veilederen». Foucault (1999) skriver om sannhet at det er en form for regler og prosedyrer som styrer hva som inngår av kunnskap og viten i verden, og at denne kunnskapsproduksjonen danner rammen for menneskenes egne erfaringer og kunnskaper. Føringene i BUP-systemet kan sies å virke disiplinerende i den forstand at informantene uttaler seg i tråd med gitte regler for sann kunnskap. De inntar ikke en stabil posisjon, de utfordrer samtidig systemet ved å innføre nye diskurser.

En informant formidler at familieterapi er en behandling uten målgruppe, uavhengig av diagnose. I intervjuene kommer det ikke fram spesifikke kriterier for når terapeutene velger å henvise til familieteamet for generell familieterapi, det er ikke satt i system. Flere nevner at terapeutens vurdering avgjør, samt hvilke typer kompetanse de har til rådighet. Noen bruker kasusformulering for å vurdere hvilke tiltak som skal settes inn, at det er faktorer som indikerer at vansker i familien er problemopprettende for barnet/ ungdommene. Et eksempel på dette er når familiesamspillet uttrykkes og observeres som krevende og belastende for barnet, at foreldre sliter med egen problematikk, at søsken også strever i familien med videre.

Flere informanter uttaler at dersom problemene handler mer om familiesamspillet enn om barnets grunnvansker, og hvis det er sammensatte saker hvor mye annet er forsøkt, så kan familieterapi bli et aktuelt alternativ. Kompleksiteten kan øke aksepten for å bruke mere tid på behandlingen. Det finnes mange tilstander som ikke lar seg plassere i entydige diagnosekategorier og informantene uttaler at BUP også trenger noen som kan ivareta også denne type problemstillinger. I denne sammenheng uttaler terapeutene at familieterapiens styrke er nettopp det de omtalte som dens svakhet- den er diagnoseuavhengig og kan av den grunn tilpasse seg behovene til det enkelte barn, ungdom og deres familie. En annen informant etterlyser en tydeligere definisjon av begrepet «familieterapi», for å motbevis tankegangen i BUP om at «alle kan gjøre familieterapi»:

P1: Kanskje det hadde blitt litt mer løftet i BUP da, at vi driver mer familierapi enn det vi tror selv. Samtidig tenker jeg på den diskusjonen vi har hatt litt i det siste om at «alle kan familierapi, alle kan drive med familierapi», men at man er bevisst på at det er en egen utdanning. Ting spiller seg ut når man har familien samlet, men det er en fordel å ha kunnskap om metoder og prosesser og om å drive familierapi slik at det ikke blir sånn at «alle kan familierapi» som ble sagt for å begrunne nedleggelse av familieavdelingen.

Henvisningen til familieavdelingen som tidligere tjente BUP i spesielt krevende saker blir en påminnelse om at familierapi mangler status som helseprofesjon. Enkelte informanter anvender den marginaliserte posisjonen til å tale sin sak i systemet. Uttalelsen om at «alle kan familierapi» stilles mot argumentet om at familierapi er en egen utdanning, ikke en basiskompetanse alle klinikere innehar uavhengig av utdanning. På den annen side argumenterer samme terapeut for at det ikke er et definitivt skille mellom familierapi og andre samtaleformer der familien var involvert:

P1: (...) - det går over i hverandre dette med veiledning og de mer strukturerte programmene. Å bruke elementer av familierapi, så lenge du har familien samlet, så blir det en slags familierapi (...) Det blir jo familierapi selv om det defineres mer som søskensamtaler, psykoedukasjon eller annet. Jeg vet ikke om det blir for utvannet i forhold til hva er familierapi. Jeg tenker kanskje litt mer fritt om det, at det ikke skal bli så teoretisk definert.

P1 viser til et dilemma mellom å ønske at familierapien blir anerkjent som en egen behandlingsform med formell utdanning og et tydelig avgrenset familiebegrep og på den andre siden at familierapibegrepet utvides til å gjelde for alle typer tilnærminger hvor familien er samlet. I den sistnevnte nevner informanten risikoen for at familierapi blir så utvannet at den ikke vil gjenkjennes som familierapi. Informantens dilemma kan forstås i en kontekst hvor familierapiens posisjon utfordres av de andre familietilnærmingene, samt av retningslinjer som fokuserer på standardisering. Informanten mener på den andre siden at det også kunne vært fordelaktig å samle alle familieinvolveringstypene under fanen familierapi i BUP. Sett fra dette resonnementet kunne familierapien anvendes på en rekke områder.

En av informantene satte et skille mellom terapeuter med formell kompetanse i familierapi og de som ikke har det:

Hvis man er utdannet i det og rendyrker det mer, så vil du ha det litt mer i fingrene, med hvordan man kan jobbe direkte med ulike typer familiesystemer. Du har det mer i fingrene hvordan du kan snu ting, eller hvordan du kan justere på ting om du henger litt fast. Tenker noen av oss som skal jobbe mye individfokuset i tillegg til familie og

foreldreveiledning, så blir det på en måte litt mellom, du får ikke den dybdetrening og mengdetrening, som man kanskje får når man både har formell kompetanse og kanskje jobber enda mer ren familierapi. Så jeg tror det er forskjell der(....).

Jeg opplever mye mer forandring i forhold til når jeg jobber individuelt og med foreldresamtaler, men det er utrolig krevende, så man må opparbeide en slags kapasitet til å kunne følge med på alle familiemedlemmene og kunne gjøre intervensjoner som passer da. Så jeg tenker det krever øvelse, det er forskjell tenker jeg da.

Enkelte informanter formidler at de foretrekker å kunne henvise saker til familieteamet parallelt med at de gir pasienten individualterapi. De begrunner det med at enkelte terapeuter blir drillet eller får spesialkompetanse på området. Andre informanter foretrekker å motta veiledning fra en familierapeut med slik kompetanse. De begrunner det gjerne med at de får kontinuitet i egen sak. Denne fremgangsmåten inngår i planene om å erstatte familieteamet med et kompetanseteam i BUP. Det nevnte kompetanseteamet er ikke satt i system per nå, og det er uklart hvordan det vil organiseres. Det kan være snakk om 2 forskjellige typer familierapiformer, hvorav terapeuten i den sistnevnte står friere til å velge ut elementer av familierapeutiske perspektiver, men uten å måtte stå i en tradisjonell familierapeutisk prosess.

7.2.3 Prioritering og organisering av faglige ressurser

Ved å opprette et kompetanseteam for familierapi kan flere ansatte i BUP få veiledning med relativt lav ressursbruk/ noen få familierapeuter. Kompetanseteamet kan ifølge flere av informantene ikke erstatte det å ha terapeuter med formell kompetanse i familierapi. Ansatte i familieteamet uttrykker bekymring for hvordan dette vil påvirke rammene for å utøve familierapi i BUP. Grunnen er behovet for koordinering av ressurser slik at familierapeutene kan fortsette å jobbe i team, med mulighet til å utvikle seg i et faglig fellesskap med andre familierapeuter. Personellet i familieteamet og i enheter hvor flere familierapeuter er samlet, er de som i størst grad opplever at de får anvendt sin familierapeutiske kompetanse i BUP. Spørsmålet er hvordan dette stiller seg ved overgangen til et kompetanseteam: skal teamet kun veilede om anvendelse av familieperspektivet eller skal de (også) utøve familierapi som behandling? Svaret på dette vil trolig få betydning for familierapiens posisjon i den aktuelle BUPen.

Informantene er opptatt av at ledelsen må ha noen tanker om hvordan de skal bevare behandlingsfokuset og den familierapeutiske tradisjonen i BUP, at de vektlegger det i rekrutteringen av nyansatte og innmeldinger til videreutdanninger. Dette synet støttes av flere av informantene.

P2: «Jeg tror litt på at vi må finne et system i BUP hvor vi setter oss ned med foreldre og forklarer hva familierapi er (...) Jeg tror at for foreldre så er det godt å få satt ting i system». Vi må begynne å snakke høyt om at dette er behandling, det er ikke foreldresamtale. Familierapi er behandling av familien og barnet, det er ikke ivaretagelse av foreldrene. (...). Kanskje man må bruke ordet behandling også, slik at man skjønner at dette er behandling som må til for at barn og ungdom skal bli bedre».

Utsagnet fra P2 har liknende diskursive elementer som hos P5: fagets vitenskapelige og profesjonelle status bør høynes: «samtaler» fremstilles som mindre anerkjent eller mindre adekvat enn «behandling» (sistnevnte nevnes 4 ganger). Et foreløpig åpent spørsmål her er om terapeutene mener det er tilstrekkelig å løfte frem familierapi som en likeverdig behandlingsform i systemet eller om de mener at innholdet i behandlingen må modifiseres for å oppnå ønsket status og forankring i BUP.

Informantene som viser til familie- og nettverksperspektivet gir uttrykk for at det er et felles tverrfaglig perspektiv som kan benyttes av alle, uavhengig av fagbakgrunn. Det kan fungere som et tilleggsperspektiv til andre behandlingstilnæringer. Informantene som viser til familierapi som behandling forstår familierapi som en egen fagspesifikk kompetanse og vil organisere den/ sette den i system etter reglene som gjelder for de andre behandlingsformene. Fra informantenes uttalelser kan ikke familie- og nettverksperspektivet i BUP erstatte familierapi, da de er ulike tilnæringer med ulike forståelsesmåter og praksiser.

7.2.4 Diskurser om å sette den relasjonelle kompetansen i system

En av informantene formidler at familierapi bør ha større plass enn det har nå og mer forankret i systemet. Hun opplever at det blir tilfeldig og avhengig av hvilken BUP man kommer inn i, hvilken enhet, hvilke tilnæringer som støttes av de ulike lederne og hvor mange familierapeuter som er tilgjengelige.

P 5: «Det er litt tilfeldig i det og jeg tenker det burde være et tilbud som er tilgjengelige for de fleste. (...). Familierapi burde være en mulighet og det er ikke alltid det på grunn av bemanning og kompetanse».

Blant intervjupersonene er det relativt stor enighet om at BUP i økende grad har blitt en utredningsinstitusjon og behandling har mindre plass og standardiseres ut fra evidensbasert kunnskap.

P8: «Det er noen grunnleggende strukturer ved BUP, fordi vi jo er forpliktet til å sette de diagnosene, jobben som må gjøres er basert på sjekklister og basisutredning, men leder er i en skvis der. Leder har press på seg ovenfra og i fra andre til å drifte og få gitt tilbud til mange nok pasienter. Men det blir et tidspress. Det er paradoksalt da, for samtidig ønsker vi å gi et tilbud av god kvalitet. (...) Jeg tror at leder vil at familierapikompetansen skal brukes og at det er åpenhet, ønske og støtte for det, samtidig som det er den dobbeltheten da, vi må lose pasienter gjennom utrednings og behandlingsforløp og utskrivelse, komme til rett tid, man må få det til- det blir liksom dobbelt (...).

Familierapi har tradisjonelt vært knyttet til behandling. I veiledere og retningslinjer for BUP er det tydelig at utredning står i fokus, i tråd med den medisinske kunnskapsmodellen. Flere av terapeutene trekker på ressurser innenfor den medisinske modellen i sine uttalelser og mener at familierapien kan benyttes i større grad i utredningssammenheng, som ved informasjonsinnhenting. I stedet for eller i tillegg til alle skjemaer som skal besvares i en utredningsfase, er det flere som ser for seg at man kunne benytte familierapeutiske intervensjoner som genogram og nettverkskart, samt bruk av blant annet sirkulære spørsmål i inntakssamtale og anamnese for å få mer opplysninger om familie og nettverksrelasjoner. Samspillsobservasjoner blir foreslått som en del av utredningen. Flere informanter ønsker å ta i bruk akse 5 i diagnosesystemet, som spesifikt omhandler psykososiale forhold rundt barnet, tidligere i prosessen. Også terapeuter som ellers argumenterer ut fra et sosialkonstruksjonistisk kunnskapsperspektiv, ønsker å inkludere bruk av familierapi i utredning ved BUP. En av informantene konstruerte en egen kategori for familierapeutisk utredning, en familiepakke, som en del av pakkeforløpet for barn og unge. Det ble foreslått at det igangsettes tidlig i forløpet og kan bidra til å vurdere sammenhengene barnet/ ungdommen lever under, uavhengig av diagnose.

En annen informant ser ingen motsetninger mellom utredning, diagnoser og familierapi, men hun snur på rekkefølgen i systemet og setter familiesamtalene først. Opprinnelig er diagnoser på akse 1 ansett som den viktigste diagnosen i det multiaksiale diagnosesystemet for valg av behandlingform (Terkelsen, 2018). Akse fem, som omhandler psykososiale forhold, har ikke samme status. Ved å foreslå å snu diagnosesystemet på hodet, vil terapeuten slik jeg

tolker det, utfordre den medisinske kunnskapsmodellen med en kontekstuell kunnskapsmodell. Den vanlige utredningen med standardiserte tester settes opp mot familiesamtaler med genogram for å utforske problemene i en større sammenheng:

P4: Jeg vet ikke hva forskningen sier om dette, men jeg ser ikke noen motsetninger i at, jeg forstår jo det at man er diagnosefokuset i hele systemet i BUP, så når man har den diagnosen, så utløser det den og den type pakkeforløp. I det legges noen retningslinjer for behandling. Jeg mener jo at familiebehandling passer alle typer problemer. Jeg tenker ikke at det er noen motsetning. Man kan jo utrede også selvfølgelig hvis det er nødvendig og hvis man får en diagnose, så kan det jobbes med det i familiesamtaler også. Det er ikke noen motsetninger, man kan gjøre begge deler. Jeg tenker kanskje at man ikke alltid må gjennom alle disse utredningene i forkant. Nå hører jeg at jeg er litt på ytterkanten her, men jeg tenker kanskje det er mulig å komme like langt, at det blir oppklarende på et tidligere tidspunkt når barn og unge får dette rommet hvor de blir hørt og kan få si det de mener og blir tatt imot i en trygg ramme. Hvor vi er ansvarlige for det og vi ansvarliggjøre foreldrene og vi tror på foreldrenes ressurser og kommuniserer det (...).»

Jeg er enig med Monica McGoldrick, som er grunnlegger av Cultural family Institute, hun mener at man må alltid starte med et genogram i familier hvor barn og unge kommer med sine problemer, nettopp for å få oversikt over tidligere generasjoner, over relasjoner, hvordan de har løst problemer, hvilke muligheter. Hvordan kan man forstå barnet og ungdommen i en større sammenheng. Hun mener at man bør begynne med genogram, for allerede da er man i gang med å jobbe med relasjoner, fordele problemer og se problemene i en større sammenheng.

Den relasjonelle kompetansen som fremheves i en kontekstuell modell kan anvendes for å «diagnostisere» samspill i form av akse fem- diagnoser. Det finnes noen unntak i BUP hvor familieterapien er satt i system og har en avklart status i BUP. I spiseforstyrrelsesteamet og i psykoseteamet, er familieterapien en del av pakkeforløpet for psykisk helse og rus for barn og unge og som gir retningslinjer for anbefalt behandling av denne type lidelser. Det er manualbaserte, relativt standardiserte program og går inn under evidensbasert behandling (Helsdirektoratet, 2017). Det var flere av terapeutene som nevnte at familieterapi var en del av pakkeforløpet for spiseforstyrrelse og psykose, men utover dette kjente de lite til familieterapi som anbefalt behandling i styringsdokumentene til BUP.

P3: Jeg opplever at rammene rundt BUP og retningslinjene på BUP har lite plass til familieterapi i behandlingsanbefalinger, selv om jeg ikke er 100% oppdatert. Jeg vet at mange tilstander er det også anbefalt familieterapi, sånn som psykose og spiseforstyrrelse og foreldreveiledning til atferdsproblematikk.

I psykoseteamet er det planlagt at de skal starte opp med manualbasert behandling med elementer av familierterapi, som er en del av pakkeforløpet. Terapeuten forventer at det kan bli bra for familier som opplever mye kaos og hvor de har ulike forutsetninger for å ta imot informasjon og læring. Ifølge denne terapeuten vil det for noen familier være tryggere med et standardisert, styrt og forutsigbart opplegg. En informant fra spiseforstyrrelsesteamet argumenterer for at endringen som skjer i familien, handler om at terapeuten i hovedsak jobber med endring av foreldrenes tilnærming til barnet/ ungdommen. Endringen som da skjer hos barnet etter hvert, er et resultat av at foreldrene tar mer styring og ledelse i familien og har endret sin egen tilnærming til barnet/ ungdommen. Terapeuten har en ekspertrolle og vet hva som skal til for å oppnå endring, men gir ansvaret til foreldrene for å gjennomføre endringen. Selv om foresatte muligens har vært en opprettholdende faktor for problemene, anses de av terapeutene også som en ressurs for barnet.

En annen fordel som en av terapeutene beskriver med et standardisert program for spiseforstyrrelser, er at hun tror foreldrene i større grad opplever å bli involvert i behandlingen og at det ikke bare er et tilbud, men et krav om at de er involvert og at endringen skjer gjennom dem. I første fase av behandling i spiseforstyrrelsesteamet har terapeuten en ekspertrolle overfor familien, men gradvis kan denne mykes opp og samarbeidet om løsninger blir viktigere. Informanten understreker at selv om det er et standardisert program, er det rom for noen tilpasninger og justeringer til den enkelte familie i en senere fase i programmet.

Jeg tror en stor bit av det er at vi får lov til å komme inn i deres liv, at det blir emosjonelt, selv om jeg har snakket om Minuchin og struktur og hvem som bestemmer og sånn, men i samtalen med dem, så slipper vi jo inn i deres liv og de deler mye emosjonelt. Det ligger jo mye i alle foreldres historier som blir mottatt da (...)med de historiene der, så er det ressurser tilgjengelige for dem. Uansett hvordan de har vært, så er det noe vi kan lære av og bruke. Man kan bruke både gode og dårlige erfaringer til å gjøre noe godt og bra og noe virksomt som forelder, og problemene som de står i.

Terapeuten beskriver seg som en formidler av et budskap og ekspert på den ene side og på den andre siden gir uttrykk for at det er prosessen og relasjonen som virker inn på endringer i familien. Sett fra terapeutens perspektiv kan kombinasjonen mellom en manualbasert, ekspertdrevet terapiform som i takt med reernæring og alliansebygging gradvis mykes opp, virke nyttig for spiseforstyrrelsesproblemer.

7.2.5 Diskurser om hvilke kompetanser som verdsettes og subjektposisjoner som inntas i BUP
Flere av informantene er fornøyde med mangfoldet i kunnskap og bakgrunn blant de som jobber i poliklinikken, at de kan forskjellige ting, at det er romslighet for å bruke eget fag og teoretiske og behandlingsmessige preferanser. Enkelte terapeuter uttaler at det er liten grad av kamp om posisjoner eller problemer med at fagfolk er låst fast i sine metoder. Andre terapeuter opplever i større grad profesjonskamper, at enkelte yrkesgrupper verdsettes mer enn andre. Inntrykket som danner seg fra informantenes uttalelser, er at de som har fagspesifikk kompetanse som verdsettes i BUP blir en standard som de andre i systemet måler seg mot. De kan fylle de ulike gjøremålene som utredning, diagnoser og behandling uten å være like avhengige av de andre yrkesgruppene for å komme i mål med arbeidet.

Enkelte terapeuter gir uttrykk for at deres kompetanse ikke har like stor verdi i BUP og at deres kompetanse ikke i samme grad settes i system og gjøres fagspesifikk. Dette skillet følger ikke nødvendigvis yrkesbakgrunn, da det er flere psykologer som også har familierapibakgrunn og dermed har profesjonskompetanse i tillegg til familierapikompetansen. For å få mer innblikk i BUP-kulturen, ønsker jeg å se nærmere på hvilke verdsettingsmekanismer som iverksettes i BUP-systemet slik det beskrives av informantene.

P8: «Behandlingskulturen på enheten er historisk og i dag preget av individuell psykoterapi, hvis man kan kalle det for det innenfor ulike retninger. Selv om de fleste kollegaene mine er opptatt av familiearbeid, vi kaller det ofte for familierapi og familiesamtaler etc, så er ikke praksisen preget av at vi tar inn foreldre og familier til mange samtaler. Det blir en liten dæsj rundt anamnese og rundt systematisk tilbakemelding, men familierapeutisk endringsarbeid ligger ikke i kulturen og da blir det litt sånn at det påvirker litt meg også, jeg kan ikke si annet.(...). Jeg har en frihet til å påvirke dette her selv, men så er det dette med produksjon og pasientomløp, det er et sånt press som teller mot å jobbe omfattende med familier. Personlig liker jeg best å være to terapeuter i rommet og det er det ikke nødvendigvis anledning til.»

P4: «Familiebehandling og den systemiske forståelsen må bli like verdsatt som andre måter å jobbe på, som individualterapi. Jeg tenker vi er bundet og styrt av strukturene i sykehuset og sykehusmodellen som er styrt etter NPM. Det er jo målstyring og økonomi som ligger til grunn, at man skal få flest mulig gjennom på kortest mulig tid og tjene mest mulig penger. Det er derfor vi snakker om produksjon. (...) Jeg tenker at familierapi er like nyttig. Vi har lav status og det er en føringsbrist i dette systemet, denne modellen, når vi snakker om spesialister og oss».

P6: BUP er jo utredningstung tenker jeg da, og da er den plassen som familierapien får i en utredningsfase beskjedent. (...). Hvis du leter etter familierapi og familiearbeid i de

dokumentene som finnes, hvordan BUP drives og hvordan man ønsker det skal være, så er det sparsomt. Og sånn oppleves det også for meg- det er begrenset hvor den slipper til, så det blir opp til meg å bruke det.

Uttalelsen om at «det blir opp til meg å bruke familierapi» går igjen hos flere informanter. Dette kan ses i sammenheng med det tidligere utsagnet om at «alle kan gjøre familierapi». Hvis det sirkulerer en påstand i BUP-systemet om at «Alle kan gjøre familierapi», så gir det inntrykk av at det er en grunnleggende kompetanse i BUP som alle bør ha «i bunn» og som de kan velge å bruke ved behov. Ut fra denne forståelsen så ligger det ingen begrensninger i systemet for bruken av familierapi utover det som måtte ligge i den enkeltes valg.

For å kunne forstå hvordan føringene i BUP-systemet påvirker de ansattes faglige identitet, vil jeg se nærmere på hvilke subjektposisjoner de ansatte inntar. Enkelte av informantene uttaler seg fra subjektposisjoner som påvirkes av at familierapien ikke prioriteres og forankres som andre behandlingsformer i BUP. De gir uttrykk for at de har lavere status og regnes for mindre kompetente enn leger og psykologer.

Informantene generelt er opptatt av å framheve at de er frie som fagpersoner og at de opplever støtte fra ledelsen om å anvende behandlingsmetodene som de ønsker innenfor rammene av nasjonale retningslinjer og lovverk. Terapeutene nevner ytre faktorer ressurser og tid som kan begrense anvendelse av familierapi. Det virker som det er viktig for informantene å holde fagidentiteten høyt, kanskje spesielt fordi de jobber i et system hvor den blir utfordret av utenforliggende hensyn og må forholde seg til krav om effektivisering og standardisering/ pakkeforløp. Systemets krav om produktivitet synes å legge press på informantenes verdi om faglig kvalitet. Den faglige friheten de uttrykker kan tolkes som en rettferdiggjøring overfor seg selv: De har valgt å jobbe i BUP og hvis de skal opprettholde synet på seg selv som frie fagpersoner, så blir det viktig å vise til denne friheten.

En av terapeutene beskriver også en type press som utredningsfokuset i BUP har på forståelsen av hennes faglige identitet:

P7: Jeg tror vel kanskje jeg kjenner på en sånn fremmedgjøring da i forhold til at jeg opplever at systemet eller de politiske føringene, jeg vet ikke hvem det er som lager dette her jeg, det er vel vanskelig å si, det lever liksom sitt eget liv. Jeg føler at det blir mer og mer fremmedgjort fra mitt faglige ståsted da. Jeg er veldig opptatt av behandling, jeg er veldig opptatt av at det skal være BUPs hovedansvar. Jeg synes at det ligger i føringene at vi skal bli en mer og mer utredningsinstitusjon. For meg er utredning noe vi gjør for å skjønne hvordan vi skal

behandle og starte på det jeg synes er viktig. Jeg synes føringene går jo i retningen av at hvis man først skal behandle, så skal det skje så kjapt og greit som mulig, da tenker jeg at det blir symptomlette. Mens jeg er mer opptatt av behandling som skal være dyptgripende og gi i en mer varig endring. (...).

Terapeuten er opptatt av hva man mister når utredningsfokus og effektivitet står i høysetet. Hun nevner tid til å reflektere og ha en rød tråd i behandlingen videre. Dette innebærer også et fokus på at terapeuten får tid til å jobbe med det som skjer inni en selv som terapeut når man deltar i en prosess i en familie. Denne informanten er den eneste i utvalget som direkte gir uttrykk for viktigheten av å ta hensyn til terapeutens reaksjoner og prosesser som følge av arbeidet de utfører. Diskursen hun bygger på samsvarer med den kontekstuelle modellen som fokuserer på at terapeutens refleksjoner over egne prosesser bidrar til at man videreutvikler sine terapeutegenskaper (Jensen, 2006).

I den medisinske diskurs er terapeuten som person en relativt usynlig karakter. Det som i hovedsak teller her er hva terapeuten produserer, ikke hvordan hun har det. Et resultat av effektivitetsjaget kan være terapeuter som ikke opplever at de får anerkjennelse for sine terapeutegenskaper, kun for det de produserer. Når tanken blir at det som virker i terapi ligger i manualen og ikke i relasjoner eller terapeutegenskaper, kan de ansatte oppleve fremmedgjøring i forhold til faglige verdier. Det er et politisk mål at flest mulig barn får utredning/behandling innen en gitt frist. Det kan øke tilgjengeligheten for tjenesten, men spørsmålet er om det kan gå ut over kvaliteten på behandlingen. Den effektive behandlingen som er ønsket i systemet blir kun symptomlette, ikke endring ifølge denne terapeuten. Det er ikke like mye tid til å reflektere sammen om det som skjer i terapien og få sydd sammen et helhetlig pasientløp. Det kan få konsekvenser for tverrfaglighet og behandlernes kompetanseutvikling.

Selv om utredningsfokuset kan innebære fremmedgjøring for terapeutene, så argumenterer informanten samtidig for logikken i at BUP-systemet er innrettet på å gi lik behandling alle. I BUP og i samfunnet forøvrig er dette en verdi som står høyt og som det ikke stilles spørsmål ved. Det kan bidra til at de ansatte på tross av manglende kapasitet, finner det verdt å fortsette med å øke produktiviteten i systemet.

P7: Det er helt sikkert noe som er bra med at det er mer fokus på utredning og diagnostisering og sånt, jeg mener ikke at det bare er dårlig da. Jeg tror nok som helhet så er det sikkert bra

at vi har mer fokus på å gjøre det litt likt. For det er individuelle forskjeller og som terapiforskningen sier så er det noen terapeuter som er gode på alt, og så er det noen som ikke får til noe- uavhengig av terapeutretning, det handler mer om terapeutegenskaper. Da er det kanskje viktig å ha noen føringer på hva vi skal gjøre, som gjør at man sikrer en viss standard for alle.

8. Drøfting. Hva innebærer tilpasningene (disiplineringen) til rammene og realitetene i BUP – hvordan preger det forestillingene om familierapi?

Gjennomgangen av funnene viser at informantene er enige om at familierapien bør gis en mer prioritert posisjon i BUP og bli bedre forankret i systemet. Det er spesielt to temaer som aktualiseres i informantenes uttalelser om familierapiens posisjon i dagens BUP: økt fokus på spesialisering, utredning og standardisering av tjenestene og en opplevelse av at familierapien ikke er satt i system på samme måte som de andre behandlingsformene. Det er få retningslinjer og førende dokumenter på hvordan familierapi skal drives i BUP, hvilke tilnærminger som benyttes, hvem som skal ha ansvaret for å utøve familierapi og kriterier for å velge dette som behandlingsform framfor andre behandlingsformer. For å forstå familierapiens posisjon i BUP, kan det være nyttig å undersøke hvordan informantene omtaler påvirkninger fra ytre styringsformer, institusjonens kultur/ tenkning og syn på kunnskap og ekspertise. Hvordan informantene tenker seg at familierapien kan eller bør endres eller bevares i BUP kan muligens si noe om hvordan institusjonell tenkning i BUP spiller sammen med helsemyndighetenes styringsmåte.

8.1 Familierapidiskursen

På samme måte som terapeutene hjelper familiene med å finne et felles språk for å kunne snakke om det som skjer mellom dem, kan det argumenteres for at de ulike behandlingsformene som tilbys i BUP trenger et felles språk eller system for å forstå hverandre og kunne samspille med hverandre.⁴ Det kan i så henseende ikke være for store forskjeller mellom ulike retninger og behandlingsformer i BUP slik at det hindrer felles kommunikasjon. Samtidig må det være en viss forskjell for at de skal oppfattes som forskjellige og derved gi ny mening til kommunikasjonen. Informantene forsøker å finne denne balansen i hvor mye de

⁴ Gregory Bateson (1972) beskriver kommunikasjon som en forskjell som utgjør en forskjell

skal tilpasse seg BUP-systemet og hvor mye de skal beholde sin egenart for å kunne tilby noe annet enn det som allerede eksisterer i systemet.

Første mål for å kunne gjennomføre forskning om effekt av familierapi, er at det er en etablert enighet om hva som kvalifiserer for betegnelsen familierapi. Som jeg har skrevet så varierer dette i intervjumaterialet. Flere av informantene har uttrykt ønske om å få en tydeligere avgrensning av familierapi mot andre behandlingsformer. Det er ikke et ensidig ønske om å gjøre definisjonen smalere blant alle terapeuter, flere ønsker at den skal anvendes enda bredere enn i dag og at den bør inngå i alle typer samtaler med pasienter: i kartlegging, utredning og behandling. Enkelte av terapeutene ønsker både bredere familieperspektiv i BUP og et tydeligere definert familierapibegrep, med begrunnelse i ulike mål for familierapien.

Professor Alan Carr anvendte en bred definisjon av familierapi der det handler om intervensjonsformer som praktisk involverer andre familiemedlemmer for å løse problemer hos barn og ungdom (Johnson & Torsteinsson, 2012, s. 57). En slik definisjon anvendt på familierapi i BUP vil kunne romme flere praksiser for familieinvolvering og i større grad gjøre den til et tverrfaglig perspektiv (på tvers av utdannelse). Familierapien vil da kunne anvendes av flere og nå ut til flere familier. Et mulig problem som ble anslått var at det ville være mange måter å utføre familierapi på og en risiko for at tilnærmingene får andre navn som er mer i tråd med kunnskapsgrunnlaget i BUP generelt. En av informantene nevnte for eksempel psykoedukasjon og foreldreveiledning, der terapeuten får en ekspertrolle overfor familien.

Slik jeg forstår informantenes uttalelser om familie- og nettverksperspektivet dekker den en form for tverrfaglig kompetanse i BUP som er uavhengig av utdanningsbakgrunn. Familierapi som behandling knytter seg mer mot en fagspesifikk kompetanse basert på utdanning, og eventuell erfaring. Det er i hovedsak på dette punktet at familierapiens posisjon i systemet settes på spill. Når terapeutene ønsker familierapi som en egen fagspesifikk behandlingsform, på lik linje med andre fag- eller retningsspesifikke behandlingsformer, betyr det at den ikke kan erstattes av de andre behandlingsformene.

En av informantene ytrer imidlertid et ønske om at familierapien *både* skal være fagspesifikk og en tverrfaglig kompetanse. Spørsmålet er om det er mulig å styrke familierapien på begge fronter. Samtidig kan et valg om å løfte frem den ene av kompetansene, kunne gå på

bekostning av den andre, slik at konsekvensene av retningsvalget må veies opp mot hverandre.

Dersom familieterapiens posisjon vurderes ut fra en *medisinsk diskurs*, kan man stille spørsmål ved om posisjonen den kan innta er som et *tilleggsperspektiv* til den evidensbaserte behandlingen, som anses som den virksomme behandlingen. Dersom posisjonen, på den andre siden, vurderes ut fra en *familieterapeutisk diskurs*, så kan det nettopp være tilpasningen til systemet som kan gi familieterapien større slagkraft og bidra til at familieterapien kan bli anerkjent som en virksom behandling. I en medisinsk diskurs vil familieterapien måles opp mot en standard der den ikke når helt opp. I en familieterapeutisk diskurs kan det hevdes at familieterapien likevel måler seg mot andre evidensbaserte tilnærminger. Forskjellen er at målet ikke er å bli lik, men likeverdige.

Dersom argumentene forstås i lys av uttalelsen om at alle profesjonene i BUP kan gjøre familieterapi, vil det være interessant å analysere nærmere hva slags behov informantene mener det er for familieterapeuter i BUP, og hvilke diskurser som kommer til uttrykk i vurderingene. Et argument i favør av å ansette fagutdannede familieterapeuter kan være at det gir en trygghet for behandlerteamet, ved at det kan bidra til å kvalitetssikre behandlingen.

8.2 Spesialiseringsdiskursen

I BUP-veilederen står det at de ulike faggruppene bør bidra med sin profesjonsspesifikke spisskompetanse i det tverrfaglige samarbeidet. Ifølge veilederen kan det i tillegg være en god disponering av de faglige ressursene at noen i personalgruppen opparbeider spesialkompetanse på enkelte områder. Veilederen gir ingen eksempler på hvordan dette gjøres, men det fremgår at spesialisering i den enkelte poliklinikk bør reflektere behov i befolkningen og følge retningslinjer for kunnskapsbasert praksis (BUP-veilederen, 2008). Siden familieterapi ikke er en egen profesjon, inngår den ikke som en profesjonsspesifikk spisskompetanse i BUP. I og med at flere yrkesgrupper utfører tilsvarende arbeidsoppgaver som familieterapeuter, er det et spørsmål om det på politisk nivå og på ledernivå i tjenesten er interesse for å gi familieterapeuter ansvar for visse typer oppgaver. Ifølge informantene er det foreløpig små utsikter til at familieterapi vil få status som spesialkompetanse i BUP, da faget i liten grad er satt i system. Det er også et spørsmål om hva som skiller familieterapeuters

kompetanse fra de øvrige som også jobber aktivt med familier. En tydeligere definisjon av familierapi begrunnes med behov for å synliggjøre at familierapi er et eget fagfelt med formell utdanning. Enkelte av informantenes uttalelser peker i retning av at de trenger en legitimitet i systemet for sin yrkesutøvelse på samme måte som andre profesjoner. Hos for eksempel leger og psykologer er den faglige kvaliteten og tilliten til forsvarlig virksomhet institusjonalisert i yrkestitlene med tilhørende oppgaver.

Informantene har gitt uttrykk for at gjennomføring av familierapi i stor grad vil være avhengig av de ansattes interesse og engasjement. Dedikasjonen til familierapi og systemisk tenkning holdes oppe hos flere av informantene til tross for styringsprinsippene BUP er underlagt. De gir uttrykk for at familierapien utgjør en forskjell i systemet ved at de jobber med komplekse saker som andre terapeuter ikke kjenner at de har kompetanse eller lyst til å jobbe med. Flere uttaler at det er krevende å samle hele familien, at det er bedre at de med særskilt kompetanse kan ta slike saker. Familierapeutene framhever også behovet for å kunne jobbe i team i sammensatte saker for å sikre at flere perspektiver kommer fram, og for mulighet til refleksjoner før, under og etter terapi. Slik jeg forstår informantene kan saker som «faller utenfor standardiserte løp» være en mulig spesialkompetanse for familierapeuter. Samtidig kan et motargument være at behandlingen ikke er tilknyttet en spesifikk diagnose med tilhørende evidensbasert kunnskap i bunn.

8.3 Standardiseringsdiskursen

Helsetilsynet (2007) bruker argumentet om å begrense fagpersonenes skjønn til å rettferdiggjøre standardisering av tjenestene. I dette perspektivet, eller diskursen, blir terapeutene eksperter som viser til riktig/ sann kunnskap om virksom behandling ut fra et sett regler for evidensbasert kunnskap, i stedet for vilkårlig kunnskap ut fra den enkelte terapeuts faginteresser. Terapeutenes faglige kunnskaper og brukernes erfaringskunnskaper blir gyldige i den grad de oppfyller kravene for evidensbasert kunnskap. Familierapeutenes tilpasning til BUPs diagnosesystem kan si noe om deres ønske om å bli regnet med på lik linje med psykologer og leger som diagnostiserer, til tross for at de hevder at familierapien er diagnoseuavhengig. Spørsmålet er om dette betyr at familierapeutene underlegger seg systemets krav og mister sin egenart, eller om det er uttrykk for at de tar styring og setter noen premisser for sitt eget virke (Solem et al., 2008).

Informantene uttrykker liten tro på at evidensbasert behandling, forstått som det rådende prinsipp, kan endres. En av informantene gir uttrykk for at «det er noen grunnleggende strukturer ved BUP, vi er forpliktet til å sette disse diagnosene (...)». Flere av informantene ønsker å utvide kunnskapsgrunnlaget for diagnosene til også å gjelde kontekstuelle faktorer rundt barnet/ ungdommen, noe de hevder familieterapien kan bidra med. Ifølge informantene trenger de mer utfyllende kunnskap om konteksten rundt barn, unge og deres familier for å avgjøre hvilken behandling som er mest hensiktsmessig for det enkelte barn. Dette kan ikke kun basere seg på diagnose på akse 1 i det multiaksiale systemet.

Standardisering av behandling i retningslinjer og manualer kan være en måte å sette familieterapien inn i et system som gjør at den forankres i BUP og kan bli et like tilgjengelig og kjent behandlingstilbud som andre behandlingsformer. Likevel er det lite i informantenes uttalelser som tyder på at de ønsker mer standardisering under henvisning til at familieterapi da ville blitt en mer virksom behandling. Informantene er ikke i tvil om at familieterapi er virksomt, men slik jeg tolker enkelte av deres uttalelser ønsker de at faget oppnår legitimiteten i systemet som blant annet systematisering og standardisering kan medføre. Her vises det blant annet til spiseforstyrrelsesteamet. Familieteamet i den aktuelle BUPen kan til en viss grad sies å være satt i system med hensyn til fagmiljø, samarbeid og systemjobbing. Likevel ble det av informantene antydning at dette er en form for generell familieterapi som mangler systemforankring fordi den blir for diffus når den ikke retter seg mot spesifikke diagnoser. Det ble opp til den enkelte behandler å beslutte om de skal henviser til familieterapiteamet eller ta saken selv.

Ingen av informantene trekker fram effektivisering og standardisering som avgjørende for å oppnå kvalitet i behandlingen, men de kommer i liten grad med alternative måter å forankre familieterapien i BUP-systemet. Det kan vise til at BUPs «tenkning», hva som er mulig og ikke mulig å uttale seg om i dette systemet, er sterkt formet av disse to ovennevnte styringsdiskursene. Informantene kan uttrykke både fordeler og ulemper med effektivisering og standardisering, poenget her er at de uttaler seg innenfor premissene av de samme diskursene. Det er vanskelig å si noe om familieterapi uten å vise til de andre dominerende diskursene

Fordelene de uttaler med standardisering er at den inntar en form eller språk som er kjent i systemet, og det blir enklere for de ansatte som ikke er godt kjent med familierapi å presentere familierapien for familiene eller kollegaer. I tillegg kan det styrke ledelsens muligheter til å få støtte fra bevilgende myndigheter vedrørende rekruttering og videreutvikling av familierapien i BUP. På den andre siden kan det stilles spørsmål ved om standardisering av familierapi kan bidra til at fagfolkens kunnskaper og ideer blir føyelige, at de ansatte blir ledet til å tenke de samme tankene og de riktige tankene (Terkelsen, 2018). En av terapeutene forklarte at fordelen med bruk av manualer er at de kan være nyttige å følge til man har fått oversikt og god nok kunnskap om temaet til å improvisere. Det kan også være et uttrykk for at terapeutene kan bli mer usikre på egen faglighet i et system som jevnstiller kvalitet med standardisering heller enn med relasjonelle kvaliteter i behandlingen.

Kritikken mot standardiseringsdiskursen slik det fremkommer i informantenes uttalelser, er at den kan snevre inn hva man har mulighet til å oppfatte og uttale seg om, den kan låse tankesettet til noen på forhånd bestemte kategorier, som gjør at andre mulige problemforståelser blir utelukket. Flere informanter trekker frem fordelene ved familierapiens mål om å tilpasse seg familienes behov slik de selv uttrykker disse. Ved å komme i dialog og få forståelse av deres perspektiver kan de sammen finne andre innfallsvinkler der kommunikasjons- og samspillsmønstre har låst seg fast.

En annen begrensning ved bruk av manualer og standardisering, er de tilfeller hvor brukerne ikke passer inn i et standardisert løp. Dersom BUP-systemet lager en standard løsning for et problem/ diagnose, så vil effekten trolig avhenge av hvor godt dette treffer med barnet/ ungdommen og deres familie sitt behov vurdert ut fra flere sammensatte kategorier. Dette kan dreie seg om eksempelvis økonomi, sosiale forhold, om foresatte er sammen eller skilt, kultur for hva som anses som normalt/ avvik, syn på oppdragelse/ barns behov, språklige evner og evner til å forstå hvordan BUP-systemet virker. Hennem (2010) kritiserer behandlingstilnærmingene i psykisk helsevern for å anvende middelklasseverdier som en standard alle skal måles opp mot. Informantene hevder det er behov for generell familierapi som kan fange opp de som faller utenfor standardiseringsløpene. Dette underbygges av at det finnes en viss aksept i systemet for å bruke tid og ressurser på saker hvor flere behandlingsforsøk har vært gjort uten gode resultater.

8.4 Diskurser om subjektposisjon/ fagidentitet

En interessant observasjon er at flere informanter uttaler at de opplever frihet til å benytte familieterapi der de vurderer behov for det, men likevel ikke gjør det. Flere legger ansvaret på seg selv- «det er opp til meg å bruke det». En av informantene uttaler at hun har faglig frihet, men den stilles opp mot produktivitet og å kunne gi et tilbud til alle som trenger det. Hun opplever at det er opp til henne som enkeltindivid å klare å jobbe familieterapeutisk selv om rammene ikke er tilrettelagt for det. Hun forbinder familieterapi med det å jobbe i team; å ta ansvar alene virker ikke som et reelt alternativ for henne.

Foucault (1995) argumenterer for at få ville akseptere makten hvis den ikke kunne fylle en funksjon for dem, for eksempel en grense som lar en del av friheten være intakt. Det er en av de mest generelle måtene makt kan framstå som akseptabel på. I denne sammenheng har terapeuten en opplevelse av at mulighetene ligger der, men det er opp til henne å bruke de. Ansvaret for faglig kvalitet og forsvarlighet i behandlingen blir sterkt individualisert. Ved anvendelse av de evidensbaserte behandlingsformene blir ansvaret i større grad delt mellom terapeut og system, siden virkningen av behandlingen er dokumentert i manualen som institusjonen er forpliktet til å følge (Aamodt 2014). Så lenge terapeuten har fulgt manualen og dokumentert det, har terapeuten gjort en god nok jobb ifølge systemets krav. Den generelle familieterapien er i så måte ekstra sårbar da den ikke er forankret i systemet etter reglene for evidensbasert kunnskap. Flere av informantene, uavhengig av tilknytning til familieterapi, uttrykker samtidig at de ikke får levert den kvaliteten de ønsker selv om de følger systemets regler. Det kan være uttrykk for at den faglige identiteten står i press.

Slik jeg tolker dette er den primære årsaken mangel på faglig fellesskap mellom de som jobber familieterapeutisk i det daglige, samt fravær av systemstøtte, og ikke først og fremst den enkelte terapeuts disposisjoner. Flere terapeuter viser til krav om produktivitet og manglende tid og ressurser som grunner til hvorfor de ikke anvender familieterapi. Når informantene snakker ut fra styrings- og effektivitetsdiskursen blir ansvaret for manglende kapasitet i større grad plassert i individet heller enn i systemet. Informantene beskriver at de står i en skvis mellom effektivitetsjag som påvirker BUP-systemet utenfra og faglige hensyn knyttet til allianser og prosesser som kan kreve mer tid og ressurser.

Noen informanter utfordrer tenkningen om at familierapi ikke imøtekommer produksjonskravene i BUP. De peker på at intervensjoner som for eksempel genogram kan bidra til et helhetlig bilde av barnet og familiens situasjon og bidra til raskere utredning av vanskene enn individualbehandling alene. At søsken får delta i behandlingen i BUP, kan forebygge at de selv blir henvist. Ved at foreldre involveres som ressurspersoner i behandlingsforløpet, kan det forebygge hyppige rehenvisninger til BUP. Dersom familierapien ble målt på kvalitet i behandling fremfor antall aktiviteter per behandler per dag, kunne det gitt et annet resultat i favør av familierapi. Enn så lenge måles behandlerne på aktivitetstall, ikke på hva slags faglige løsninger som tilpasses akkurat dette barnet/ ungdommen og familien.

Informantene i denne studien kan synes disiplinerte i den forstand at de i hovedsak uttaler seg i samsvar med de prosedyrer og regler som gjelder for sann kunnskap i BUP-systemet. Dette kan være et eksempel på Foucaults maktforståelse, at de ansatte finner produktive måter å gjøre sin kunnskap aktuell på ved å anvende dominerende diskurser til å tale sin sak.

De kjenner til hvilken argumentasjonsformer som har aksept og som har mulighet for å bli forstått i systemet. Diskursene fyller de i større grad med innhold tilpasset familierapiens sak. Flere informanter argumenterer for at familierapi er relevant for økt brukermedvirkning og tilpasninger til brukernes premisser/ rettigheter og behov. Informantene anvender mål som helsemyndighetene har presentert i BUP-veilederen og som har støtte i den kontekstuelle kunnskapsmodellen. De anvender den medisinske kunnskapsmodellen når de taler for bruk av familierapi til diagnostisering og standardisering av behandling, men tilpasser det til en kontekstuell modell ved å sette hovedfokus på psykososiale forhold i det multiaksiale systemet.

Informantene viser til en viss avstand til systemet og måten det fungerer på som kommer til syne i uttalelsen om at «systemet lever sitt eget liv». Systemets styring framstår ikke som noe de selv tar aktivt stilling til, det bare er sånn. De virker opptatt av å formidle og presisere at de opplever frihet og har rom til å jobbe ut fra faglige vurderinger og tilpasser seg brukernes behov. Spørsmålet er om denne friheten er betinget av selve systemets måte å innordne kunnskap/ viten på. Det kan i teorien være mulig å være fri utenfor «det gode selskap», men da mister de ansatte alle godene som ligger i systemet- legitimitet via egne profesjonsbaserte

kunnskapsområder og et system som tar ansvar for å gi virksom behandling. Den tilsynelatende disiplinerte atferden kan også tenkes å ha en strategisk funksjon ved at det åpner for større frihet til å gjøre slik de faglig vurderer best ellers i sitt virke. Så lenge de kan dokumentere å ha fulgt faglige retningslinjer blir de ikke sjekket like nøye på hva de gjør i selve møtet med pasientene og deres familier.

9. Oppsummering (Familieterapiens posisjon i en BUP-kontekst)

Terapeutene i denne aktuelle BUPen uttrykker et ønske om å påvirke systemet, ut fra et mål om at familieterapien som fagfelt og som kompetanse bør likestilles med de andre fagfeltene og deres kunnskapsgrunnlag. Dette er i tråd med Foucaults analyse av «Power/ knowledge» som et gjennomtrengende apparat uten fluktmuligheter, men med muligheter for motstand og reversering av diskursen (Foucault, 1980). Mellom flere av diskursene i BUP er det motsetninger om hva som skal anerkjennes som gyldig, legitim kunnskap. I den aktuelle kunnskapsdiskursen som kan utledes fra intervjuene i BUP, er det familieterapien som forsøkes «normalisert». Det argumenteres for kontekstuell kunnskap, men med den medisinske kunnskapens vokabular og kategorier. Begrepene «utredning, diagnoser og evidensbasert kunnskap» fylles med kontekstuell innhold og det foreslås at man snur diagnosesystemet på hodet og begynner med akse 5. Ifølge denne diskursen kan det skape rom for at andre historier kan fortelles, om relasjonene og sammenhenger individet er en del av. Det kan også utvide den patologiske diagnoseforståelsen til en mer helhetlig forståelse av både opprettholdende faktorer og ressurser for endring.

Informantene argumenterer for kontekstuell kunnskap i form av allianser og relasjoner, og for verdien av tverrfaglighet med hensyn til å forstå sammenhengene i vanskene som barn, unge og deres familier opplever. Når ulike fagfelt jobber tverrfaglig kan de tilføre hverandre nye perspektiver og merkunnskap, til berikelse av det enkelte fag. Flere hevder at utviklingspsykologien har gjort dette for familieterapien (de Flon, 2007, Mæhle, 2000, Johnson & Torsteinsson, 2012). Videre kan samspillet med andre tilgrensende fagfelt også bidra til å tydeliggjøre eget fagfelt (Solem et al., 2008). Flere av informantene gir uttrykk for at de blir utfordret i systemet for måten de tenker og jobber på, ikke ved at de blir aktivt motarbeidet av kollegaer eller ledere, men ved at deres perspektiv ikke blir tatt like for gitt som for

eksempel individualterapi. De opplever at de i større grad må begrunne hvorfor de gjør som de gjør. Dette bidrar til å synliggjøre at familierapien er en fremmed i systemet og at den trenger et system for å gjøre den kjent og anerkjent, slik at videre rekruttering til faget og kompetanseutvikling kan opprettholdes.

Som jeg var inne på i kapitlet om familierapiens ulike faser, er vi nå inne i den fjerde fasen, fra 2000 til 2022. Det er fortsatt diskusjoner i fagfeltet mellom de empirisk orienterte familierapeutene og de mer sosialkonstruksjonistiske familierapeutene, slik jeg viser til i kapitlet om forskningsfeltet. Informantenes uttalelser i denne studien gir inntrykk av at det i BUP utøves en mer pragmatisk og tilpasningsdyktig familierapi som tar inn flere kunnskapssystemer, samtidig som det også er ønsket om at faget får legitimitet som spesialkompetanse. Hvorvidt det er den pragmatiske varianten av familierapi som vil prege fagets videre utvikling innenfor psykisk helsevern for barn og unge, er et åpent spørsmål.

Litteratur

- Aadland, E. (2011). *Og eg ser på deg. Vitenskapsteori i helse –og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget
- Aambø, A. (2019). Kap. 13: Løsningsfokusert familierapi. I O. Ness, & L. Lorås (Red). *Håndbok i familierapi*. Fagbokforlaget
- Aamodt, I. (2014). Profesjonalitet og prioritering. Makt som styringens resultat. *Fokus på familien*. Vol 42, Utg. 2, s. 158-179
- Alsing, H. (2016). Mindre familierapi i BUP. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol 53. Nummer 6, s. 470-471
- Barneombudet (2020). *Jeg skulle hatt BUP i en koffert. En psykisk helsetjeneste tilpasset barn og unges behov*. Barneombudet.no
- Bateson, G. (1976). *Steps to an ecology of mind*. New York: Ballantine Books
<http://www.archive.org/details/stepstoecologyof00bate>
- Bertrando, P. (2019). Kap. 11. Systemisk familierapi, Milano-skolen. I O. Ness, & L. Lorås (Red). *Håndbok i familierapi*. Fagbokforlaget
- Bourdieu, P. (1992). *Language & symbolic power*. Polity press
- Borren, I., Dahlgren, A. & Elvsåshagen, M. (2022). *Omtale av oppsummert forskning på tiltak: Leketerapi. Håndbok for barn og unges psykiske helse: oppsummert forskning om effekt av tiltak*. Oslo: Rbup.
<https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tiltak-leketerapi/omtale-av-forskningen-paa-leketerapi>
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child focused problems: the current evidence base. *Journal of family therapy*. 2019- 04. Vol. 41 (2). s. 153-213
Doi:10.1111/1467-6427.12226
- Dahlgren, A. Biedilæ, S. Morken, I. S & Elvsåshagen, M. (2021). Omtale av oppsummert forskning på tiltak: familierapi og foreldreveiledning. *Håndbok for barn og unges psykiske helse: oppsummert forskning om effekt av tiltak*. Oslo: Rbup.
<https://tiltakshandboka.no/no/tilstander/tiltak-/familierapi-og-foreldreveiledning/omtale-av-forskning-paa-familierapi-og-foreldreveiledning>.
- Dallos, R. & Draper, R. (2015). *An introduction to family therapy*. Open University Press

de Flon, H. (2007). *Familieterapeuters forhold til bruk av utviklingspsykologisk kunnskap i klinisk arbeid*. (Masteroppgave i Familieterapi og Systemisk praksis). Diakonhjemmet høgskole. <https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/handle/11250/98147>

Ekeland, T.J, Aurdal, Å. & Skjelten, I.M. (2014). Når staten skal være terapeut- en diskursanalyse av prosjektet «Brukerrettet kvalitetsutvikling» i familievernnet. *Fokus på familien*. Vol. 42, Utg. 2, s. 139-157.

Feder, E. K (2011). Power/ knowledge. I D. Taylor (Red). *Michel Foucault Key concepts*. London & New York: Routledge
<https://ebookcentral-proquest-com.ezproxy.oslomet.no/lib/hioa/detail.action?docID=1886870>

Foucault, M (1995). *Seksualitetens historie 1. Viljen til viten*. Oslo: Exil.
Oaiid:»oai:nb.bibsys.no:990122929664702202»

Foucault, M. (1999). *Diskursens orden*. Oslo: Spartacus Forlag A/S

Foucault, M (1980). Kap 6. Truth and power. I C. Gordon (Red). *Power/ knowledge: Selected interviews and other writings 1972- 1977*. New York: Pantheon books

Foucault, Michel (2002). *Forelesninger om regjering og styringskunst*. Cappelens upopulære skrifter. Cappelen akademisk forlag.

Frøyland, L (2008). *Barn og foreldre i samme rom*. (Master i familieterapi og systemisk praksis). Diakonhjemmet Høgskole.
[Vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/98182/2008-10-12%20Masteroppgave%froyland.pdf?sequence=1](https://vid.brage.unit.no/vid-xmlui/bitstream/handle/11250/98182/2008-10-12%20Masteroppgave%froyland.pdf?sequence=1)

Grimen, H. (2008). Profesjon og tillit. I A. Molander & L.I. Terum (Red). *Profesjonsstudier II*, s. 197- 215. Oslo: Universitetsforlaget

Grimen, H. (2010). Kap. 10. Michel Foucault- styring, makt og motstand. I J. Pedersen (Red). *Moderne politisk teori*. s. 226- 246.

Helgeland, A. (2013). *Profesjonsetiske utfordringer ved barns deltakelse i familieterapi*. (Avhandling). Universitet i Agder. Fakultet for humaniora og pedagogikk. Institutt for religion, filosofi og historie.

Helgeland (2016). Verdier i klemme. Etske utfordringer ved barns deltakelse i familieterapi. *Fokus på familien*. Vol. 44, Utg. 4

Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (BUP-veilederen). IS-1570. Veileder. Utgitt av Helsedirektoratet.

Helsedirektoratet (2013). *Nasjonal faglig retningslinje for utredning, behandling og oppfølging av personer med psykoselidelser*. IS-1957 Nasjonale faglige retningslinjer.

Helsedirektoratet (2015). *Prioriteringsveileder- psykisk helsevern for barn og unge* (nettdokument). Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 02.november 2015, lest 22. april 2022)

Helsedirektoratet (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for tidlig oppdagelse, utredning og behandling av spiseforstyrrelser* (nettdokument). Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 25 april 2017, lest 21. april 2022).

<https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/spiseforstyrrelser>

Helsedirektoratet (2017). *Brukermedvirkning* (nettdokument). Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 11. april 2022, lest 21. april 2022).

<https://www.helsedirektoratet.no/tema/brukermedvirkning>

Helsedirektoratet (2017). *Tverrfaglig samarbeid som grunnleggende metodikk i oppfølging av personer med behov for omfattende tjenester* (nettdokument) Oslo: Helsedirektoratet (sist faglig oppdatert 17. januar 2018, lest 21. april 2022).

<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/oppfolging-av-personer-med-store-og-sammensatte-behov/strukturert-oppfolging-gjennom-tverrfaglig-samarbeid-som-grunnleggende-metodikk-i-oppfolging-av-personer-med-behov-for-omfattende-tjenester>

Helsetilsynet (2007): *Tjenestetilbudet til personer med psykiske lidelser*. Rapport fra helsetilsynet 8/2007. ISSN:1503-4798 (elektronisk utgave).

Helsetilsynet (2013). *Veileder for landsomfattende tilsyn med spesialisthelsetjenesten i 2013 og 2014*. Psykisk helsevern for barn og unge. Internserien 1/2013. Utgitt av statens helsetilsyn.

Helsetilsynet (2015). *Mye å forbedre- vilje til å gjøre det. Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker*. Rapport fra helsetilsynet 3/ 2015

Hennum, N (2010). *Mot en standardisering av voksenhet? Barn som redskap i statens disiplinering av voksne*. OsloMet. Open Digital Archive (ODA).

<https://hdl.handle.net/10642/540>

Hertz, S. (2016). Et meget mere vidtrekkende perspektiv på det systemiskes eksistensberettigelse i børne- og ungdomspsykiatrien. *Fokus på familien*. 2016-12-20. Vol. 43 (4). s. 265-271

- Hoffman, M. (2011). Disciplinary power. I D. Taylor (Red). *Michel Foucault Key concepts*. s. 27- 39. London & New York: Routledge
- Holmberg, Å & Sundet, R (2021). Ikke-vitende posisjon i familierapeutisk praksis- muligheter og utfordringer i dagens samfunn. *Fokus på familien*. Vol. 49. Utg. 4, s. 265- 284
<https://doi.org/10.18261/issn.087-7487-2021-04-03>
- Jensen, P. (2006). *Hvordan kan den store psykoterapidebatten påvirke forståelsen av familierapiforskningen*. Fokus på familien. Vol. 34, s. 91- 106. Universitetsforlaget.
<https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2006-02-02>
- Johnsen, A. & Torsteinsson, V.W. (2012). *Lærebok i Familierapi*. Universitetsforlaget
- Justesen, M & Mik- Meyer (2010): *Kvalitative metoder i organisations- og ledelsesstudier*. Hans Reitzels forlag.
- Järvinen, M & Mik-Meyer, N. (2017). *Kvalitativ analyse, Syv tradisjoner*. Hans Reitzels forlag.
- Justesen, M. og Mik-Meyer N. (2005). *Kvalitative metoder i et interaktionistisk perspektiv*. Hans Reitzels forlag.
- Jørgensen, W & Phillips, M (1999). *Diskursanalyse som teori og metode*. Samfundslitteratur. Roskilde Universitetsforlag. 1 Utg.
- Karlsson, B. (2018). Kap. 8: Markedsliberalistiske forvandlinger i psykisk helsefeltet- om forholdet mellom refleksiv styring, standardisering og disiplinering. I C. Øye, N. Ø. Sørensen & K. Martinsen (Red). *Å tenke med Foucault. En bok for masterstudiene innen helse- og sosialfagene*. Fagbokforlaget.
- Kvale og Brinkmann (2015): *Det kvalitative forskningsintervju*. (3 utg). Gyldendal akademisk.
- Larsen, S. H (2011). Barnepsykiatriens utfordringer. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, s 112-113.
- Lorås, Lennart (2016). Systemisk familierapi og Helsedirektoratets krav innen barne- og ungdomspsykiatrien i Norge. *Fokus på familien*. Vol. 44, Utg. 2, s. 93-112
<https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487.2016-02-02>
- Lorås, L. & Stokkebekk, J. (2019). Familierapeutene mangler. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol. 56, nr. 9. s. 683- 685
- Lorås, L. (2021): Familierapi er nødvendig i psykisk helsevern. *Dagens medisin*
<https://www.dagensmedisin.no/artikler.2021/08/26/familierapi-en-nodvendig-spesialistkompetanse-i-psykisk-helsevern/>

Lov om pasient- og brukerrettigheter. *Pasient- og brukerrettighetsloven*. Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata.no. Sist endret: LOV-2021-05-07-31 fra 01.07.2021

Lov om spesialisthelsetjenesten. *Spesialisthelsetjenesteloven*. Helse- og omsorgsdepartementet. Lovdata.no. Sist endret: LOV-2021-06-18-127 fra 01.07.2021

Mæhle, M. (2000). Bruk av barnespesifikk kunnskap i familieterapi. Del 1. *Fokus på familien*. Vol. 1, s. 19-37. Universitetsforlaget.

Researchgate.net/publication/268684996_Bruk_av_barnespesifikk_kunnskap_i_familieterap
i

Mæhle, M. (2001). Bruk av barnespesifikk kunnskap i familieterapi. Del 2. *Fokus på familien*. Vol. 29. Universitetsforlaget.

<https://www.researchgate.net/publication/268684996>

Mæhle, M (2005). *Re-inventing the child in family therapy*. (Doktorgradsavhandling). Oslo: Unipub forlag.

Ness, O & Lorås, L (2019). *Håndbok i familieterapi*. Fagbokforlaget

Nielsen, & Hertz, S. (2003). At arbejde systemisk i et diagnostisk felt. *Fokus på familien*. Vol. 31, Utg. 1, s. 22- 32.

<https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487>

Nilsson, M & Trana, H. (2000). Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 37, nr. 6, s. 541-551

Norsk pasientregister (2018). *Rapport for psykisk helsevern for barn og unge*. Helsedirektoratet.

Oddli, H. W. og Kjøs, P. (1998): *Psykologien og vitenskapen: moderne og postmoderneforståelse av terapi*. Oslo. Tano Aschehoug

RBUP Øst og Sør (2018). Overordnet om utredning av barn og unge. *Håndbok for barn og unges psykiske helse: oppsummert forskning om effekt av tiltak*. ISSN: 2535-7220.

<https://buphandboka.r-bup.no/no/tilstander/generelt-om-utredning>

Rønnestad, Michael Helge (2008). Evidensbasert praksis i psykologi. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Nr. 45, s. 444-445

Schjødt, B og Egeland, T. Aa (1989). *Fra systemteori til familieterapi*. Oslo: Tano

nb.no/items/0a002a1e83b3a6cbce59bedaba9?page=0&searchText=oai:nb.bibsys.no:998903040094702202

- Skirbekk, S. & Tjora, A. (2022). *Idealtype* i Store norske leksikon på snl.no. (Hentet 22.april 2022)
- Skjerve, R. (2019). Seks grep for å involvere familien. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol. 56, nummer 9
- Solem, M. B, Tilden, T. & Thuen, F. (2008). Å ta empirien på alvor- Er forskningsbasert kunnskap relevant for systemiske familiebehandlere. *Fokus på familien*. Vol. 36, Utg. 2, s. 88-106
<https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2008-02-03>
- Stokkebekk, J., Lorås, L., Eliassen, H., & Whittaker, K. (2019). *Til styret NFFT (03.12.19)*. nfft.no/media/1524/sertifiseringsforslaget2020revidert.pdf
- Stoltenberg, S.M.K (2007): Kasusbeskrivelser og forandringsprosesser i terapi med barn. Bidrag til en kunnskapsbasert klinisk praksis. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol. 4, nr. 1, s. 11-16
- Sundelin, J. (2013). Karta eller tvangströja. *Fokus på familien*. Vol. 41, Utg. 3 s. 216- 235. Universitetsforlaget
<https://doi-org.ezproxy.oslomet.no/10.18261/ISSN0807-7487-2013-03-06>
- Sørensen, M, Graff-Iversen, S, Haugstvedt K.T., Enger-Karlsen, T. Narum, I. G., Nybø, A (2002). «Empowerment» i helsefremmende arbeid. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*
- Terkelsen, T. B (2018). Kap. 7: Nasjonal faglig retningslinje ved psykoselidelser: En arena for maktkamper. I C. Øye, N. Ø. Sørensen, K. Martinsen (Red). *Å tenke med Foucault. En bok for masterstudiene innen helse- og sosialfagene*. Fagbokforlaget.
- Tilden, T (2013). Det nødvendige samvirket mellom spesifikke og generelle faktorer. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, Vol 50, nr. 10, s. 1006-1010
- Torsteinsson, V. W og Næss, O. (2016). Tilpasning eller utfordring? - Om den systemiske forståelsens plass i ulike kontekster. *Fokus på familien*. Vol. 44, Utg. 4, s. 263 – 264
<https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-04-01>
- Torsteinsson, V. W (2019). Kap. 2: Familierapiens historie. I O. Ness, O. & L. Lorås (Red). *Håndbok i familierapi*. Fagbokforlaget
- Valla, B (2017). Vi må endre systemet. *Tidsskrift for norsk psykologforening*. Vol. 55. nr. 11, s. 1100-1102
- Wetherell, M, Taylor, S. Yates, S.J. (2005). *Discourse Theory and Practice*. Sage Publications

Øvreeide, H og Hafstad, R. (2011). *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn.*
Høyskole forlaget

Vedlegg 1. Intervjuguide: Familieterapi i BUP-kontekst

1. Hvordan vil du beskrive familieterapi for en som ikke kjenner til det? Eks hvordan ville du presentert familieterapi for aktuelle familier i jobben din?
2. Hvilken plass synes du familieterapi skal ha i BUP? Hvordan opplever du at den systemiske/ familieterapeutisk tilnærming i BUP blir ivaretatt i relasjon til andre tilnærminger i den biopsykososiale modellen?
3. I veilederen for poliklinikker for barn og unge, (BUP) fra Helsedirektoratet, står det: «For å sikre helhetlig hjelp til barn/unge og foreldre, må familie og nettverksbaserte tilnærminger være en del av basiskompetansen i klinikken» (s. 56). Hvordan ivaretas dette på din arbeidsplass? Hvordan involveres familie og nettverk i BUP? (Hvordan tenker du at BUP kan gi et helhetlig tilbud til barn, unge og deres pårørende)?
4. Hvilke begrunnelser kan du tenke deg for at familieterapi skal være en tilgjengelig tjeneste i helsevesenet? I hvilke sammenhenger kan familieterapi være et nyttig/ viktig tilbud?
5. Hvordan kan man selv legge til rette for å jobbe med en relasjonell/ systemisk forståelse i BUP? Hvordan tror du nærmeste leder vil forholde seg til denne måten å jobbe på? (hvilken grad av støtte opplever du)?
6. Hvilke teorier om hvordan endring skjer hos barn og deres familier mener du er rådende i BUP? Hva er ditt syn på hvordan endring skjer i behandling ved BUP?
7. Hva er fordeler/ utfordringer med familieterapeutisk tilnærming ut fra din erfaring?
8. Tror du familieterapeuter kan bidra med noe i en BUP- kontekst som er forskjellig fra andre terapeuters bidrag?

Vedlegg 2. Vil du delta i forskningsprosjektet “Familieterapi i en poliklinisk kontekst”

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få et innblikk i hvilke forestillinger terapeuter har om familieterapi i BUP og hvordan de vurderer nytten av familieterapi i denne konteksten. I dette skrivet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

Formål

Jeg er opptatt av å få informasjon om hva terapeuter ved BUP legger i begrepet “familieterapi», hvilke erfaringer de har med familieterapi og hvordan de vurderer familieterapiens plass i BUP.

Dette er et forskningsprosjekt som del av et masterstudium i familiebehandling ved Oslo Met. Det kan i tillegg være aktuelt at opplysninger blir brukt internt ved BUP, eks ved faglige fora eller som bidrag til å påvirke praksis, eventuelt artikkel til fagblad.

Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?

Oslo Met er ansvarlig for prosjektet.

Hvorfor får du spørsmål om å delta?

Det sendes felles mail til alle ansatte i Bup Syd med invitasjon til å delta i studiet. Deltakelse er frivillig. Dersom det er mange som melder seg, vil det gjøres et utvalg på bakgrunn av hvilken enhet man er ansatt i og yrkesbakgrunn.

Hva innebærer det for deg å delta?

Metoden som benyttes i dette forskningsprosjektet er personlig intervju med utgangspunkt i en intervjuguide (semistrukturert intervju). Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du svarer på spørsmål fra en intervjuguide. Det vil ta ca. 1-1 1/2 time og gjøres i arbeidstiden.

Det er frivillig å delta

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

Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger

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

Det vil tas lydopptak fra samtalen, lydopptakene vil oppbevares i låsbart skap og slettes etter transkribering. Dataene fra intervjuer vil anonymiseres og enkeltpersoner vil ikke kunne gjenkjennes i publikasjon. Ved ønske om det, kan intervjupersoner lese gjennom transkribert materiale.

Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes/oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i november 2021. Personopplysninger og opptak slettes etter transkribering av materialet..

Dine rettigheter

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

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

Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Hvor kan jeg finne ut mer?

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

Oslo Met ved veileder Hilde Anette Aamodt. Tlf.nr: 41223830/ 67238017.

Vårt personvernombud ved Oslo Met: Ingrid S. Jacobsen.

e-post: personvernombud@oslomet.no

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

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

Med vennlig hilsen

Mona Jørstad

Vedlegg 3. Meldeskjema NSD

Bekreftelse fra OsloMet

Viser til meldeskjema med referansenummer 146886 i forbindelse med gjennomføring av masterprosjekt «Hvordan forstå familieterapi i en poliklinisk kontekst" ved OsloMet.

I avsnittet om behandling av datamaterialet opplyser NSD om følgende: *Datainnsamling, oppbevaring eller lagring på private lagringsenheter som privat pc, mobiltelefon, minnepinne osv. er ikke anbefalt og forutsettes avklart med behandlingsansvarlig institusjon.*

I mitt prosjekt skal jeg gjøre personlig intervju av terapeuter ved en barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk i en storby. Intervjuene vil tas opp på lydbånd som lånes fra Oslo Met og lydopptaker vil oppbevares i låsbart skap. Datamaterialet vil transkriberes og lydopptaket slettes. Transkribert materiale vil så anonymiseres. Jeg vil lagre opplysningene på minnepenn med kryptering og slette alt når prosjektet er ferdig.

Viser til OsloMet sin FoU-håndbok: <https://ansatt.oslomet.no/personvern-dataplaner-databehandling>. Det følger av retningslinjene her at særlige kategorier av personopplysninger (sensitive) ikke skal lagres på privat utstyr. Andre personopplysninger kan lagres på private datamaskiner eller annet privat utstyr **under forutsetning av at kryptering**. Enheter som har forbindelse med nett skal aldri brukes til lyd- eller videoopptak, f.eks. mobiltelefon og nettbrett.

OsloMet aksepterer bruk av personlig datamaskin ved skiving og analyse av data ved dette masteroppgaveprosjektet, under følgende forutsetninger:

- Aktuelle data skal alltid være kryptert med unntak av når de er i aktiv bruk.
- Før data dekrypteres (åpnes), skal datamaskinen kobles av internett (både trådfast og trådløst), og forbli frakoblet til data igjen er kryptert.
- Informasjon om kryptering av mobile enheter finnes her: <https://ansatt.oslomet.no/kryptering-mobile-lagringsmedier>.

- Informasjon om kryptering av fil finnes her: <https://ansatt.oslomet.no/kryptere-fil>

Underskrift fra behandlingsansvarlig institusjon, ved XX (veileder).

Oslo XX 2019

XX

Veileder