



**June Aikio Grimestad**

---

# **Barn i behandling i BUP**

**En tematisk analyse av behandleres vurdering av psykososiale  
forholds betydning i diagnostisering og utforming av  
behandlingsplan**

Masteroppgave i familiebehandling

OsloMet – storbyuniversitetet

Fakultet for samfunnsvitenskap

Oslo 2023

## Sammendrag

Masteroppgaven handler om hvordan psykologspesialister i poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) vurderer avvikende psykososiale forhold hos barn. I diagnostisering og utforming av behandlingsplan bruker de diagnoseverktøy (WHO, 2008), og forholder seg til Helsedirektoratets veileder for poliklinikk (2008), samt prioriteringsveileder (2015). Hensikten med studien er å synliggjøre hvilke mekanismer som kan påvirke behandleres vurdering av de barna som kommer til BUPs psykososiale forhold. Studien er gjennomført med kritisk realisme som vitenskapsteoretisk ståsted som gir rammeverk for problemstilling, forskningsstrategi og drøftingens struktur. Problemstillingen er: «*Hvordan beskriver psykologspesialister i BUP at avvikende psykososiale forhold rundt barnet tas med ved diagnostisering og i utforming av behandlingsplan?*» Problemstilling er forsøk besvart gjennom teori og empiri. Empirien er innhentet gjennom tre semistrukturerte forskningsintervju av psykologspesialister ansatt i BUP. I kvalitativ analyse av empiri og drøfting av funn er det søkt etter faktorer og strukturer som påvirker informantenes vurdering. Resultatene fra studien blir presentert og drøftet i lys av teori fra den biopsykososial modell og systemisk familieterapi, samt forskning. Studien peker mot at informantene mener det er avgjørende å ta med avvikende psykososiale forhold i vurderingen av diagnose og behandlingsplan. Planen bør inngå i et tverrfaglig samarbeid, og opplysninger fra foresatte og samarbeidspartnere er viktig for vurderingen. Informantene støtter seg til den biopsykososiale modell i vurderingen. Analysen viser at det opprinnelige systemiske perspektiv av modellen, slik Engel presenterte den, er mindre fremtredende. Informantene peker på diagnoseverktøyet har mangler som kompliserer bruken. De synes å stå i et krysspress mellom styringsdokumenter, samarbeidspartnere og foresatte som har forventning om barnet skal få en psykiatrisk diagnose, og eget faglig ståsted der de barnets vansker kan forstås kun ut fra de avvikende psykososiale forhold.

## Abstract

The master's focuses on how psychologist specialists in outpatient clinics in mental health care for children and young people (BUP) assess deviant psychosocial conditions in children. In diagnosing and designing a treatment plan, they use diagnostic tools (WHO, 2008), and refer e.g., to the Norwegian Directorate of Health's guidelines for outpatient clinics (2008), as well as prioritization guidelines (2015). The purpose of the study is to make visible which mechanisms may lie behind the assessments of difficulties of children who visit BUP. The study uses critical realism as a scientific theoretical point of view, which provides a framework for the problem statement, research strategy and the structure of the discussion. The problem statement is: *"How do psychologist specialists in BUP describe how deviant psychosocial conditions in the environment the child lives in, are taken into account during diagnosis and in the design of a treatment plan?"* The problem statement is discussed based on acquired theory and empirical findings. Empirical data is obtained through three semi-structured research interviews with psychological specialists in BUP. Through qualitative analysis of empirical evidence and discussion of findings, I have searched for factors and structures that influence the informants' assessments. The results from the study are presented and discussed based on theory from the biopsychosocial model and systemic family therapy, as well as research. The study revealed that the informants believe it is crucial to include deviant psychosocial conditions in the assessments and in the treatment plan. This plan is part of an interdisciplinary collaboration, and information from parents and partners is important for the assessment. The informants lean on the biopsychosocial model in their assessments. The analysis shows that the original systemic perspective of the model, as Engel presented it, is less present in the assessment. The informants point to the diagnostic tool's shortcomings which complicate its use. The informants seem to be in a cross-pressure between management documents, partners and guardians who have an expectation that the child will receive a psychiatric diagnosis, and their own professional point of view where they believe that the child's difficulties can only be understood based on the deviant psychosocial difficulties.

*Without context, words, and actions have no meaning at all.*

*Gregory Bateson (1975)*

*Et fenomen forblir uforklarlig så lenge ikke observasjonsområdet er tilstrekkelig vidstrakt til at det omfatter den sammenheng fenomenet inntreffer i.*

*Paul Watzlawick (Jensen, 2009a)*

## **Forord**

*En akademisk reise med synkehull og mørke regntunge «høstnetter» er over! Uten min tålmodige veileder Erna Henriette Tyskø Dahl, med høye ambisjoner om å lære bort forskningens verktøy, hadde jeg gitt opp for lenge siden. Roger, kjæresten, har på nytt og på nytt dratt meg opp fra dype grøfter fordi han har hatt trua på at inni meg er det en dugende akademiker. Min språklige støttespiller gjennom tre år, Eirik Christophersen, skal få blomster når dette er over. Ikke minst Kenneth, Linn og Tanja som har lest og etterspurt min mening bak kronglete setninger. Takk.*

*Nå er det over og gleden er stor for å kunne vende fokus tilbake til det kliniske felt hvor mitt hjerte og engasjement ligger.*

*For fremtiden er håpet at «ikke-akademikere» som meg kan få muligheten til å være i det kliniske felt, og ikke blir «tvunget» inn på den akademiske vei. Det er verken rettferdig for «typer som meg» - og det tjener Akademia dårlig. De som lar seg inspirert av å produsere egen kunnskap burde få gode rammer til det. Jeg frykter at ressurser til kunnskapsproduksjon blir for spredt utover, som medfører at de talentfulle med glød får manglende rammevilkår for god kunnskapsproduksjon. Måtte ledere i Akademia ikke blir for ivrige med å masseprodusere eget «produkt», og heller satse på kvalitet.*

*Takk for meg Akademia, June*

## Innhold

<b>Kapitel 1 Innledning</b> .....	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema og avgrensning .....	1
1.2 Problemstilling.....	1
1.3 Oppgavens utforming.....	1
1.2 Avklaring av begrep .....	2
<b>Kapittel 2 Aktuell forskning</b> .....	<b>2</b>
2.1 Psykologi og avvikende psykososiale forhold.....	2
2.2 Avvikende psykososiale forhold .....	4
2.3 Avvikende psykososiale forhold i BUP.....	5
<b>Kapittel 3 Styringsdokumenter, profesjonsteori og faglitteratur</b> .....	<b>7</b>
3.1 Psykisk helsevern for Barne- og unge (BUP) i Norge.....	7
3.1.1 Styringsdokumenter og helsepolitiske krav i BUP .....	7
3.1.2 Biopsykososial modell som forståelsesramme i BUP .....	8
3.1.3 Kritikk av biopsykososial modell.....	9
3.1.4 Multiaksiale klassifikasjonssystem i psykisk helsevern for barn og unge .....	9
3.1.5 Multiaksialt klassifikasjonssystem: akse 5, avvikende psykososiale forhold .....	10
3.2 Familieterapi i konteksten psykisk helsevern for barn og unge.....	11
3.2.1 Familieterapiens fremvekst - fra mekanisk til systemisk tekning .....	12
3.2.2 Systemisk familieterapi .....	14
3.2.3 Kritikk av systemisk familieterapi.....	15
<b>Kapittel 4 Vitenskapsteoretisk ståsted og forskningsmetode</b> .....	<b>15</b>
4.1 Kritisk realisme som vitenskapsteoretisk ståsted .....	15
4.1.2 Anvendelse av kritisk realisme og dens begrensinger .....	18
4.2 Kvalitativ metode.....	18
4.2.1 Datainnsamling – semistrukturert intervju .....	19
4.2.2 Gjennomføring av intervju .....	19
4.2.3 Utvalg og rekruttering av informantene .....	20
4.2.4 Transkribering av intervjuene .....	20
4.3 Tematisk analyse .....	21
4.3.1 Kritisk fase i analysen .....	21
4.3.2 Analysemåte .....	22
4.3.3 Kritikk av tematisk analyse .....	23
4.4 Validitet og reliabilitet.....	23

4.5 Etske nærhet og distanse, problemområder.....	24
<b>Kap. 5 Tematisk analyse av data .....</b>	<b>25</b>
5.1 Innledning.....	25
5.2 Akse 5 er viktig i diagnostisering og for behandlingsplan.....	26
5.2.1 Komparative opplysninger fra systemet .....	29
5.2.2 Tverrfaglig samarbeid.....	30
5.3 Biopsykososiale modell som rammeverk .....	31
5.3.1 Opprettholdende og utløsende faktorer.....	33
5.3.2 Komplekst å formidle vurderingene .....	34
5.4 Diagnostisk kodeverk og journal .....	35
5.4.1 Helseinformasjon fra øvrige familie .....	36
5.4.2 Kodesystemets mangler .....	37
<b>Kapittel 6 Drøfting av temaet.....</b>	<b>39</b>
6.1 Avvikende psykososiale forholds betydning. ....	39
6.1.1 Institusjonelle rammeverk.....	39
6.1.2 Barnets symptomer satt i en kontekst .....	40
6.2 Den biopsykososiale modellen betydning i vurderingen .....	42
6.2.1 Hvordan kan den biopsykososiale modell bidra med forståelsen av barn?.....	42
6.2.2 I et krysspress av ulike syn på psykiske vansker.....	45
Styringsdokumenter og praksis i BUP.....	45
Forskning .....	47
Samarbeidspartnere.....	47
Foreldre .....	48
6.3 Bruk av diagnostisk kodeverk og journal.....	49
6.4.1 «Det er utfordrende at helseinformasjon om øvrige familie står i barnets journal» .....	50
6.4.2 Kodesystemet har mangler .....	51
<b>Kapitel 7 Oppsummering og avsluttende refleksjon.....</b>	<b>52</b>
Etterord .....	53
<b>Litteratur .....</b>	<b>54</b>
<b>Vedlegg.....</b>	<b>58</b>
NSD meldeskjema.....	58
Informert samtykke .....	59
Spørsmålsguide .....	61



## Kapitel 1 Innledning

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema og avgrensning

Temaet for denne studien er hvordan psykologer i psykisk helsevern for barn og unge (BUP) vurderer avvikende psykososiale hos barn i diagnostisering og utforming av behandlingsplan. Nasjonal veileder for BUP (Helsedirektoratet, 2008) gir retningslinjer for hvordan barn som mottar hjelp skal utredes for aktuell problematikk, symptombilde, funksjonsnivå, omsorgssituasjon, opplæringsituasjon, risikofaktorer, ressurser og pasient/foreldres ønsker og forventninger. Det ligger krav om journalføring og systematisk koding av informasjon som fremkommer. Retningslinjene sier at barnet skal utredes i seks området, eller akser. En av de seks aksene er, «avvikende psykososiale forhold, akse 5.». Helsedirektoratets prioriteringsveileder (2015a) gir retningslinjer for hvem som har rett til hjelp i BUP.

Bakgrunnen for valg av tema er min stilling som sosionom og familieterapeut i BUP. I BUP jobber familieterapeuter først og fremst på bestilling fra psykologer og leger som setter den endelige diagnosen, som igjen har betydning for anbefalte behandlingstiltak. Det betyr at deres kunnskapsgrunnlag er inngangsporten for hvilke tiltak som ansees som adekvate i den enkelte sak. Systemisk familieterapi og sosialt arbeid har et kunnskapsgrunnlag som bygger på det å se menneskelige vansker i kontekst, og videre søke tiltak og intervensjoner som er tilpasset og rettet mot konteksten mennesket lever i.

Dette studiet har som mål om å skaffe kunnskap om hvordan den dominerende faggruppen i BUP, psykologer, beskriver hvordan de vurderer avvikende psykososiale forhold for barn i diagnostisering og utforming av behandlingsplan.

### 1.2 Problemstilling

***«Hvordan beskriver psykologspesialister i BUP at avvikende psykososiale forhold rundt barnet tas med ved diagnostisering og i utforming av behandlingsplan?»***

### 1.3 Oppgavens utforming

Kapittel to består av redegjørelse av forskning som anses som relevant for problemstillingen. Deretter følger en redegjørelse av psykisk helsevern for barn og unge, samt en presentasjon av et utvalg styringsdokumenter og rapporter som anses relevante for studien. Deretter følger gjennomgang av profesjonsteorier, den biopsykososiale modell og systemisk familieterapi, samt kritiske betraktninger på teoriene. I kapittel fire presenteres



kritisk realisme som er vitenskapsteoretisk ståsted for studien. Videre blir leseren kjent med studiets metode og analyseredskap som er anvendt, samt en redegjørelse om validitet og reliabilitet. Kapittelet avsluttes med noen etiske overveielser og innspill fra Norsk senter for forskningsdata (NSD). I kapittel fem beskrives funn fra tre intervju av psykologspesialister ansatt i BUP. Studien har brukt tematisk analyse, og fremfor funn brukes begrepet tema. I kapittel seks blir tema drøftet lys av styringsdokumenter, faglitteratur og teorier som presentert i kapittel tre, samt forskningen presentert i kapittel to. Til sist, kapitel syv, oppsummeres studien og det fremlegges refleksjoner om studiens funn.

## 1.2 Avklaring av begrep

Studiens problemstilling brukes begrepet «avvikende psykososiale forhold», som er hentet fra det mulitaksiale diagnostiske system som anvendes i BUP (WHO, 2008). Forskning og annen litteratur brukes begreper som sosioøkonomiske forhold, miljøfaktorer, samt «omfattende, uoversiktlige og sammenfattede problem». Samtlige begrepene forstås til å omhandle samme fenomen. I studien er det valgt å bruke helsebegrepet uavhengig hvilken dimensjon av helse det er snakk om.

## Kapittel 2 Aktuell forskning

I det følgende gjøres det rede for empiri og begreper fra forskning som kan gi et bredere blikk på problemstillingen, samt å vise til forskning som har berørt samme tema.

### 2.1 Psykologi og avvikende psykososiale forhold

Et søk på PsycInfo med søkeordene: mental disorders, mental health, biopsychosocial approach, transdiagnostic approach, med begrensninger barn under 18 år på språkene svensk, norsk og dansk som er publisert de siste ti år, resulterte i syv treff. PsycInfo er en referansedatabase som dekker psykologi. Den omfatter også psykologiske aspekter fra andre fagområder (som medisin, psykiatri, sykepleie, ledelse, sosialt arbeid og sosiologi) og inneholder mer enn 3,5 millioner referanser, fra nesten 2500 tidsskrifter.

Av de syv artiklene anses var fire relevant for dette studien. En longitudinelle studie, «Foreldres aggresjon og ungdommens fysiske helsetilstand 10 år senere» (Foran et al., 2019), fra Tyskland med et utvalg av 242 familier har sett på hvordan foreldres aggresjon påvirker barn. Utgangspunktet var den biopsykososiale modell og dens foreslåtte mekanismer om at foreldres aggresjon kan påvirke barns emosjonelle utvikling og helse. Det viser seg så langt i studiet at foreldreaggresjon i småbarnstiden påvirker mentale helse og

påfølgende fysiske helsestatus i ungdomsårene. De peker på at det er i samsvar med biopsykososiale modell.

Den neste aktuelle artikkel er «Tidlig intervensjon i barndomsforstyrrelser» (Jairam & Walter, 2014). De sier det er viktig å få tak i både årsakene og konsekvensene av psykiske lidelser. Det anbefales en rekke tiltak for å hjelpe barnet til å begynne å fungere bedre på alle områder – sosiale, akademiske, jobb, familie og så videre. De mener å se at en biopsykososial tilnærming til behandling av lidelsene sannsynligvis vil føre til forbedring i det totale resultatet.

Richards (2013) «Det er på tide med en mer integrert biopsykososial tilnærming til ADHD» beskriver den betydelige forskningen som viser sammenhenger mellom ADHD-symptomer og foreldres psykiske lidelser, mishandling av barn, posttraumatisk stresslidelse (PTSD), tilknytningsforstyrrelser og andre miljøfaktorer. Nevrobiologiske funn viser innvirkningen på hjernens utvikling av tidlig misbruk og tilknytningsbekymringer. Implikasjonene av disse funnene, både for klinikere og på politisk nivå bør diskuteres. Richards mener det er behov for en mer integrert bio-psyko- sosial tilnærming til ADHD. Det pekes på at psykososiale faktorer viser seg å være opprettholdende og utløsende for utvikling av ADHD-symptomer. Richards mener at klinikere har vist seg å undervurdere tilstedeværelsen av psykososiale faktorer hos barn med en ADHD-diagnose, og mener videre at det er mindre sannsynlig at de etterspør og ser muligheten for omsorgssvikt eller misbruk når barnet har en ADHD-diagnose.

Siste aktuelle artikkel fra PsycInfo var «P-faktoren: En generell psykopatologisk faktor i strukturen til psykiatriske lidelser?» (Caspi et al., 2014). Caspi et.al. utfordrer den tradisjonelle måten å diagnostiserer på. De peker på at psykiatriske lidelser opprinnelig ble forklart av tre faktorer - i hvor stor grad man internaliserer, eksternaliserer eller har tankeforstyrrelser. I sin forskning har de brakt inn begrepet «p-faktoren». En høy p-skår er assosiert med mer større vansker i livet, større familiære vansker og dårligere utviklingshistorier. De tar frem at «transdiagnostiske tilnærminger» kan forbedre forskningen og forståelsen av psykiske lidelser.

Et relevant innspill komme fra Fonagy (2019) som tar frem at systemiske og strukturelle sosiale erfaringer spiller en rolle i utvikling av psykiske vansker. Han mener dette er åpenbart

for klinikere som jobber i psykisk helsevern. Han sier at likevel er dette faktum er teoretisk underkjent i eksisterende psykopatologimodell.

I neste avsnitt følger forskning som sier mer om hvordan psykososiale forhold påvirker helsen.

## 2.2 Avvikende psykososiale forhold

Det eksisterer god dokumentasjon på at nære omsorgspersoner og gode oppevekstvilkår er viktig for utvikling av god helse. ACE-studien (Barboza Solís et al., 2015) er en langtidsstudie som følger mer enn 17 000 personer i USA. Studien startet i 1995, og deltakerne ble stilt spørsmål om barndommen. De blir så fulgt opp jevnlig og studien pågår fortsatt. ACE-studien viser at barndoms- og utviklingstraumer kan påvirke både mental og fysisk helse senere i livet. I Walsh (2019) vises det til at i mange land har gjennomføringen av ACE-studiene hatt politisk prioritet. Walsh poengterer at ACE-studiet har vist sterk korrelasjon mellom sosioøkonomiske faktorer og helse. Walsh sier at til tross for viljen til gjennomføring av studiene, har resultatene fra studiene hatt liten plass i den politiske diskursen eller medført praktiske endring. (Walsh et al., 2019).

Folkehelseinstituttet (2021) har publisert forskning som viser at barn av foreldre med aller lavest inntekt har tre til fire ganger så høy sannsynlighet for å bli diagnostisert med psykiske lidelser, sammenliknet med barn av de aller rikeste foreldrene (Kinge et al., 2021). Det blir pekt på at forskjellene i psykiske lidelser etter foreldres inntekt er oppsiktsvekkende, spesielt med tanke på at inntektsforskjellene i Norge er relativt små sammenliknet med andre land (Folkehelseinstituttet, 2021). Data fra helseundersøkelsen i Trøndelag, HUNT3 (Bertheussen et al., 2011), gir støtte til at barndomsopplevelser påvirker både helse og sosialt ståsted som voksen. Dette er også eksempel på forskning som peker på betydning av en bredere tilnærming for å forstå og behandle helsemessige problemer (Haug et al., 2021) .

I Norge har Anne Louise Kirkengen gjennom egen forskning satt barndommens opplevelser i sammenheng med helse som voksen (2008). Gjennom blant annet analyse som er forankret i fenomenologi av kroppen i grensesnittet mellom sosial status, vold i hjemmet og de teoretiske antagelsene av menneskers helse, har Kirkengen satt på dagsorden hvordan dette bør inkluderes i den kliniske praksisen i helsevesenet.

I artikkelen «Medicine's perception of reality» (Kirkengen et al., 2016) utfordres nåværende forskningsrammer for helseforskning. Kirkengen et al. peker på behovet for en ny referanseramme for medisinsk forskning og kunnskapsproduksjon. Dette med mål om utvidet kunnskap om hva som har betydning for god helse. De mener medisinske fagfeltet må revidere sine grunnleggende antakelser om mennesker og menneskekroppen. Videre stille de seg kritisk til at den verdinøytrale kunnskap ikke ser ut til å passe inn i et system der mennesker bryr seg om mennesker. De utfordrer de tradisjonelle dikotomiene mellom sinn/kropp, og subjektiv/objektiv synes uforenlige med moderne biologisk teori.

### 2.3 Avvikende psykososiale forhold i BUP

«Profesjonalitet og prioritering - Makt som styringens resultat» (Aamodt, 2014) et feltarbeid i poliklinikk, BUP. Hensikten med forskningsprosjektet var å forstå sammenhengen mellom institusjonelle rammebetingelser og den praktiske yrkesutøvelsen i tverretatlige samarbeid. Funnene her pekte på at pasienter med avgrensbare vansker kunne avhjelpest med det standardiserte behandlingsforløp som er utformet for psykisk helsevern. Aamodt viste til bekymring fra informantene hvor de pekte på at mange barn og unge med sammensatte vansker hvor problemene er omfattende, sammensatte og uoversiktlige. Aamodt sa at informantene fryktet at disse pasientene ikke får nok hjelp på grunn av et grunnleggende kapasitetsproblem i velferdsstaten. Aamodt beskrev psykisk helsevern til å ha etablert kategorier og kriterier som gjør det mulig å skille hvem som skal få hjelp. Dette kan ha gitt resultat til en søken etter de som har rett eller ikke rett til nødvendig helsehjelp. Aamodt mener at for å sikre lik rett, så har man tatt barnet ut av kontekst, det hun benevner som det *de-kontekstualisert barnet*. Blikket rettes mot diagnosen, barnets symptomer, og ikke mot det konkrete og kontekstualiserte barnet. Hennem (2010) belyser også fenomenet om barn som ikke sees i kontekst. Det kan være en mulig årsak til at psykososiale forhold er mindre tematisert i BUP. Hennem argumenterer med at den norske velferdsstaten bruker kunnskapsregimer om barn som kan virke undertrykkende. Hun pekte på at velferdsstaten i sin politikkutøvelse tar utgangspunkt i et standardisert bilde av barn – et barn uten kjønn, klasse eller etnisitet. Hennems forskning legger vekt forskning på barn i vår velferdsstat er uten kontekst, kun en standardisering av et liv.

I en kvalitativ studie «Jeg er ikke et offer for mamma» (Kommisrud et al., 2019) av barn med dobbelt rolle i BUP, dvs. både som pårørende med foreldre med rus og psykiske problemer, i

tillegg til at de har egne psykiske vansker. Svarene fra studiet pekte i retning av at barnas selvforståelse var lite forenlig både med pasientrollen og rollen som pårørende barn. Utvalget var ni jenter i alderen 17–23 år og datainnsamling foregikk sommer/høst 2015. Denne forskningen tar til orde for at hjelpen i større grad bør rettes mot relasjonene, hverdagen og livsbetingelsene i en mer familiefokusert praksis, som et alternativ til dagens diagnose- og individorienterte psykiske helsevern. Det argumenteres for en gjennomgående familiebasert tilnærming, som i selve metodikken anerkjenner at barnets selvforståelse er sammenvevd med foreldres forståelse. Artikkelforfatteren ønsket å stimulere til en faglig debatt om hva som er god hjelp til barn og ungdom, og deres foreldre.

Alan Carr (2019) og (2002) har i en rekke artikler oppsummert evidensgrunnlaget for systemisk praksis. Han mener systemiske intervensjoner er effektive og kostnadseffektive for et bredt spekter barnefokuserte problemer. Hans metaanalyser av studier har vist at par- og familierapi er like virksomme som, og i noen tilfeller mer virksomme enn, individuell terapi. Han hevder det er forskningsmessige belegg for å hevde at familierapeutiske intervensjoner virker i terapien mot barn som har opplevde mishandling, barn med atferdsforstyrrelser og unge med spiseforstyrrelser.

Lorås (2016) har i egen forskning tematisert akse 5, avvikende psykososial forhold, og vist til at systemisk familierapi er en nødvendig og hensiktsmessig terapeutisk tilnærming dersom BUP skal kunne ivareta Helsedirektoratets krav om helhetlig intervensjon (Helsedirektoratet, 2008). Han hevder at kunnskap fra familierapi og andre systemiske intervensjoner vil kunne være funksjonelt og gi gode forståelsesrammer der man ser at pasientens vansker kan forstås ut fra psykososiale forhold (Lorås, 2018). I sitt studie fra 2016 (Lorås) viste han at familierapi og koding og vurdering av barns vansker på akse 5, avvikende psykososiale forhold, bør være en selvfølgelighet da helsemyndighetene framhever betydningen av kunnskap om barn og unges familie, nettverk og relasjoner. Han mente at denne informasjonen bør være vesentlig for det terapeutiske arbeidet i BUP. Han oppsummerer med kritiske betraktninger, da han mener at til tross for forventingen fra overordnede styringsdokumenter og helsemyndigheter, opplever klinikere i familierapi at deres arbeidsform og forståelsesramme marginaliseres (Lorås, 2016).

Med siste ord fra forskningen går vi over til studiets teoretiske rammeverk.

## Kapittel 3 Styringsdokumenter, profesjonsteori og faglitteratur

I det følgende kommer en redegjørelse av institusjonen BUP, et utvalg styringsdokumenter og rapporter som er relevante for problemstilling og en presis forklaring på hva «avvikende psykososiale forhold» defineres som i BUP. Videre følger en teoretisk gjennomgang av biopsykososiale modell og systemisk familierapi og den begrensninger.

### 3.1 Psykisk helsevern for Barne- og unge (BUP) i Norge

I 2021 ble nesten 65 000 pasienter behandlet i psykisk helsevern for barn og unge. For landet sett under ett var det en økning på 14 prosent sammenlignet med året før (Helsedirektoratet, 2022). Poliklinisk helsehjelp dominere. Tiltakshåndboken for BUP beskriver at arbeidet foregår tverrfaglig i et bio/psyko/sosialt/pedagogisk perspektiv (RBUP, 2022). Håndboka sier videre at psykiske lidelser må avgrenses mot normale utviklingsvansker, normal omsorgsproblematikk og normale livskriser/"livslidelser". Utredning og behandling må ofte ses som habiliterende, med fokus på tilrettelegging for barnet/ungdommen i familie, barnehage, skole og fritid. «Utredning og behandling virksamhet skal være planmessig og gjennomføres i tett samarbeid med pasient og familie (Helsedirektoratet, 2008, p. 23)». Videre pekes det på en forventning om samarbeid med andre tjenester for barn og unge i kommunen, som pedagogisk-psykologisk tjeneste, barnevern, helse- og sosialtjeneste, helsestasjoner og fastleger.

#### 3.1.1 Styringsdokumenter og helsepolitiske krav i BUP

Ulike kunnskapstradisjoner har vært viktige i oppbygningen av BUP. Etter Lov om folkehelse fra 2012 (2011) skal også psykososiale forhold settes på dagsorden i et folkehelseperspektiv. Lovverket setter søkelys på sammenhengen mellom helse og sosial ulikhet i befolkningen. I helselovene og behandlingsveiledere fra Helsedirektoratet blir kravene til kvalitet i behandlingen skjerpet, blant annet ved at kunnskapsreferansene i størst mulig utstrekning skal hentes fra evidensbaserte forskningsresultater (Helsedirektoratet, 2008). Behandlingsveilederen fra 2008 ble utarbeidet med utgangspunkt i regjeringens strategiplan fra 2003. Den hadde til hensikt å styrke det polikliniske tilbudet og legge til rette for økt bruker- og pårørendemedvirkning og å drive forebyggende hjelp i form av tidlig intervensjon (Helsedirektoratet, 2008). Veilederen skulle bidra til at poliklinikkene ble utviklet i tråd med de nasjonale målsettinger og intensjoner som er beskrevet i «Opptappingsplanen for psykisk helse» (St.prp. nr. 63 (1997-98)) og gjeldende regelverk. Veilederen er derfor et

tydelig retningsgivende dokument med hensyn til utøvelsen av de terapeutiske metoder som benyttes innen BUP.

Tiltakshåndboka (RBUP, 2022) ble lansert som et verktøy for fagfolk på alle tjenestenivåer som skal vurdere og beslutte tiltak. Håndboka skal gi lett tilgang på oppsummert og kvalitetsvurdert forskning og ble beskrevet som avgjørende for å kunne tilby barn og unge best mulig oppfølging. Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge ble revidert og tatt i bruk 2015 (Helsedirektoratet). Prioriteringsveilederen skulle bidra til økt forståelse av prioriteringsvilkårene og mer lik praktisering av dem. Målet er at pasientrettighetene blir oppfylt i lik grad, uavhengig av hvor pasientene bor og uavhengig av hvilken sykdom de har.

Relevant for problemstillingen er Helsetilsynets (2015) landsomfattende tilsyn av BUP, som pekte på at barnets symptomer eller miljø i mange tilfeller ikke ble tilstrekkelig vurdert før behandling ble iverksatt. Interessant er også Helsedirektoratet rapport (2015b) som hadde som mål å bygge opp kunnskap om negative konsekvenser for barn som vokser opp med dårlige levekår. Rapporten skulle være et ledd i arbeidet med å sette denne gruppas behov på dagsorden. Rapporten sa at det å vokse opp i en familie med lav sosioøkonomisk status kan ha en rekke negative følger for barn og unges psykologiske utvikling, og utviklingsmessige utfordringer.

### 3.1.2 Biopsykososial modell som forståelsesramme i BUP

Den biopsykososiale modell er en etablert forståelsesramme i norsk psykisk helsevesen, og er relevant for å forstå menneskers psykiske vansker. BUP-veileder (Helsedirektoratet, 2008) sier i liket med tiltakshåndboka (RBUP, 2022), at arbeidet skal foregå i et tverrfaglig i et bio/psyko/sosialt/pedagogisk perspektiv. Det er ikke gitt hvordan helsedirektoratet bruker denne modellen.

Med utgangspunkt i Fanali et.al.(2022) sin redegjørelse av den biopsykososiale modell er det nyttig å vise til landemerkeartikkelen publisert i 1977 (Engel). Engel foreslo den biopsykososiale modell for å overvinne grensene for et strengt biomedisinsk perspektiv i definisjonen av helse og sykdom. Modell ble ikke tenkt i opposisjon til den biomedisinske modell, men som en utvidelse. Modellen inkluderte psykososiale faktorer i klinisk kasusformulering og behandling. Engel var teoretisk forankret i von Bertalanffys generelle systemteori (Torsteinsson, 2019). Modellen antok at enhver sykdomstilstand burde bli undersøkt innenfor en flerlagsramme av ulike kontekster og analysenivåer. Sentralt i

modellen var også personen og dens sykdomserfaring. Modellen ble videreutviklet i en annen velkjent artikkel i 1980 (George & Engel), hvor man viste relevansen til den biopsykososiale modell i både fysiske og psykiatriske forhold. Engel utfordret det klassiske skillet av sinn og kropp i vestlig helsevesenet (Engel, 1992).

Biopsykososial modell som forståelsesramme er tre fagfelt som har vokst frem mer eller mindre uavhengig av hverandre. Den sosiale dimensjon har utviklet seg på ulike arena, både i det sosiale arbeidsfeltet, familierapifeltet og ikke minst i pedagogikkens verden (Johnsen & Torsteinsson, 2012b). Modellen har også fått sine kritikere.

### 3.1.3 Kritikk av biopsykososial modell

Ekeland (2021a) har pekt på at psykisk helsevern ikke har evnet å ta inn den sosiale dimensjon i modellen. Han peker på at det ikke er utformet evidensbaserte tiltak for å legitimere det sosiale kompetent biopsykososiale modell. Han mener at den biopsykososiale modell blir brukt som referanseramme, men at de rent praktisk har en biomedisinsk modell, der det psykiske og sosiale har blitt tilleggsvARIABLER og systemperspektivet er borte.

I artikkelen «Thick description and systems thinking: Reiterating the importance of a biopsychosocial approach to mental health» (Fanali et al., 2022) hevdes det at til tross for sin formelle aksept, og dens grunnleggende samsvar med definisjonen av helse fra Verdens helseorganisasjon (1946), er praktiseringen og utøvelsen av biopsykososial modell i klinisk praksis fortsatt kontroversiell. De hevder at den biopsykososiale modellen har blitt innkapslet av et fortsatt rådende biomedisinsk paradigme, som betyr at det ikke har vært en forskyvning mot en biopsykososialt perspektiv. De mener at tiden er moden for å bygge broer mellom nevrovitenskap, humaniora og samfunnsvitenskap, og at dette bare kan skje innenfor paraplyen av den biopsykososiale modell.

Solem (2017a) berører lignende kritikken som Fanali m.fl , og hevder at bruken av modellen har utviklet seg rent teoretisk til å bli lineær og hierarkisk i sin forståelse. Solem mener at rent filosofisk kan biopsykososiale forståelser gi måter å forstå hvordan lidelser og sykdom påvirker multiple nivåer, fra det samfunnsmessige til det molekylære (Solem, 2017a).

### 3.1.4 Multiaksiale klassifikasjonssystem i psykisk helsevern for barn og unge

Retningslinjer for koding i multiaksiale klassifikasjonssystem ligger i nasjonale retningslinjer utarbeidet av Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2008). Norsk forening for barnepsykiatri



(Nøvik, 2019) beskriver det multiaksiale klassifikasjonssystem som det å beskrive ulike fasetter ved psykiatrisk sykdom hos barn og ungdom. For å bedre forstå de ofte komplekse vanskene, er det nødvendig å vurdere ulike kliniske aspekter. Det multiaksiale systemet ivaretar dette behovet, men er mindre «finmasket» enn en mer detaljert diagnostisk prosess. Det multiaksiale klassifikasjonssystemet består av 6 akser:

Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse 3: Psykisk utviklingshemming

Akse 4: Somatiske tilstander

Akse 5: Avvikende psykososiale forhold

Akse 6: Global vurdering av funksjonsnivå (CGAS).

Pasienters vansker skal utredes på alle seks akser og det skal settes diagnose der behandler ser vanskene. Et tverrfaglig team vil stå for utredning og diagnostisering. Den nasjonale veilederen (Helsedirektoratet, 2008) peker på at alle forholdene på alle seks akser skal sees under ett når diagnosene settes. Informasjon hentes ut årlig til Norsk pasientregister.

### 3.1.5 Multiaksialt klassifikasjonssystem: akse 5, avvikende psykososiale forhold

Min studie søker kunnskap som gjelder den femte av de seks aksene, akse 5, avvikende psykososiale forhold (akse 5). Retningslinjene for akse 5 (WHO, 2008) er inndelt i ni kapitler og er et hjelpemiddel for å beskrive avvikende sider ved et barns psykososiale situasjon.

Hovedkategorier er:

1. Avvikende relasjoner i familien
2. Psykisk forstyrrelse, avvik eller funksjonshemming i barnets nærmeste familie
3. Inadekvat eller forstyrret kommunikasjon innen familien
4. Avvikende sider ved oppdragelsen
5. Avvikende nærmiljø
6. Akutte livshendelser
7. Samfunnsmessige belastningsfaktorer
8. Kroniske mellommenneskelige belastninger i forbindelse med skole/arbeid
9. Belastende hendelser/ forhold som er et resultat av barnets egen forstyrrelser/ funksjonshemming

I retningslinjer for BUP er et av premissene at barns vansker bør utredes i lys av familien og nettverket (Helsedirektoratet, 2008). Nasjonalt helseregister viser at av de 987 051 kontaktpunktene som barn og unge hadde med psykisk helsevern i 2021 (Helsedirektoratet, 2022), fikk 68 % av pasientene ikke en kode på den aksen som beskriver vansker i barnets omgivelser, eller *avvikende psykososiale forhold, akse 5*.

Helseregisteret viser at 12 % av pasientene ble kodet «ingen aktuell tilstand» på akse 5. De øvrige 56 % har behandler ikke fylt ut en kode, eller så er barnet kodet med «mangelfull informasjon» på akse 5, (Helsedirektoratet, 2022).

Så langt har fokuset vært på rammene i BUP, og teori som BUP lener seg på i forståelsen av barn og unge. I det avsnitt tar jeg for meg familierapien plass i BUP, og teoretisk rammeverk for familierapi.

### 3.2 Familierapi i konteksten psykisk helsevern for barn og unge

Systemisk familierapi har vært integrert forståelsesramme for utredning og behandling av barn i BUP (Lange, 2002). I en artikkel i norsk psykologforening fra 2019, med overskriften «Familieterapeutene mangler», pekes det på at familierapien er på vikende front til fordel for andre intervensjoner (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»*. De fremhever at et ressursfokusert og relasjonelt fundert psykisk helsevern vil være å inneha spesialisert og differensiert kunnskap om familiære, relasjonelle og kontekstuelle forhold. I Dagens Medisin peker Lorås (2021) på at familierapien bør inn som spesialistkunnskap for å jobbe med relasjoner, samspillsmønstre og kommunikasjonen, og at det kan være effektive hjelpetiltak. Lorås (2016) mener at systemisk familierapi har spesialkompetanse på relasjonelle og kontekstuelle forhold som også bør benyttes i utredningen. Han mener at denne spesialistkompetansen vektlegges i Tiltakshåndboka for BUP (RBUP, 2022).

Lorås mener at den systemiske familierapi kompetansen er nødvendig for å ta på alvor de vansker som kommer frem på akse 5 (Lorås, 2016).

Den danske barne- og ungdomspsykiateren Søren Hertz (2016) har vært i debatt med blant annet Lorås (2016) om hvordan barne- og ungdomspsykiatri kan ivareta den kontekstuelle og systemiske forståelsen av barn. Hertz skriver at det systemiske perspektiv ikke utelukkende

er en metode i form av familierapi, men har mer karakter av et vitenskapssyn. Hertz hevder at det i et systemisk perspektiv ikke gir mening med en slik oppdeling som det multiaksiale system gjør. Han mener det multiaksiale system representerer en lineær forståelsesramme for barn og unge (Hertz, 2016). Hertz utfordrer og peker på at systemisk tenkning er ment å motvirke lineær reduksjonisme som aksesystemet representerer. Hertz påpeker at man må utvide utredninger til å handle om en vitenskapelig undersøkelse av sammenhenger og endringspotensialer.

I «Lærebok i familierapi» stiller Johnsen & Torsteinsson seg spørrende til: *hvordan det kan ha seg 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* (2012a, p. 69).

«I Fokus på Familien» (2016) peker Gerdt Henrik Vedeler, psykolog, familierapeut i BUP, på at i dagens BUP er det systemiske blikk og familierapeutiske intervensjoner ikke like fremtredende og selvfølgelige som det en gang var. Hans forklaring er at prosedyrer og forståelsesrammer fra somatisk helsevern har blitt en del av psykisk helsevern og at medisinsk behandling dreier seg om å oppdage objektive fakta. Vedeler mener at en slik forståelse ikke uten videre bør være gjeldende i møtet med psykososiale problemer. Han sier videre at den tradisjonelle ekspertrollen som kreves i somatisk helsevern, og som psykisk helsevern har overtatt, har gjort familierapeutiske forståelsesrammer og intervensjoner vanskelig.

Vi forlater med dette familierapien i BUP går videre til fremveksten systemisk familierapi.

### 3.2.1 Familierapiens fremvekst - fra mekanisk til systemisk tenkning

Jensen (2009a) gjøre rede for starten på systemisk tenkning som har preget familierapiens utvikling. Biologen Ludwig Von Bertalanffy utviklet på 1940-tallet generell systemteori. Han var motstander av det mekaniske synet på menneskelige systemer og understreket at organismer er åpne systemer som kontinuerlig er i interaksjon med sine omgivelser. Han pekte på at symptomer kan være et resultat av forskjellige påkjenninger. Vi kan anse Bertalanffy som representant for et paradigmeskifte fra det mekaniske til det sosiale synet på alt levende. Gregory Bateson (1905 -1880), sosialantropolog og biolog, har hatt en betydelig innflytelse på familierapifeltet, og kan sammenliknes med Freuds betydning for

psykoanalysen. Han stod bak boka «Steps to an ecology of mind» (Bateson, 1975) *“familieterapiens bibel* (Johnsen & Torsteinsson, 2012a, p. 28)». Han ønsket å lansere et alternativ til den vestlige tenkemåten (Ulleberg, 2014). Bateson pekte på *«vestens lineære tenkning og tendens til å være mekanistisk* (Ulleberg, 2014, p. 30)». Bateson sa at begrunnelsen for å sette i gang familieterapi først og fremst er erkjennelsen av at alle mennesker påvirkes av og påvirker den konteksten de befinner seg i, og videre at alle mennesker påvirkes av og påvirker de mennesker man er i relasjon til (Johnsen & Torsteinsson, 2012b). Bateson og hans team fant gjennom studier paradokser når det gjelder samspill i familier og kommunikasjonsmønstre som kunne gi seg uttrykk i familiære forstyrrelser. På denne måten mente Bateson at individuell intervensjon ikke hadde mulighet til å skape endring i familiesystemet (Torsteinsson, 2019, p. 27). Bateson og hans teoretiske etterfølgere rettet oppmerksomheten mot mønsteret mellom mennesker, snarere enn egenskaper hos enkeltindividet. Man mente at psykopatologi bør bli sett i sammenheng med store spenninger i familien. Fokuset ligger i den relasjonelle konteksten som problematferd (Torsteinsson, 2019).

Med hans teori ser man på familien som et lite økosystem, problemer må forstås og løses relasjonelt. Problemer preger alle i en familie og nettverk, og intervensjoner må skje på systemnivå (Torsteinsson, 2019). Systemteoriene kan ikke sees uten kommunikasjonsteoriene, som utviklet seg parallelt.

I «Pragmatics of Human Communications» (Watzlawick et al., 1967) presenteres ideen om at menneskelige problemer er en konsekvens av måten vi kommuniserer på, ikke individuelle psykologiske vanskeligheter. Denne grunnforståelsen har gjennomsyret familieterapiens første tiår (Torsteinsson, 2019). I den videre utvikling av familieterapi, ble forståelser av kommunikasjon en bærebjelke (Jensen, 2009a). Et annet begrep som Bateson vektla, var kontekst. Han knyttet begrepet til psykologisk ramme eller forståelsesramme. Det angir ikke en ytre observerbar situasjon, slik kontekst ofte blir brukt i dagligtale. *«Med kontekst mener Bateson den kommunikasjonsmessige, meningsbærende rammen rundt vår forståelse, den som hjelper oss å tolke det vi skal forstå innenfor rammen* (Jensen, 2009a, p. 28).»

### 3.2.2 Systemisk familierterapi

På 1970- og 80-tallet endret familierterapiens verden seg, og det systemiske trådte mer tydelig frem (McAdam, 2019). «*Familierterapiens grunnleggere var først og fremst opptatt av å vektlegge forskjellen fra psykoanalytiske tradisjon (Johnsen & Torsteinsson, 2012b, p. 24)*».

I kontrast til perspektiver fra psykoanalytisk tradisjon, har den systemiske tenkning ofte representert et annet syn der *selvet* er i stadig forandring ut fra den konteksten, kommunikasjonen og relasjoner det er en del av (Tjersland & Eriksen, 1994) (Sundet & McLeod 2019). Systemisk familierterapis utvikling har handlet om hvordan problemer forstås, meningene problemene gis, hvorfor de opprettholdes og hvordan de løses. Systemisk tenkning betyr en konsekvent helhetstenkning der relasjon og kontekst er nøkkelbegreper (McAdam, 2019). Historisk kontekst gir fortidens erfaringer mening til her-og-nå-situasjonen. I systemisk familierapeutisk sammenheng gir det lite mening å forstå et barns problem uten å se det i sammenheng med familien. Det er ikke egenskaper eller mekanismer inne i individet som skal avdekkes, men relasjonene i familien. Også relasjonen til terapeuten og dens rolle og bidrag anses som interessant. (Johnsen & Torsteinsson, 2012b)

Systemisk familierterapi har en kunnskapsforståelse om at alt har en påvirkning på mennesker som lever i ethvert samfunnssystem, inkludert samtaler innen familien eller om familien, kjønn, etnisitet, skoler, yrke, politiske spørsmål, mellommenneskelige uenigheter og lignende (McAdam, 2019). Den virkelighet enhver av oss lever i er konstruert innenfor disse samtalene.

I boka «*Science of Family Therapy*» (Priest, 2021) tematiseres betydningen av å forstå vitenskapen om systemene som er knyttet til familiesystemet for bedre å kunne forstå familiesystemteori. Han tar frem at ingen systemer kan forstås isolert, og det gjelder også familiesystemet og tar ut fem system som familien må forstås i. Det første systemet er det *genetiske systemet*. Gener er byggesteinene for alle levende systemer. Evolusjon og genetisk prosesser ga opphav til hjernen vår, kroppen vår og følelsene våre og utgjør *det individuelle systemet*. Dette systemet er det som hjelper oss å forstå og reagere på mennesker i miljøet vårt. Det tredje systemet er *tilknytningssystemet* – vitenskapen om hvordan to mennesker kobles sammen. Det fjerde er når mange familier inkluderer mer enn to personer gir tilknytningssystemet opphav til *triangleringssystem* – vitenskapen om hvordan tre eller flere mennesker kobles sammen. Feste- og triangleringssystemene er mønstrene og

prosessene som strukturerer familiesystemet. Det siste systemet som former familien systemvitenskapen er det *sosiokulturelle systemet*. Dette inkluderer større systemer av makt, privilegier og undertrykkelse. Priest mener at vi må forstå vitenskapen til hver av disse systemene, og hvordan denne vitenskapen henger sammen.

### 3.2.3 Kritikk av systemisk familierapi

I artikkel «Ta empiri på alvor» (Tilden et al., 2022) påpekes det at familiebehandling er en relativt ung fagdisiplin, og den har funnet sin posisjon ved blant annet å markere avstand til deler av den etablerte praksis i psykologi og psykiatri. Dette gjelder særlig systemisk familiebehandling, som har vært svært kritisk til det kunnskapssynet som disse vitenskapene i stor grad bygger på. Følgelig har ikke forskning blitt innlemmet som en sentral kilde for familiebehandlingens kunnskapsgrunnlag. I artikkelen hevder de videre at forskning må tas på alvor fordi dette kan øke forskningslitteratur innen familiebehandling, samt å oppmuntre til forskning innen egen felt. Hvordan det systemiske perspektiv ikke er forsket nok på blir også tematisert i artikkelen «Thick description and system thinking» (Fanali et al., 2022). De hevder at den teoretiske forankringen på moderne systemteorier må styrkes, samt mulig berikes av gode metoder for å fange både kvantitative og kvalitative data.

Dette kapitlet har tatt for seg styringsdokumenter, helsepolitiske retningslinjer og prioriteringer, samt profesjonsteori. Neste kapittel vil rette seg mot vitenskapsteoretiske ståsted og forskningsmetoden for denne studien.

## Kapittel 4 Vitenskapsteoretisk ståsted og forskningsmetode

Det vil nå følge en redegjørelse for kritisk realisme, som er studiets vitenskapsteoretiske ståsted. Deretter gjennomgang av forskningsmetoden, kvalitativ metode, etterfulgt av en beskrivelse av innhenting av data og transkribering. Videre blir tematisk analyse presentert, avslutningsvis vurderes validitet og reliabilitet opp mot datainnsamlingsprosessen, samt en etiske overveielser til egen studie.

### 4.1 Kritisk realisme som vitenskapsteoretisk ståsted

Kritisk realisme er en egnet tilnærming for å belyse problemstillingen om hvordan psykologspesialister gjør vurderinger. Dette for å også kunne si noe om årsaksforklaringer, strukturer og hvordan dette kan påvirke psykologspesialistens vurderinger. Mine litteraturkilder er Kjørstad (2020). Roy Bhaskar anser å være den toneangivende for denne retningen i vitenskapsteori. Med blant annet med bøkene «A realist theory of Sciences»

(Bhaskar, 2008) og «The possibility of naturalism» (Bhaskar, 1998) kom en kritikk av den logiske positivismens dominans innen natur- og samfunnsvitenskap. Kritisk realisme legger vekt på at virkelighetens kompleksitet både skal forklares og forstås, og legger vekt på forskning som et politisk prosjekt og samfunnsforskning som et bidrag til samfunnsendring. Kritisk realisme anerkjenner både aktørers (psykologspesialisten) og strukturers selvstendige kausale påvirkningskraft.

Fra denne posisjonen er det en plattform for å undersøke årsakssammenhenger mellom samfunnsforhold, strukturer i BUP, styringsdokumenter plass i årsakskjeden, og psykologspesialistenes vurdering som et slags «sluttprodukt». Dette vil drøftes i kapittel 6. Kritisk realisme er en egnet måte for å se etter tendenser og mønstre, og man er mindre opptatt av å søke etter deterministiske, universelle lovmessigheter (Kjørstad, 2020). Kritisk realisme forsøker å romme to perspektiv samtidig – det sosiale er en realitet som påvirker oss, og at det sosiale er skapt og skapes hele tiden. Man kan si at samfunnet er både en konstruksjon, men samtidig en ekstern virkelighet. Virkeligheten består av underliggende realiteter som man kan studere gjennom tolkninger av empiriske observasjoner, slik at man kan finne krefter og mekanismer som produserer effekter på oss (Annamo, 2020). Kritisk realisme mener at virkeligheten er samtidig historisk påvirket og sosial konstruert, men at det også er en ekstern virkelighet. Risjord (2014) advarer mot et reduksjonistisk samfunnsvitenskapelig ståsted som ikke evner å både se individets valg, samtidig ha øye for hvordan det sosiale nivå eller institusjoner påvirker – og at det også skjer en gjensidig utveksling. Kritisk realisme synes å være et godt egnet vitenskapelig ståsted for å unngå reduksjonisme slik Risjord setter søkelyset på.

Kritiske realisme teori har atskillige komplisertete begrep som kan være vanskelig å få tak i. Fire begrep er valgt ut i studien til bruk i analysen og drøft. Begrepene vil ikke bli direkte anvendt i drøft og analyse, men forståelsen av begrepene er med i analyse og drøft.

De fire begrepene som er valgt:

- Tre domener: Det empiriske, det faktiske og det virkelige
- Intransitive
- Transitive virkelighet
- Generative mekanismer

Kritisk realisme operer i tre domener: Det empiriske, det faktiske og det virkelighet (Kjørstad, 2020):

1. *Det empiriske domenet*: gjennom intervju av tre psykologspesialister er målet og informasjon om deres vurdering av diagnostisk arbeid og utforming av behandlingsplan - min empiri.

2. *Det faktiske domenet*: alle situasjoner og hendelser som skjer og påvirker vurderingene av diagnostisk arbeid og utforming av behandlingsplan, uavhengig om det kan registreres i helseregister og journal, forstås gjennom intervju eller selvrefleksjon. Målet med studiet er å undersøke og se underliggende årsaks mekanismer i det tredje domenet av virkelighet.

3. *Det virkelige domenet* som omfatter, foruten observasjoner i intervju og statistisk materiale (empirisk og faktisk domene), er også underliggende strukturer, mekanismer, kausale potensialer og tilbøyeligheter som forårsaker og utgjør forutsetninger som igjen manifesterer seg gjennom psykologspesialisters faglige vurderinger. Disse mekanismene og mulige årsakssammenhenger redegjøres for i drøft kapittelet.

Kritisk realisme skiller mellom to dimensjoner av virkeligheten, den transitive og den intransitive (Næss, 2013). Den *transitive dimensjonen* består av kunnskap om det som foreligger og som er kjent. Denne transitive virkelighet søkes sammenhenger i relevant forskning, faglitteratur, profesjonsteori og styringsdokumenter. På den andre siden har vi den *intransitive dimensjonen*, som uttrykker det som er gjenstand for ny vitenskapelig kunnskap. Kunnskapen som ønskes skal hentes i den virkelighet som betegnes som den intransitive *dimensjon*. I kritisk realisme er det denne dimensjonen som skal være gjenstand for vitenskapelig kunnskap. Ifølge kritisk realisme eksisterer verden uavhengig av hvilken kunnskap vi har om den, og denne kunnskapen er både feilbarlig og teoribeheftet (Næss, 2013). Kunnskap om den intransitive dimensjon hvor psykologspesialister gjør sine vurderinger i diagnostisering og utforming av behandlingsplaner er hensikten med studien. De generative mekanismer er utgangspunkt for drøft. *De generative mekanismer* som eksisterer bak vurderingene og utforming av behandlingsplan. De *generative mekaniser* har effekt uavhengig om vi har kunnskap om dem eller ikke. Forståelse og kunnskap om generative mekaniser kan være med på bevisstgjøring og endring av praksis. Kritisk realisme anerkjenner både aktørers (psykologspesialisten) og strukturers selvstendige kausale



påvirkningskraft. Grimen (2008) tar frem faren ved en reduksjonistisk forståelse av ulike profesjoners kunnskapsforståelse og kunnskapsanvendelse. Han peker på viktigheten av å vite hva som er teori og hva som er praksis. Dette gir en plattform for en posisjon til å undersøke årsakssammenhenger mellom styringsdokumenter, kultur og strukturer i BUP og aktørers (psykologspesialister) vurderinger, og videre innholdet i barnets behandlingsplan og diagnostiske forståelse.

#### 4.1.2 Anvendelse av kritisk realisme og dens begrensinger

Når det gjelder bruk av kritisk realisme ved datainnsamling og -analyse, vil den innsamlede empirien som sådan ikke være en objektiv refleksjon av virkeligheten. Min virkelighetsoppfatning er preget et eget fagteoretisk ståsted og tolkning av informantene. Objektiv er ikke til stede. På forhånd var jeg ikke kjent med informantenes bruk av avvikende psykososialt forhold, og har da brukt egen forståelse i utarbeidelsen av studiet. Deler av dataen eller empiri har vært spesielt vanskelig å forstå. Et eksempel er informantenes uttalelser om at det er etiske vanskelig å skrive foresattes helse i journal, som fra eget faglige ståsted er vanskelig å forstå.

Hensikten med bruk av intervjuguide har vært å få informasjon fra virkelighetens domener. Dette skal bidra til et mer helhetlig bilde av årsakssammenheng mellom underliggende mekanismer og observerbare fenomener (Næss, 2013). I min studie betyr konkretisering av observerbare fenomen diagnostiseringen og behandlingsplanen til barnet.

En begrensning ved kritiske realismen kan være at rammeverket er inspirert av fysikkens verden, og det naturvitenskapelige (Kjørstad, 2020). Samtidig erkjenner kritiske realisme at samfunnsvitenskap for det meste omhandler åpne eller delvis lukkede systemer, som for eksempel skoler eller psykiske helsevern, som er systemer som omhandler min studie. Dette er systemer som bringes inn i studiet for å komme frem til årsaksforklaringene og mekanismer. Det er viktig å ta med seg at disse systemer er åpne og det er ikke gitt at de kan forklares på samme kausale forståelse som fra naturvitenskapen (Næss, 2013).

## 4. 2 Kvalitativ metode

Problemstillingen og fokus er utslagsgivende for valg av forskningsmetode. Kvalitativ metode er den mest egnede metoden for å undersøke informantenes vurderinger og skape kunnskap om den. «*Formålet med kvalitativ forskning er oftest å analysere mening og fortolkninger av empiri* (Järvinen & Mik-Meyer, 2017, p. 10)». Med utgangspunkt i problemstillingen brukes

kvalitativ metode å beskrive, forstå, fortolke eller dekonstruere empiri. God samfunnsforskning bruker systematiske metoder for å velge ut informanter til studie, systematiske metoder for å samle materiale fra dem, og systematiske og transparente prosedyrer for å analysere dette materialet (Magnusson & Marecek, 2015b).

Som forsker skal man i størst mulig grad være forutsetningsløs, men samtidig holde søkelys på temaet og få mest mulig spesifikke svar for å svare ut problemstillingen. Informantens beskrivelser av eget fagliges ståsted, dilemma og vurderinger er med i analysen av praksisen. En kvalitativ analyseprosess kan gjennomføres på ulike måter. På tvers av ulike analysetradisjoner innebærer kvalitativ analyseprosess oftest en kategorisering, koding og analytisk innsnevring av datamaterialet (Järvinen & Mik-Meyer, 2017). Gjennomgang av hvordan dette ble utført kommer i kap. 4.3.2.

#### 4.2.1 Datainnsamling – semistrukturert intervju

Semistrukturert intervju ble valgt for å innhente data som kan belyse problemstillingen. Det er en type forskningsintervju som setter søkelys på den intervjuedes opplevelse av temaet man snakker om, fra deres eget perspektiv (Brinkmann & Tanggaard, 2020). I dette studien var det viktig å få tak informantens perspektiver og refleksjoner om de vurderinger de gjør og hva som påvirker valgene de gjør i arbeidet i BUP. Semistrukturert intervju gjorde det mulig å følge deres utsagn, og det rommet en fleksibilitet som er viktig for å få tak informantens mening. Semistrukturert intervju er godt egnet når man ønsker å få frem informantens egen erfaring, og innebærer informasjonsutveksling mellom informant og forsker. Målet er å søke en utvidet forståelse av deres vurderinger og faglig forståelse gjennom en gjennomarbeidet intervjuguide. Intervjuguiden var utarbeidet etter inspirasjon fra systemisk veiledning (Ulleberg, 2014). Johannessen (2018, p. 22) som sier «*Når vi forsker er spørsmålene det primære. Når spørsmålene stilt, kan man lete etter data i svarene. Dataene er gode hvis, og bare hvis, de lar deg finne svar på spørsmålene som ble stilt*».

#### 4.2.2 Gjennomføring av intervju

Intervjuguide (se vedlegg) ble utarbeidet før kontakt med informantene. Guiden skulle lede meg til få tak i ulike faktorer og dimensjoner som hadde innflytelse på informantens vurdering. Det ble utarbeidet 11 spørsmål tilknyttet problemstillingen med mål om å få empiri knyttet til flere system rundt barn (se vedlegg spørsmålsguide). Intervjuguiden startet med spørsmål knyttet til hvordan de tror de stod faglig sett sammenliknet med kollegaer og andre. Videre spørsmål om forhold som kunne påvirke deres vurderinger. Deretter spørsmål

om deres vurdering av kodesystemet, samt deres vurdering av den generelle holdning til akse 5, avvikende psykososiale forhold. Til sist fikk de et spørsmål der de kunne snakke mer fritt om deres betraktninger av akse 5. Samtalene har hatt en utforskende form med oppfølgende spørsmål, og vi har beveget oss mellom de forskjellige spørsmålene og temaene. Den første informanten fikk få instruksjoner og vedkommende prater lenge fritt før henting til spørsmålsguiden. De to neste intervjuene ble strammere rammet inn slik at intervjuguiden ble da mer brukt. I et av intervjuene ble informanten usikker på hensikten med spørsmålene. Vedkommende fikk støtte og bekreftelse at det hen kom med passet inn i det andre hadde sagt. Alle intervjuene foregikk digitalt i januar 2023.

Forskningsmetoder med støtte av digitale verktøy gir både nye dilemmaer og etiske refleksjoner for samfunnsforskningen (Ingrid & Tjønndal, 2021). Innhenting av empiri gjennom digitalt verktøy kan ha skapt distanse mellom meg som forsker og informantene. På den andre side kan egen oppmerksomhet blitt skjerpet. På den andre sider er det en mulighet for informasjonstap, da det er vanskeligere å skape et trygt rom for informasjonsdeling. Det digitale intervju har potensiale til å fungere godt, gitt at man har klare rammer for gjennomføring av intervjuene, spesielt med tanke på hva som forventes og at det er retningslinjer for gjennomføringen (Ingrid & Tjønndal, 2021).

#### 4.2.3 Utvalg og rekruttering av informantene

Psykologspesialister med nåværende stilling i BUP ble valgt som informanter. Målsetningen var å rekruttere fem informanter fra storby og små kommuner fra sør til nord. Første intervju gav data mye data og videre rekruttering av informanter ble avsluttet. To av informantene er fra små kommuner, siste er fra en av de større BUPene i landet. En informant ble rekruttert via kollega i BUP og en via bekjent i annen BUP annet sted i landet. En kollega la også ut forespørsel på en Facebook-gruppe for psykologspesialister i BUP med 1100 medlemmer. Siste informant ble rekruttert fra denne gruppa. Denne formen for strategisk rekruttering er det sannsynlig informanter som i utgangspunktet har tatt stilling til bruken av koding på akse 5 i det multiaksiale system. (Brinkmann & Tanggaard, 2020)

#### 4.2.4 Transkribering av intervjuene

Microsoft sin transkriberingsfunksjon ble brukt. Det er et dataprogram som oversetter hva som blir sagt muntlig til skriftspråk. Transkriberingen ble utført umiddelbart etter at intervjuene ble gjennomført. Deretter lyttet jeg gjennom intervjuene og rettet opp de

feilene som ble gjort av den automatiske transkriberingen. Det ble ikke lagt inn pauser eller «bekreftende» lyder. Brinkman (Brinkmann & Tanggaard, 2020, p. 50) benevner transkribering som en oversettelse og er en viktig del av analyseprosessen. Dataene ble godt kjent gjennom flere gjennomlyttinger. Under transkriberingen ble informantene anonymisert til å få numrene 1-3.

#### 4.3 Tematisk analyse

I denne kvalitative undersøkelsen er inspirert av Braun og Clark (2006) sin definisjon av en tematisk analyse. Tematisk analyse er en analysemetode hvor man ser etter temaer i dataen/empiri man har samlet inn. Målet med tematisk analyse er å gruppere svarene i den innhentede dataen til mer generelle temaer som til sammen svarer på problemstillingen. I analysen skal man finne mening om det informantene forteller om hvordan avvikende psykososiale forhold tas med i vurderingene, og se etter erfaringene som former dette (Magnusson & Marecek, 2015b).

Analysen er likevel preget av egen forforståelse, som består både av teoretisk kunnskap, samt faglig og personlig erfaring. Dette er med på å bestemme hvilke mulighet man har til å oppdage noe nytt, hvilke spørsmål som stilles til dataene, og hvilke kategorier som blir satt, og videre valg av hovedtema. I de transkriberte intervjuene er det identifisert felles temaer. Spørsmål er stilt til dataene, det er markert med fargetusj, og kodet de svar som ble ansatt betydningsfullt for studien hensikt. (Johannessen et al., 2018). Stikkord og refleksjoner ble nedskrevet i margen på de transkriberte intervjuene. Deretter en nye rundt for å hente ut det som framstod som interessant, men som ikke fikk koding i førte omgang (Johannessen m. fl., 2018).

Det er ulike fremgangsmåter for å bestemme temaer, sier Johannssen et al. (2018). En mulighet er å stille spørsmål til dataene, altså å lete etter det som kan fortelle mer. Disse spørsmålene trenger ikke å være knyttet til spørsmålene som ble stilt til informanten under intervjuet. Man kan skille mellom tre typer spørsmål: selve problemstillingen, spørsmål som blir stilt under intervjuet og spørsmål man stiller til dataene.

##### 4.3.1 Kritisk fase i analysen

Med kritisk realisme som vitenskapsteori, er analyseprosessen er en kritisk fase i forskningsprosessen, som forsker man står i fare for å gå glipp av en dypere mening i dataene. *Målet mitt er å avdekke og tolke de mekanismer som frembringer det fenomen som*

studies (Kjørstad, 2020, p. 237). Det er essensielt å erkjenne at observasjoner og forståelser er farget. Gjennom analysen søktes kunnskap om underliggende prosessene og mekanismene som ligger bakenfor dataene som observeres og studeres. Målet er å se etter tendenser, ikke absolutte sannheter (Næss, 2013).

Kategoriene er relatert til problemstillingen som bygger på koder som er identifiserbare i transkripsjonene. Den teoretiske forståelse som er valgt skal bidra til at dataene kan knyttes til litteraturen og forskning som er valgt. En generell fremgangsmåte i tematisk analyse er å lage en ramme for analysen. Rammen er ment å være et forsøk på innholdsfortegnelse av sentrale temaer fra intervjuene. Temaene er i hovedsak gjentakende motiver i transkripsjonen av intervjuene. Temaene er altså et produkt av gjentatt lesing av transkripsjonene. Fra innhentede data er det utarbeidet en felles analyse hvor søkt etter felles begreper, forståelser og sammenhenger.

Så langt har fokuset vært på de teoretiske beskrivelsene av metode og teori. Videre vil følge en redegjørelse på hvordan analysen er gjennomført. Funn er det vanlige begrep, tema anvendes som begrep for funn. (Johannessen et al., 2018).

#### 4.3.2 Analysemåte

I analysen må valg taes. I analysen er det valgt bort å sammenlikne de tre intervjuene opp mot hverandre, samt det å se etter variasjonsbredden mellom de tre. Bakgrunnen for valget er ønsket om å se etter fellesnevner i beskrivelser av vurderinger de gjør seg opp mot akse 5.. En tematisk analyse vil kunne se slik ut basert på oppsettet til (Braun & Clarke, 2006).

*Steg 1 Forberedelsesfasen* – systematisere og sørget for oversikt over data. Målet er å bli godt kjent med hva som ble sagt i intervjuene både via lydfilene og transkribering. Det ble tatt notater underveis med ønske om å se hovedtema, og ord som kom frem under intervjuene. Et par av informantene sa halve setninger og «stoppet seg selv». Etter flere gjennomlysninger ble dette lagt bort da mening ikke ble forstått.

*Steg 2 Kodefasen*- Denne prosessen var spørsmålsdrevet (Johannessen et al., 2018). Spørsmål som ble stilt: «hva handler dette om, hvilken rolleforventning har informanten min». Egne spørsmål til dataene ble mer spisset etter 3. og 4. runde lesning. Det ble utformet stikkord-oppsummering. Underveis ble refleksjoner nedskrevet, og samtidig søkte

frem litteratur som gav ytterligere refleksjoner. Et utvalg av data ble kodet ut fra kategoriene, relevant informasjon, mulig relevant og sist ikke-relevant.

*Steg 3- Kategoriseringsfasen.* I denne fasen ble dataene satt sammen til en større helhet til temaer. Dataene ble delt opp i tre tema med to undertema på hver av dem, og temaene gikk med i analysen og videre drøfting i kapittel seks. Denne fasen er komplisert da det finnes uendelig mange måter å kategorisere dataene på. Problemstilling ble brukt som retningslinje for å sortere dataene. Prøving og feiling var en del av denne prosessen for å finne tema. Det ble brukt både med tankekart og tabeller med mål om å få oversikt over dataene.

*Steg 4- Rapporteringsfasen.* Denne fasen består av å skrive ut temaene og bruk av teori. Det ble oppdaget nye tema og nye sammenhenger i dataene. Resultatet blir presentert i kapittel fem. I kapitlet er sitater nummerert og hver informant har nummeret 1, 2 og 3. Sifferet bak sitatet er hvor i transkripsjonen de er å finne.

#### 4.3.3 Kritikk av tematisk analyse

Bruken av dette tematisk analyse (og andre kvalitative analyse metoder) vil tema fra enkelt informanter få forrang. «*Det er viktig å være oppmerksom på hvilke temaer som får forrang foran andre*» (Brinkmann & Tanggaard, 2020, p. 251). Det er også en fare for at individuelle temaer kommer i bakgrunnen til fordel for de strukturelle fremstillingene. Det motsatte kan også skje – at man setter individuelle betraktninger opp som om det er strukturelle betraktninger. Dette vil berøres under etiske overveielser av egen studie.

#### 4.4 Validitet og reliabilitet

Validitet og reliabilitet så må funn og begrunnelser innenfor årsaksforklaringene være teoretisk velbegrunnet (Næss, 2013). Kritiske realisme legger vekt på at kunnskap er et sosialt produkt og at kunnskapen er feilbarlig. Den teoretiske og metodiske tilnærmingen som er anvendt i studien innebærer at egne spørsmål og problemformuleringer inngår i produksjonen og struktureringen av informantenes meninger. Validitet, eller gyldighet, i kvalitativ forskning knyttes til hvorvidt forskeren har undersøkt det en hadde til hensikt å utforske (Brinkmann & Tanggaard, 2020). Validitet handler også om å ha et kritisk blikk på eget arbeid og å stille spørsmål underveis, og ikke minst hvilke temaer som har fått forrang fra andre tema. I intervjusituasjonen var validitet blant annet i fokus ved å gjennomgå spørsmålguiden med veileder før gjennomføring. Målet med studien er ikke å komme med

et kategorisk analysesett av psykologspesialistenes vurderinger av de avvikende psykososiale forhold hos barn og hvilke følger dette får i diagnostiske arbeid og utforming av behandlingsplaner, men å se tendenser og om mulig se strukturer som kan forklare hvordan vurderingene blir til. Temaet som skal aktualiseres er knyttet til vurdering av avvikende psykososiale forhold, og videre en oppmerksomhet på mulige eksisterende årsaker, holdninger og muligheter som forklarer tendenser (Kjørstad, 2020). Det er viktig utsagn og vurderinger kan forstås innenfor årsaksforklaringer, i tillegg til støtte i teori og forskning. Reliabilitet henger tett sammen med validitet og viser til hvor pålitelige resultatene er, og om forskningen er gjennomført på en tillitsvekkende måte. Reliabiliteten, eller pålitelighet, knyttes til nøyaktigheten av undersøkelsens data, hvilke data som benyttes, måten de samles inn på og bearbeidingen av dem (Johannessen et al., 2018). Det ble lagt inn mye tid på transkribering og analyse av informantens utsagn, og videre på analysen slik at valgte tema best mulig traff det informantene beskrev.

#### 4.5 Etske nærhet og distanse, problemområder

Etske overveielser bør innlemmes i alle faser av et forskningsprosjekt. Ulike faser krever tilpasset problematisering og håndtering. I studiens første del, i tematiseringsfasen, inngikk en vurdering av om temaet var samfunnsmessig nyttig, og som forsker en refleksjon og diskusjon hvorvidt jeg hadde nødvendig avstand til feltet. En dobbelt rolle som både utøvende behandler og forsker på eget yrkesfelt kan utfordre analysen av materialet. Egen kunnskap om deler av mekanismer i BUP kan være en fordel, som en utenforstående forsker ikke uten videre ville ha oppdaget. Totalt sett ble denne dobbelt posisjon vurdert som god, så lenge bindingene til feltet er bevisst.

I prosessen med studien er det søkt å oppdage etske utfordringer, å kunne se saken fra flere sider, og avdekke handlingsalternativer. Etsk kompetanse utvikles gjennom etsk refleksjon og det er søkt etter hvordan eget bidrag kan ha påvirket hva informantene sa under intervjuet.

Samtykket fra NSD ble gitt starten av januar. De hadde en kommentar om presisering i samtykket til informantene om hvilken dato intervjumaterialet skal slettes. Denne endringen ble utført i samtykkeskjemaet. For å ivareta kravet om informert samtykke ble skriftlig samtykkeskjema sendt forut for intervjuene. De ble informert om at deltakelse var basert på

frivillighet, og at de kunne trekke intervjuet når som helst i prosessen. For å beskytte intervjupersonenes anonymitet ble det brukt en tallkode på informantene. Dataene er oppbevart etter retningslinjer fra NSD.

Det eksisterer særlig ett etisk kritisk punkt med min studie. Dette er kombinasjonen av analyse av tema, og på den andre side kritisk realisme. Magnusson & Marecek (2015a) sier at ulike uttrykk ikke har helt identiske betydninger; de har sitt opphav i ulike teoretiske tradisjoner. Videre peker kritisk realisme på at man må være trygg på hvilke teoretiske ståsted man pakker ut generative mekaniser, og ser etter årsaksforklaringer (Næss, 2013). Valget ved å intervju en profesjon uten det fulle kjennskap til deres teorigrunnlag, samt at mulig manglende full forståelse av styringsdokumenter og forskning presentert gir oppgaven en svakhet. Jeg har vært bevisst på at egne ideer og fordommer kan infiltreres analysen av tema. Forskningsetikk er ikke bare regler, men også en løpende refleksjon underveis i analyse og drøft.

## Kap. 5 Tematisk analyse av data

### 5.1 Innledning

I dette kapittelet presenteres data fra innhentet gjennom intervju av psykologspesialistene. Gjennom analyseprosessen har data blitt tematisert ved bruk av tematisk analyse. I det følgende presenteres analysen i form av tre hovedtema, med to undertema som er funnet og konstruert. Relevant innhold er trukket ut fra svarene i dataene og sett i lys av problemstilling og sammenligning av svar.

Hvem av intervjuobjektene som trekkes inn når, avhenger av relevans med utgangspunkt i tematikk. Ut fra transkriberingsteksten ble det laget en oversikt og relevante svar ble trukket ut, såkalte nøkkelord eller nøkkeltema.

Den enkelte informant holdes anonym og er nummerert 1-3. Numrene bak sitatene viser til transkriberingene, sidetall og hvilke sitat.



## Tematisk oversikt over funn:

Hovedtema	Undertema
1. Diagnostisering og utforming av behandlingsplan bør inkludere avvikende psykososiale forhold	1.1: Innhenter komparative opplysninger fra systemene barnet er en del av 1.2: Behandlingsplanen må inngå i et tverrfaglig samarbeid
2. Grunnlaget for diagnostisering og utforming av behandlingsplan synes å ta utgangspunkt i og den biopsykososiale modellen	2.1: Identifikasjon av opprettholdende og utløsende faktorer for barnets vansker 2.2: Utfordring å formidle egen vurdering av barnet når foresatte og samarbeidspartnere har annen kunnskapsforståelse om psykiske vansker.
3. I vurderingen brukes diagnostisk kodeverk og journal jfr. det multiaksiale system	3.1: Det er utfordrende at helseinformasjon om øvrige i familien står i barnets journal 3.2: Kodesystemet har mangler som vanskeliggjør tilfredsstillende koding av avvikende psykososiale forhold

### 5.2 Akse 5 er viktig i diagnostisering og for behandlingsplan

Det tydeligste tema som stod frem i dataene var at akse 5 forhold er viktig for informantene, både i diagnostisering og behandlingsplan. Samtlige spørsmål i intervjuet omhandlet ulike sider av akse 5, avvikende psykososiale forhold. BUP aktivitetsdata (Helsedirektoratet, 2022) viste at 68 % av pasienter i 2021 ikke fikk en kode på akse 5. Informantene var tydelige i sine vurderinger på at man i diagnostisk arbeid og behandlingsplan burde ha med akse 5, avvikende psykososiale forhold. I betydningen av akse 5 brukte informantene også begreper som helhetsperspektiv, helhetsbilde, omgivelser, kontekst, nettverk og helhet. Dette forstås til å omhandle samme tematikk. Det at de legger vekt på dette illustreres med disse utsagn:

*«Ideen om akse 5 er kjempegod sånn at man får et helhetsblikk» (1.3 p.2)*

*«Vi får en bedre helhetsforståelse med informasjon på alle aksene» (1.2 p.1)*

*«Man må ikke bare spørre om symptomer på akse 1, selv om det er mulig. Hvert år lærer jeg opp andre i viktigheten av kontekstuell utredning» (1.39 p.6)*

*«Det er en veldig viktig del av diagnosen, diagnostieringen av akse 5. Den fortjener mye mer vektlegging enn det den får» (2.3 p.2)*

*«Det vil være stor forskjell om man kun beskriver -hmm- diagnosen på akse 1 eller om man også tar inn andre forhold» (2.4 p.3)*

*«Det er viktig for å få det tydelig frem en beskrivelse eller hvordan vi forstår barnet» (3.7 p.2)*

*«Jeg kommer ikke på rede hånd på eksempler der jeg kunne latt være å kode alle aksene, også akse 5» (3.3 p.2)*

*«Det (akse 5) er eneste måten å gi god behandling på» (3.23 p.6)*

Informantenes fagforståelse bygget på at barnet kun kan få god behandling gjennom å søke beskrivelser, hendelser og svar i barnets kontekst. Eksempler fra avvikene psykososiale forhold med at et barn kan ha funksjonshemmet søsken som tar mye av foreldres tid, barn kan ha ADHD symptomer som også kan forklares utfra vedvarende mobbing i skolen. Det ble også nevnt det å være «syndebukk» i en families system som et avvikende psykososialt forhold. De uttaler at det å beskrive et barn ut fra en psykiatrisk diagnose, og ikke ta med akse 5, ville vært vesentlig annerledes enn en behandlingsplan som tar hensyn til avvikende psykososiale forhold i behandlingsplanen.

Informantene sa at de la ulik vekt på avvikende psykososiale forhold etter barnets alder. Fra ungdomsalder fikk helhetsperspektivet og kontekst mindre fokus og det ble større vektlegging av ungdommens egne beskrivelser av vanskene. Behandlingsplanen ble rettet mot ungdommens egne definisjoner enn fra konteksten rundt ungdommen. Informantene pekte da på lovverket og barns rett til å eie egne helseinformasjon fra de er 16 år.

Det var et dirkete spørsmål om arbeidskultur og ledelse i intervjuet. Informantene sa at ledelsens faglige ståsted og holdning, lokal arbeidskultur/ kollegium og hvilke profesjoner som er representert i kollegiet, påvirker hvor mye vekt det legges på avvikende psykososiale forhold. De tok i den sammenheng fram at i faglige møter, forskning og debatt rundt psykiske helsevern først og fremst er psykiatriske diagnose som debatteres, og at det er innenfor dette feltet at det etterlyses mer forskning, behandlingstiltak og ressurser. De beskrev at avvikende psykososiale forhold eller helheten rundt barnet ofte ikke er tematisert. Dette ble forstått som om at de ikke opplever en klar støtte fra ledelse og arbeidskultur om at akse 5 er et viktig arbeid. Dette illustreres via følgende sitat:

*«Det er litt i tidsånden at BUP skal utrede fort og kjapt, og det skal fort ut. Hva rekker vi å se av akse 5?» (1.57 p.9)*

*«Mellom linjene så opplever man jo av og til at det er akse 1 som er...det som gjelder» (1.35 p.8)*

*«Jeg tenker at i mange tilfeller og hvor det kanskje ikke kodes, hvor det skulle ha vært kodet» (2.49 p.3)*

*«Jeg opplever det (akse 5) blir mindre vektlagt, altså at det fortjener å vektlegges mer enn det den gjør» (2.6 p.2)*

Akse 5 fremstår til å være lite tematisert, problematisert og diskutert som et tema som er viktig i diagnostisk arbeid. En av informantene tok frem høring fra Helsedirektoratet fra høst-22 hvor det er varslet at hele akse 5 skal avvikles som et krav i utredning og behandling av barn. Informanten tolket dette som et tegn på en utvikling mot ytterligere medisinsk fokus i BUP, dersom dette blir en etablert praksis. To av informantene uttrykte da bekymring for en utvikling mot et mer medisinsk BUP. De frykter et BUP som mangler informasjon fra barnets kontekst.

*«worst case at man mister (akse 5), altså, og det blir sånn medikalisert og veldig sånn-sykdomsfokus. Man ser kun på symptomtrykket hos barnet og ser ikke barnet i kontekst» (1.30 p.5)*

Informantene stiller seg spørrende til om det er mulig å gi god behandling uten å se barnet utover barnets egen fremstilling av vanskene, og det de selv som behandlere observerer.

*«Vi får en bedre helhetsforståelse. Faren er at om vi slutter å kode det får man en medikalisert forståelse -sykdomsfokus der man kun ser på symptomtrykket hos barnet» (1.26 p.5)*

*«Dette går jo inn i debatten om altså en kontekstualisert utredning versus en veldig strikt psykiatrisk utredning eller medisinsk utredning og en sykdom» (1.32 p.5)*

*«Det vil være utfordrende å bare skulle måtte kode på akse 1, og at det ikke var plass for akse 5» (2.44 p.11)*

*«Mitt ønske fremover er at diagnosesystemene og her med det (akse 5) med seg. Ja, at det blir mer vektlagt, og at det får større plass da både i utredning og behandling» (2.45 p.11)*

Informantene enes om at det å ikke forstå og vurdere barnet ut fra omgivelsene fremstår som ufaglig og ut fra psykologiske perspektiver som de ikke støtter seg til. En av informantene sa det på denne måte:

*«En behandlingsplan uten akse 5 risikerer man jo å legge vekt på - altså at det er barnet som må tenke annerledes» (1.38 p.3)*

*«barn er prisgitt sine omgivelser og foreldre». (2.3 p.3)*

*«Det er viktig at det (akse 5) tydelig kommer frem en beskrivelse eller hvordan vi forstår barnet» (2.4. p.2)*

Informantene uttrykker uro for at BUP skal bli individorientert og miste fokus på barnets opplevelser og omgivelser. Dette uttrykker de med ord som medikalisert og sykdomsfokusert.

Informantene mente at akse 5 var sentralt i diagnostisk vurdering og utformingen av behandlingsplan, men pekte på institusjonelt rammeverk som legger mindre vekt på akse 5.

#### 5.2.1 Komparative opplysninger fra systemet

Informasjon om akse 5 innhentes fra foreldre, skole/barnehage, helsestasjon, skolehelsetjeneste, PPT og barnevern for å sammenlikne og forstå hvordan barnet fungerer i sine daglige omgivelser. Opplysningene ble samlet, og man forsøkte å få en oversikt, og videre sammenlikner informasjonen. De komparative opplysninger fra ulike arenaer hvor barnet ferdes gir informasjon til vurdering av diagnose og utforming av en god behandlingsplan. Informantene beskrev at de søkte både observasjon og informasjon om barnet fra arenaer som skole/barnehage, PPT, helsestasjon og samspill med familien. Informasjonen de får fra samarbeidspartnere ble beskrevet som viktig for å gi barnet et godt behandlingstilbud. De søker å forstå barnet ut fra de omgivelsene de til daglig befinner seg.

*«Det er en selvfølge å gjøre en kontekstuell utredning» (1.50 p.8)*

*«Jeg har et fokus på hva som er i omgivelsene til barnet som har behov for å være med i behandlingsplanen» (2.49 p.3)*

*«så kan det være mobbing i klassemiljøet, da må man jo prøve å få tak i skolen» (3.15 p.5)*

*«BUP har en utrolig viktig hjelp for barn med avdekking av mobbing. Man må ikke bare se ADHD symptomer» (1.44 p.7)*

*«Det krever mer tid hente inn informasjon og utredningen tar mye lengre tid.» (2.20 p.6)*

*«Jeg savner de ressurser til å jobbe i barnets miljø der det rapportertes vansker» (2.19 p.6)*

*«så kan det jo være mobbing og ting i klassemiljøet, og da må man jo prøve å få tak i skolen» (3.15 p.5)*

*«vi snakker med skolen, vi snakker med barnevern.» (3.19 p. 8).*

Innhenting av komparativ informasjon er tidkrevende og krever systematikk. To av informantene peker på at dette arbeidet og tidsbruken først innskrenkes når det er travelt og presset til å ta imot flere pasienter kommer. Informantene mener at det er ufaglig og utenkelig å utarbeide en behandlingsplan uten å samle inn og se informasjonen opp mot hverandre.

To av informantene angir at enkelte foresatte er spørrende og overasket over hvor mye informasjon som innhentes fra ulike instanser som skole, PPT og skolehelsetjeneste. Informantene viste til at foreldre samtykker til utredningen, men at foresatte ikke er innforstått med hvor grundig BUP går til verks for å innhente opplysninger og sammenlikner

informasjon og observasjon av barnet. Foresatte kan være kritisk til dette da de ikke ser hensikten med at så mye informasjon innhentes. Foresatte kan ha en forventning om å få hjelp og blir utålmodige når BUP innhenter så mye informasjon fra ulike instanser som et tillegg til det foresatte selv beskriver.

Informantene beskrev at de kan komme i situasjoner hvor BUP vurderer informasjon innhentet fra en instans på annen måte enn det instansen selv vurderer opplysningene. Et eksempel som gis er kvaliteten av samspillet i familien, hvor barnevernet gir en vurdering og BUP vurderer samspillet av en annen kvalitet. I slike sammenhenger kan det oppstå en spenning mellom de ulike offentlige aktørene i systemet rundt barnet. Et annet eksempel på denne spenningen i systemet, gitt av informant, er vurdering av i hvor stor grad mobbing i skolen påvirker en elevs skolefravær. BUP kan vurdere at opplevelsen av mobbing har stor effekt på barnets vansker og skolefravær, der skolen ikke støtter dette som mulig faktor knyttet til barnets skolefravær.

#### 5.2.2 Tverrfaglig samarbeid

Når diagnostisk vurdering er utført på bakgrunn av informasjon og egne observasjoner skal det utformes en behandlingsplan. Informantene pekte på tverrfaglighet som en nødvendighet for å iverksette gode tiltak som møter barnets vansker og på de ulike arenaer som barnet befinner seg. Barnevern, skole, kommune og hjem nevnes konkret som instanser som bidrar med tiltak inn i behandlingsplanen. Informantene peker på at ulike profesjoner møter barnet på ulike arenaer og kan gi barnet støtte ut fra kompetanse og posisjon til barnet.

*«BUP skal jo alltid bestrebe seg på å være god til samhandling» (1.56 p.9)*

*«Man skal samle de riktige folkene og da er det det riktige teamet rundt barnet» (1.58 p.9)*

*«Det er tidsånden for tiden, at alt skal effektiviseres. BUP skal utrede fort og kjapt, og fort ut. Pasientgjennomstrømning skal det være. Men hva med alt etterpå? Altså det å lage en god behandlingsplan også er ikke vanskelig, men å gjennomføre den på en god måte er vanskelig. BUP burde vært med videre ... (opphold) Vi er i et hamsterhjul og trekker oss raskt ut igjen» (1.57 p.9)*

*«Hva er det i omsorgsbetingelsene eller omgivelsene til barnet som kan ha behov for å være en del av behandlingsplanen. Mange tilfeller er det der hovedtyngden i behandlingsfokus og så blir langt der (altså i omgivelsene)» (2.49 p.3)*

Videre beskriver informantene at for å lykkes med en god behandlingsplan så kreves det at de ulike aktørene innehar en fleksibel innstilling. Gjennomføring av behandlingsplan på tvers av sektorer krever mye av den enkelte aktør. Informanten pekte på at tiltakene og ressursene er fordelt på ulike sektorer og instanser. Dette gjorde gjennomføringen av god behandling unødvendig komplisert og tungrodd. Informantene beskrev at øvrige etater, som skole, barnevern, skolehelsetjeneste og PPT, selv er presset på tid og ressurser. Dette kompliserer gjennomføringen. Informantene beskrev at de ofte er avhengige av ressurser fra andre instanser i saker hvor det forekommer avvikende psykososiale forhold. Arbeidet med å få på plass disse ressursene beskrives som komplisert og tidkrevende.

*«Ressursmangel gjør at tiltak ikke er tilgjengelig. Ofte kompetente folk rundt barna, men ikke menneskelige ressurser og økonomiske ressurser» (1.61 p.10)*

*«Lett å tenke tiltak (i behandlingsplan) - vanskelig å gjennomføre» (1.63 p.10).*

*«Ja er det f.eks. psykisk syke foreldre, Ja og da blir det jo at det tiltaket som andre må iverksettes» (3.18 p.5)*

### 5.3 Biopsykososiale modell som rammeverk

Det andre temaet som trådte som stod frem var at informantene sitt arbeid tar utgangspunkt i den biopsykososiale modell. Informantene blir ikke direkte spurt om de jobbet etter en spesifikk modell. Alle tre informanter nevnte likevel den biopsykososiale (BPS) modellen direkte eller tok frem begreper fra modellen. Informanten som benevnte modellen direkte pekte mot BUPs styringsdokumenter, hvor BPS blir satt som modellen man skal jobbe etter i BUP. De to andre informantene brukte begreper som «utløsende, opprettholdende og risikofaktorer» som er fra BPS modell. Informanten brukte «oppretholdende faktor» i sammenheng med diagnostisering av ADHD. Pågående mobbing mot et barn vil være en «oppretholdende faktor» av ADHD symptomene. Dersom mobbing ikke blir adressert vil f.eks. medisinerer ha lite effekt. Tiltak som ble satt inn kan bli evaluert som å ha ingen effekt, men da på feil grunnlag fordi man ikke har kartlagt «oppretholdende faktorer» i barnets omgivelser.

*«Jeg synes det er viktig å vektlegge den delen når man skal gjøre en diagnostisk vurdering, og at det er viktig å få frem det i barnets miljø som er utløsende inn på de vanskene barnet har» (2.11 p.4)*

*«Hovedutfordringen er at systemet krever akse 1, og hva når det er så mye på akse 5» (2.28 p.8)*

*«Jeg har alltid med meg risikofaktorer, sårbarhetsfaktorer, opprettholde faktorer, ja det biopsykososiale modell» (3.25 p.7)*

To av informantene tok frem at ulike profesjoner innen BUP legger ulik vekt på de tre aspektene av BPS-modellen. Informantene pekte på helsemyndigheters krav om å sette en psykiatrisk diagnose, akse 1, for å kvalifisere for hjelp fra BUP. Krav om å sette en psykiatrisk diagnose for å få hjelp fra kompetansen i BUP problematiserer av informantene fra små kommuner. De pekte på at kompetansen ikke eksisterer i andre instanser enn hos BUP. De problematisere kravet om en psykiatrisk diagnose bl.a. med dette utsagn:

*«Noen ganger er det såpass store psykososiale vansker at det ikke ville være riktig å sette en diagnose hos barn» (3.11 p.3)*

Videre ble det sagt at det det psykososiale fokus oppleves som «annenrangs arbeid» sammenlignet med de øvrige aksene: psykiatrisk diagnose, utviklingsforstyrrelser og somatiske tilstander. En annen informant illustrere dette med dette utsagn:

*«ja, altså mellom linjene så opplever jeg at akse 1 som er altså det som gjelder» (1.63 p.11)*

Informantene sa de ønsket seg et annet system handlingsrom for diagnostisk arbeid der man tar utgangspunkt i de avvikende psykososiale forholdene for barnet, identifisere disse vansker først, avhjelpe dem og deretter vurdere om barnet fremdeles kvalifiserer for en psykiatrisk diagnose.

Alle tre informantene problematiserer at de seks aksene i det multiaksiale system ikke brukes likestilt, men at de psykiatriske symptomene har forrang når man skal avgjøre om et barn kvalifiserer for hjelp fra BUP.

Krav om pasientgjennomstrømning står sterkt i deres arbeidshverdag. Det å kartlegge alle aspekter ved barnets liv tar tid. Informantene opplever at fokuset hos BUP ligger på de bio- og psykologiske aspektene, og minst på det kontekst og omgivelser.

### 5.3.1 Opprettholdende og utløsende faktorer

Gjennom intervjuet tok informantene begreper fra BPS modell som opprettholdende og utløsende faktorer for barnets vansker. De beskrev at de ønsket å gjøre en identifikasjon av opprettholdende og utløsende faktorer med mål om å forstå barns kontekst. I styringsdokumentet (WHO, 1994 /2008) til avvikende psykososiale forhold er sammenfallende med faktorer som også kan benevnes og identifiseres som opprettholdende og utløsende faktorer for vansker hos barn i BPS modell.

Informantene beskrev viktigheten av å forstå hva som er med på å utløse vansker hos barn. Dette handler om å identifisere mobbing, tematiserer foreldrestil og samspill i familien, og ikke minst å kartlegge hendelser i barnets liv som kan ha utløst vanskene. Videre kan identifisering og tematisering av øvrige familiemedlemmers sykdom være viktig for å forstå faktorer som kan være både utløsende og opprettholdende for barnets vansker.

Informantene mener diagnostisk vurdering og behandlingsplan og epikrise ikke blir bærekraftig dersom identifikasjon av utløsende faktorer ikke er gjort. Dette eksemplifiseres gjennom følgende utsagn:

*«Når man sender ut rapporter og epikrise er det mye fokus på akse 1 og vurderingene rundt det, kanskje mindre grad skrevet om akse 5» (2.33 p.9)*

*«Man risikerer å bomme på intervensjonene på en måte, eller ting (behandlingsplan) vil ikke fungerer fordi man ikke har jobbet med opprettholdende faktorer. Også i kommunikasjon med andre i epikrise o.l. må denne forståelsen bli med barnet» (3.9 p.3)*

To av informantene problematiserer at sensitiv informasjon om barnets familiemedlemmer føres i barnets journal. De stiller spørsmål ved om det er etisk riktig å nevne søskens funksjonsnedsettelse eller foreldres psykiske helse i journal og/eller gjennom koding av akse 5. De anerkjenner at disse forholdene i en familie kan være både *oppretholdende og utløsende* for barnets vansker, men peker likevel på sin iboende kritiske stemme som sier at familiemedlemmers helseinformasjon ikke bør føres inn i barnets journal. Denne problemstilling berøres også under tema 5.4.

Informantene pekte på etiske overveielser *om hvilke* opprettholdende og utløsende faktorer som er godt nok dokumentert for at de kan kvalifiseres som en utløsende faktor. Dette eksemplifiseres gjennom å tematisere koden «psykisk syk forelder». De stiller seg spørrende



til hvor syk mor må ha vært for at det skal defineres som en utløsende faktor. Er det nok å være deprimert i to uker og sykmeldt, eller må mor ha også ha en psykiatrisk diagnose for at det kan betegnes som en opprettholdende eller utløsende faktor for barnets vansker? Dette gir ikke informantene svar på, men er spørrende til hva som er riktig.

Informantene beskrev foreldrefunksjonen som den faktor som oftest blir definert som opprettholdende og utløsende for barnets psykiatriske symptomer. De sa at dette er det vanskeligste å tematisere. Informantene opplevde dette som ømtålig tema og de spør seg hvorvidt de legger stein til byrde på foreldre. De sa de hadde en vegring mot å dømme foreldrestil.

### 5.3.2 Komplekst å formidle vurderingene

Jeg forstår informantene til å støtte seg til BPS-modellen. De beskrev at det er komplekst å formidle egen vurdering av barnet når styringsdokumenter, foresatte og samarbeidspartnere har annen kunnskapsforståelse om psykiske vansker. Gjennom analysen av informantene svar kom det frem at de opplevde utfordringer med å kommunisere ut egen forståelsesmodellen til foreldre og enkelte samarbeidspartnere. Informantene beskrev at enkelte samarbeidspartnere og foreldre har en bestilling til BUP om å gi barnet verktøy slik at barnet kan komme seg ut av vanskene. To av informantene beskrev en forventning fra skolesystem og PPT om å gi en psykiatrisk diagnose. De opplevde dette som problematisk ut fra faglig ståsted som psykologspesialist i barne- og ungdomspsykiatri. De kunne se for seg at andre tiltak som familierapi, støtteundervisning, foreldreveiledning eller avlastningstiltak ville vært relevant. De ønsker tiltak inn i barnets kontekst, og ikke individuell intervensjon.

*«Det er jo en forventning om at man skal kode alle aksene, men akse 1 får stor plass, og at det er lite forståelse om dette (akse 5)» (2.50 p.7)*

*«jeg opplever å få reaksjoner om å være vag, eller at det blir liksom...at man kun fokuserer på miljøet rundt barnet... Ja, noen kan tolke det som en liksom vegring mot å sette en mer alvorlig diagnose på akse 1» (2.38 p.10)*

*«Opplever en del utålmodighet og også forså vidt fra skole og andre instanser rundt barnet på å finne en diagnose. Men hva er liksom en diagnose da?» (2.42 p.10)*

*«foreldre som er sårbare av ulike grunner og kanskje ville kunne ta seg veldig nær av det (\*akse5)» (2.35 p.9)*

*«Foreldre ville hatt motstand, og spesielt de foreldre som er veldig tydelig på at vår relasjon den er helt fin. Og alt er fint her hjemme. Men det er barnet som sliter og det må dere fikse på» (2.36 p.9)*

Videre beskrive informantene et etisk dilemma ved å tematisere f.eks. foresattes egne psykiske vansker når foresatte selv ikke har en forestilling om at deres vansker har en innflytelse på barnets vansker. Dette erfares og beskrives på ulike måter. Blant annet peker de på opplevelsen av å være moraliserende og invaderende ved påpeke at foreldres vansker har betydning for barnets vansker. Foresatte har samtykket til utredning etter egen forståelse om at barnet er sykt. Informantene spurte retorisk hvorvidt BUP er i posisjon til å adressere foresattes vansker dersom de selv ikke ser seg selv som en faktor inn i barnets vansker. Informanten beskrev det som krevende når foreldre ikke evner eller ønsker å se på eget bidrag knyttet til barnets vansker.

*«Foreldre som på en måte ikke vil erkjenne helt at det (egen sykdom) går ut utover barnet» (3.28 p.7)*

*«Man vil jo tematisere det så da vil det ikke komme som en bombe, men det er en type kode som vil være svært vanskelig å skriv inn» (3.31 p.8)*

Informantene beskrev en bekymring for at barns livsproblem skal bli sykeliggjort og kodet som psykiatriske tilstander fordi foresatte, samarbeidspartnere og helsemyndigheter legger mest vekt på den siden av et barns vansker. To av informantene var tydelig på at det er vanskelig å kommunisere hvordan barnet blir møtt og hva det har opplevd, noe som i seg selv kan være utløsende og opprettholdende for vanskene. Informantene beskrev forventning om en psykiatrisk forklaring både fra de eget rammeverk og fra pårørende, skole og PPT.

#### 5.4 Diagnostisk kodeverk og journal

Informantene uttrykket at de er en del av en arbeidskultur som støtter opp under å kode akse 5, avvikende psykososiale forhold, i diagnostisk arbeid og behandlingsplan. De pekte på at styringsdokumenter (Helsedirektoratet, 2008) krever at hele det multiaksiale kodesystem blir brukt i diagnostisering, og de og deres kollegium utfører vurderingene etter gitte retningslinjer. To informanter oppga at «når helsemyndighetene krever det så følger man retningslinjene». Styringsdokumenter og helsemyndigheters signaler har en klar og tydelig innflytelse på vurderingene som ble gjort av informantene. Informantene sier at det er ulike kulturer på arbeidsplassen over tid og at dette beror mye på hvilke profesjoner som er i ledelsen. Informantene sier ingenting om hvilke profesjoner dette gjelder.

Informantene pekte på at det er psykiatriske diagnoser, akse 1, som har størst fokus både i vurderingen, lokal fagutvikling og veiledning. En av informantene oppgir at arbeidet rundt akse 5, oppleves som et annenrangs arbeid. Informanten opplever at det å diagnostieres og vurderer et barn ut fra akse 1, psykiatriske diagnoser, er det prioriterte og viktigste arbeidet i BUP.

*«det er mer utfordrende å sette en diagnose på akse 1 når det er mye på akse 5 fordi jeg synes det er vanskelig å skulle liksom tillegge barnet noe eller en diagnose når det er så mye i barnets omgivelser» (2.27 p.8)*

*«ja, i journalsystemet og sånt så er det akse 1 som har forrang foran andre akser. Ja, tenker at i mange tilfeller ikke burde vært. Akse 5 burde vært hovedmål, hovedaksen» (2.22 p.7)*

Informantene pekte på at dersom et barn har betydelig uttalte vansker på akse 5, men ingen klare symptomer på psykiatriske diagnoser, så er dette et eksklusjonskriterium for inntak i BUP. De stiller seg kritisk til at BUPs prioriteringsveileder som angir at uten psykiatriske symptomer så kommer barnet ikke inn til utredning. Dette eksemplifiserer de gjennom barn som er utsatt for overgrep eller er pårørende etter foresattes selvmord. Disse får med dagens retningslinjer ikke hjelp fra BUPs ekspertise før de har utviklet psykiatriske symptomer.

Informantene peker på at egen praksis og vurderinger knyttet til hvordan de bruker det multiaksiale diagnosesystemet og aksene har endrer seg over tid. Praksis og vurderinger er påvirket av veiledere, kurs og hvilke profesjoner de jobber tett med. To av informantene nevnte spesifikt at de har hatt familieterapeuter som veiledere, eller har hatt praksis i familievernet. De beskrev denne erfaringen som avgjørende for deres fokus på barnets vansker utover beskrevet

*«Det er en slags kvalitetssjekk. Vi henter informasjon fra (ramser opp).. Akse 5 er et sted man også kan oppdage blindspots eller oppdage at det er noe vi ikke har spurt om eller sjekket ut» (2.12 p.4)*

#### 5.4.1 Helseinformasjon fra øvrige familie

Informantene stilte seg spørrende til praksis om å kode og vurdere avvikende psykososiale vansker som faktisk betyr at man må skrive inn informasjon i barnets journal om andre enn barnet selv. To av informantene mente det er etisk problematisk/ubekvem å skrive om foreldres psykiske helse i barnets journal. Før de skrev det inn så vurderte de foreldres

mulige negativ reaksjon. Foreldre kan ha fortalt om sitt strev i tillit, og ikke vært innforstått med at dette har betydning for hvordan denne informasjonen kommer inn i vurderingen av barnets diagnoser og utformingen av behandlingsplanen.

*«kanskje i forhold til å få reaksjoner fra foreldre eller omgivelser kan jeg la være å kode» (2.4 p.5)*

En av informantene beskrev at det veies for og imot om helseinformasjonen skal kodes og skrives inn i journal. Det oppleves som mer bekvemt å gjøre dette med f.eks. kreft, mens foreldres psykiske helsetilstand er mer krevende å skrive inn. To av informantene bruker begrepet «etisk forsvarlig».

*«Jeg bekymrer meg for tredjehåndsproblematikk. Psykisk eller fysisk syk funksjonshemmet søsken. Man skal altså kode søsken! Skal det stå i barnets journal?» (1.35 p.6)*

*«Etiske overveielser er det verdt å ta med liksom, eller det grunn til å ikke ta det med. ... men det er jo viktig at det blir med. F.eks. sykdom hos foreldre. Kan være vanskelig for foreldre at det står (\* i barnets journal)» (3.5 p.2)*

*«taushetsplikten gir utfordringer med hva som skal stå der» (3.41.p.2)*

Informantene beskrev det som ekstra utfordrende å skrive dette ned i journal i saker der foresatte har uttrykt at de ikke mener at deres helseutfordringer har betydning for barnet.

En av informantene pekte på at det er mindre krevende å skrive om foreldres helsetilstand i journal, fremfor å lage en kode av samme tilstand i akse 5.

#### 5.4.2 Kodesystemets mangler

Informantene var entydige på at retningslinjer og kodesystemet for akse 5 er mangelfullt og krevende, noe som vanskeliggjør tilfredsstillende koding av akse 5. Dette eksemplifiseres ved at kodesystemet har et udatert språk, og som ikke rommer dagens språk om ulike familiekonstellasjoner. En informant spør retoriske om «avvikende foreldrestil» er noe annet i dag enn i 1994? En av informantene stiller seg spørrende til om det å være enslig forsørger kan kvalifisere som avvikende foreldreskap i dagens samfunn. De sa at kodesystemet er vanskelig og favner ikke de nyansene man står i kulturelt i 2023. Informantene pekte på at språket i kodesystemet er verdiladet, og informantene erkjente at de lar være å bruke kodene da de ikke rommer dagens standard om verdinøytralitet.

*«Det er flere som reagerer på at språket er litt sånn gammeldags» (1.8 p.3)*

*«Selve ordformuleringene kan virke verdiladet» (1.7 p.3)*

*«Da kan man jo eventuelt spørre seg om kodene man har favner alt man burde» (3.12 p.4)*

*«altså ordlyden i de kodene er noen ganger ikke helt det man synes er riktig» (3.37 p.10)*

Informantene opplever kategoriene i akse 5 som lite klare, og at det er stort rom for skjønn. De opplevde det som komplisert å innta egen vurdering inn i den enkelte kategori. De erfarer at det er få klare definisjoner på hva som er innenfor i den enkelte kategorien. Kodesystemet oppgis å virke tilfeldig og lite gjennomtenkt. I tillegg til at kodesystemet oppleves vanskelig tilgjengelig, er det ingen felles fagdebatt eller veiledning fra helsemyndigheter om hvordan man kan vurderer de ulike kategoriene.

*«Det er noe med kategorier. Hva betyr det egentlig å være en overbeskyttende foreldre eller inadekvat foreldrestil. Det er jo så ulikt mellom kulturer. Hva med urbefolkning? Er det kulturnøytralt?» (1.12 p.3)*

*«det må jo være valide kategorier for uansett om du bor i India eller på vidda» (1.34 p.5)*

*«Kategoriene er ulne. Da lar man heller være å kode for å være på den sikre siden. Kanskje er det dumt for da går man glipp av viktig informasjon når man ikke tørr å kode det» (1.54 p.8)*

*«det er litt sånn på vurderinger på hvor alvorlig det er, eller hvor mye det (\*avvikende psykososiale forhold) har å si. Om det faller innenfor de kriterier eller ikke» (2.4 p.3)*

*«Det er sånn der grenseoppgang – sånn skal man kode eller skal man ikke kode. Hvor stor må belastningen som går utover barnet. Ja, det blir en avveining» (3.38. p.10)*

Informantene mente at det å tematisere f.eks. foreldrefunksjon i en veiledning og dokumentere dette i journal er ukomplisert. Derimot vil det å benevne det med en kode fremstå som et hardere fakta og vanskeligere for både barnet og foreldre. Kodesystemet i seg selv kan stoppe til å kode f.eks. foreldrestil.

*«Det kommer liksom «right in your face» når det er kodet med «psykisk syk forelder». Ja det blir litt sånn fagetisk greier som er vanskelig» (1.17 p.3)*

*«det oppleves som å legge stein til byrde å kode «psykisk sykdom hos foreldre» inn i barnets journal.» (3.39 p.10)*

*«...Gi mer skyldfølelse til foreldre eller jeg vet ikke. Jeg veier seg frem og tilbake og kanskje ender opp med å ikke kode på det» (3.40. p10)*

Analysen av informantene har gitt oss et innblikk i deres vurdering. I neste avsnitt drøftes et utvalg av sentrale tema som kom frem i analysen.

## Kapittel 6 Drøfting av temaet

Med utgangspunkt i kritisk realisme som vitenskapsteoretisk ståsted drøftes tre hovedtema sett i sammenheng med undertema, som kom frem i analysen av datainnsamlingen.

Drøftingen sees i lys av forskning presentert i kapittel to, samt profesjonsteorier, litteratur, styringsdokumenter og rapporter presentert i kapittel tre.

### 6.1 Avvikende psykososiale forholds betydning.

Det første hovedtema og undertema viser at det er avgjørende for informantene å innhente i opplysninger om avvikende psykososiale forhold fra barnets omgivelser og kontekst i diagnostisering og utforming av behandlingsplan. For å gi barna god hjelp må behandlingsplanen gjøres i en tverrfaglig regi.

Lorås og Hertz (2016) har diskutert hvordan det multiaksiale system med seks akser kan anvendes. I denne diskusjonen hevder Lorås at akse 5 gir et mulighetsrom for systemiske intervensjoner. Hertz mener akse 5 er en del av det lineære forståelsesramme/ biomedisinsk, og som begrenser forståelsen av informasjonen. Denne faglige debatt er utgangspunkt for å drøfte første tema.

Avvikende psykososiale forhold drøftes ut fra to perspektiv. Først fra informantens posisjon og de rammeverk vurderinger utføres under. Deretter ut fra hvilken forståelsesramme barnet vurderes under.

#### 6.1.1 Institusjonelle rammeverk

Det kom frem av intervjuene at informantenes vurderingers blir styrt av styringsdokumentenes krav og retningslinjer (Helsedirektoratet, 2008, 2015a; WHO, 2008). Videre påvirker ledelse og arbeidskultur informantenes faglige posisjonering og valg. Informantene beskrev en forventning til BUP om å først og fremst å vurdere barnets psykiatriske symptomer, og at avvikende psykososiale forhold er lite tematisert. Et poeng i Walsh (2019) sin forskning er at avvikende psykososiale forhold har stor prediktiv effekt på helse, men får lite praktiske og kliniske følger. Dette stemmer overens med mine funn ved at informantene reflektere over egne vurderinger og opplevelsen av hvor lite avvikende psykososiale forhold er tematisert. I denne diskusjonen dreier det seg også om «hva er oppgaven til spesialisthelsetjenesten og hvem skal gjøre hva». Prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet, 2015a) sier at «*det er individets situasjon og belastning som skal tillegges vekt, og ikke spesifikke hendelser i barnets liv*». Med disse retningslinjene er det forståelig at

informantene beskrev signaler fra ledelse og styringsdokumenter om at avvikende psykososiale forhold skal tas mindre til følge i diagnostisk vurdering og i behandlingsplan.

I Helsetilsynets tilsynsrapport (2015) fremkom det at mange barn og unge i BUP har sammensatte problemer. Rapporten pekte på at en forutsetning for å kunne gi disse pasientene god og tverrfaglig behandling er at nødvendig informasjon samles i pasientjournalen, og at det kommer frem hvilke vurderinger som er gjort og hvilke konklusjoner som er trukket. Helsetilsynet fremhevet at ledere fulgte for lite med på tjenestene barn og unge fikk, og at uforsvarlig praksis ikke ble rettet opp. Tilsynet trekker spesielt frem barn og unge med sammensatte problemer. Jeg forstår Helsetilsynet dithen at de sikter til barn som har flere vansker på akse 5. Tilsynsrapporten bekreftet det informantene pekte på ved at akse 5 bør vektlegges mer i forståelsen og vurderingen av barn. Diskrepansen mellom det vi vet om hva som er av betydning for psykisk helse fra blant ACE-studiene (Bertheussen et al., 2011), og den manglende kliniske og praktisk følger denne kunnskapen har (Walsh et al., 2019) (Fonagy et al., 2019) samsvarer med informantene beskrivelser av BUPs rammebetingelser.

BUP veileder (Helsedirektoratet, 2008, p. 23) sier at *«for å oppnå et godt behandlingstilbud er det avgjørende at tjenesteutøvere i hver enkelt enhet er oppmerksom på sammenhengen mellom egen innsats og innsatsen i øvrige behandlingnettverk.»* Kravet om å forstå og forholde seg til systemene som barnet er en del av ligger i BUPs rolle. En av informantene påpeker at kravet om pasientgjennomstrømning og rask utredning er til hinder for samarbeid med andre instanser og innhenting av informasjon fra ulike systemer. Dette fremstår som et krysspess og en vanskelig faglig posisjon å stå i. Aamodt sin feltstudie fra BUP (2014)s viser også at institusjonelle rammebetingelser og den praktiske yrkesutøvelsen i tverretattlig samarbeid, gjør det vanskelig å møte barn med store vansker på akse 5.

Etter en drøft av institusjonelle rammeverk innflytelse på vurderingen, vil hvilke forståelsesrammer barnet synes å bli vurdert i drøftes.

#### 6.1.2 Barnets symptomer satt i en kontekst

Informantene innhentet opplysninger fra andre instanser og dette er viktig for innholdet i behandlingsplanen og diagnostisk vurdering. Med et systemisk blikk (Bateson, 1975) (Ulleberg, 2014) ser man individet i omgivelsene, og omgivelsene i individet. En forståelsesramme hvor omgivelsene er konteksten for vekstvilkår, eller grunnlaget for

hvordan vi vokser eller stagnerer eller ikke vokser i det hele. Denne forståelsesrammen vil blant annet søke informasjon om feedbacksløyden. Ut fra en slik forståelse vil barnets handling eller atferd være påvirket av hvorvidt det møtes med en positiv eller negativ feedback (Torsteinsson, 2019, p. 19). Positiv feedback fører til endring og negativ feedback til ingen forandring eller stabilitet. Samspillet ut fra et slikt perspektiv består av negativ og positiv feedback og utgjør sirkulære samhandlingsmønstre. Det vil si at handlinger forsterkes eller reduseres ut fra responsen den gir. Denne sirkulære forståelsen av samspill er en annen måte å forstå menneskelig kommunikasjon og skille ser i fra en årsak-virkning-forståelse (lineær). Informantene synes å søke informasjon fra barnets omgivelser og barnets fungering i omgivelsene, men da mer som årsaksforklaring til barnets fungering der de søker konkret informasjon om observasjoner av barnet. Informantenes utsagt synes å stå i motsetning til Watzlawick (1967) som utfordret til å se atferd eller symptomer som en form for kommunikasjon. På den måten ser man symptomer som en indikasjon på behov for endring, ikke bare for individet, men for systemet.

Når informantene snakket om kontekst, helhet og omgivelser søker de opplysninger om barnets fungering i omgivelsene. Informantene beskriver at de søkte opplysninger om barnets fungering i omgivelsene. Det fremkommer ikke at barnets vansker sees i et systemisk perspektiv, men et individuelt perspektiv. Richards (2013) har vist til at klinikere kan undervurdere tilstedeværelsen av psykososiale faktorer hos barn med en ADHD-diagnose, og mener videre at det er mindre sannsynlig at de etterspør og ser muligheten for omsorgssvikt eller misbruk når barnet har en ADHD-diagnose. Det er ikke usannsynlig at dette også kan gjelde andre diagnoser. Med systemiske briller vil man f.eks. med et barn med store utfordringer i skolesituasjonen søke informasjon etter kunnskap om feedback begrepet. Informantene synes som å tolke barnets fungering og søker informasjon om avvikende psykososiale forhold, men ikke som en del av den sirkulære samhandling (Torsteinsson, 2019) Et av Bateson sine kjernebegrep er «forskjell» (Bertrando, 2019). Bruken av dette begrepet kan være en av familierapiens styrke, fordi man her alltid vil søke etter det det som skiller seg fra det vi forventet og trodde. En forskjell som utgjør en forskjell, og som kan være starten på endring av en vanske (Bertrando, 2019). Informantenes gjengivelse av hvordan de innhentet informasjon kan mer tyde på at de søkte etter opplysninger som kunne bygge opp under, eller gi «tilstrekkelig informasjon» til å sette en psykiatrisk



diagnose. Det kan synes som om de har et analytisk lineært perspektiv med søkelys på risiko og symptomer. Dersom man hadde hatt en systemisk forståelse av årsaksforhold i menneskelige sammenhenger, er det først og fremst relasjoner mellom mennesker som er gjenstand for tenkning, begreper og praksis (Bertrando, 2019) . Dagens helsevesen fremstår i dag til å bygge på ideen om lineære årsaksforhold og enkeltmennesket som gjenstand for undersøkelse og behandling (Jensen 2009).

Informantene ser bort ifra at barns erfaringenes gir innflytelse på barnet og fremhever dette i ulike sammenhenger. Informanten sier at BUP har en viktig rolle i for eksempel dersom barnet blir mobbet på skolen, det å se om barnet er en syndebukk i klassemiljø, og samtlige tematiserer foreldrestil som opprettholdende for barns vansker. Betydningen av barns erfaringer og faktiske følger det får, også biologisk synes viktig (Getz et al (2011). Getz sier at videre at dette bør taes til følge hvis medisinen skal kunne bidra til vesentlige fremskritt i folkehelsen. Informantene ser dette ansvaret, og er opptatt av å være med å skape gode livsbetingelser for barna. Lorås (2021) mener på at psykisk helsevern har beveget seg bort fra å se på helse som noe komplekst til å ha blitt erstattet av reduksjonisme. En reduksjonisme han mener kommer til uttrykk i form av overdrevent fokus på utredning og diagnostisering.

## 6.2 Den biopsykososiale modellen betydning i vurderingen

BUP veileder (Helsedirektoratet, 2008) understreker at alle seks akser skal sees under ett når diagnosene settes. Pasienters vansker skal utredes på seks akser og det skal settes diagnose der behandler ser vansker. Et tverrfaglig team vil stå for utredning og diagnostisering. BUP veileder (Helsedirektoratet, 2008) viser i sin innledning til at BUP jobber etter den biopsykologiske modell (+ pedagogisk perspektiv som er Helsedirektoratets tillegg). Informantene ga uttrykk for å hente støtte for sine vurderinger ut fra de gitte retningslinjer.

### 6.2.1 Hvordan kan den biopsykososiale modell bidra med forståelsen av barn?

I prioriteringsveileder (Helsedirektoratet, 2015a) heter det «*individets situasjon og belastning som skal tillegges vekt, og ikke spesifikke hendelser i barnets/ungdommens eller familiens liv*»... Videre vises det til : «*Den forventede nytten av helsehjelpen vil avhenge av problemets karakter, forhold ved barnet selv, eller forhold ved barnets familie/foresatte.*»

Disse formuleringene kan forstås slik at barnets vansker til å bringe barnets vansker ut av konteksten de eksisterer i, og at det vektlegges barnets egne symptomer. En av

informantene uttrykker det på denne måten: «*worst case at man mister (akse 5), altså, og det blir sånn medikalisert og veldig sånn- sykdomsfokus. ... Man ser kun på symptomtrykket hos barnet og ser ikke barnet i kontekst*» ....sa videre at «*dette kan være med på å sykeliggjøre normale responser på vanskelige opplevelser og skadelige livsbetingelser*». BUPs prioriteringsveileder (Helsedirektoratet, 2015a) synes ikke å ta høyde for åpenbare sammenhenger mellom helse, og større, samfunnsrelaterte forhold vist i store folkehelseundersøkelser (Bertheussen et al., 2011) (Walsh et al., 2019). I den sammenheng er det grunn ta frem informantene forståelse av barns vansker. De mente det barnets vansker kunne aleine vært forstått utfra psykososiale forhold. De pekte på egen arbeids kontekst i BUP krever rammeverket at de må gi barnet en psykiatrisk diagnose. Samtlige informanter problematiserte denne praksis. I retningslinjer for akse 5 (WHO, 2008) er det som nevnt tidligere ni kapitler. I kapittel fem i retningslinjene er det beskrevet «*urolig klassemiljø*» og kapittel seks som peker på «*akutte livshendelser*». Sammenliknet med hvordan WHO beskriver bruk av akse 5 , vurderes dette til å ha fått begrenset plass i BUPs styringsdokumenter (Helsedirektoratet, 2008, 2015a). Derimot har informantene støtte fra Helsetilsynet (Statens helsetilsyn, 2015) og en rapport som faktisk er produsert fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2015b).

Informantene innhenter informasjon og søker forståelse av barnet i konteksten. Informant sa «*Jeg har et fokus på hva som er i omgivelsene til barnet som har behov for å være med i behandlingsplanen*» (2.49 s.3). Denne søken etter fremstår mer å komme fra en analytisk posisjon for å vurdere de psykiatriske symptomene. Denne måten bruke den BPS-modell har fra dens kritikere pekt på. Det er blitt uttalt at modellen har blitt brukt lineær og hierarkisk (Johnsen & Torsteinsson, 2012b). Hierarkisk i den forstand at i den fokuserer på rekkefølgen ordene står i modellen, og ikke som en sirkulær sammenheng slik Engel opprinnelig utformet modellen. Det er en utfordring å få de tre perspektivene i BPS modellen til å høre sammen. (Ekeland, 2021b) sier at det sosiale aspekt ikke er blitt integrert i dagens bruk av modellen.

Informantene tok frem at barnets alder er en variabel i hvilken grad de søkte opplysninger ut fra avvikende psykososiale forhold. Dette kan tyde på vurderingene er mer individrettet når barnet når det når ungdomsalder. Informantene peker på lovverket om barns rett til å eie egen helseinformasjon fra de er 16 år. Det kan være flere mulige forklaringer at alder brukes som argument. En av dem kan være funn fra Aamodt sitt feltarbeid i BUP (2014) som tok

frem BUPs kapasitetsutfordringer. Det er likheter mellom disse funnene og det informantene beskriver om å identifisere og forstå opprettholdende og utløsende faktorer i barnets omgivelser som både krevende og ressurskrevende. Analysen av data underbygger at informantene bruker BPS modellen, samtidig som de peker på at innhenting av opplysninger som krevende. En mulig forklaring på at alder er en faktor er at informantene ikke har en systemisk forståelse av barns vansker. Poenget som ønskes synliggjort er at i systemisk tenkning er ikke alder en faktor, men en grunnleggende tenkning om å forstå all atferd hos mennesket (Torsteinsson, 2019). Kapasitetsutfordringer er også en mulig forklaring på hvorfor 68 % av barn ifølge BUP sine aktivitetsdata (Helsedirektoratet, 2022) ikke ble kodet på akse 5. På bakgrunn av mitt datagrunnlag støtter det opp under at BPS-modellen praktiseres i BUP, men at den nødvendigvis ikke er synlig i aktivitetsdata fra BUP.

Priest (2021) anfører systemiske behandlere bør innlemme biologiske og biografiske opplysninger med pasienter med komplekse, omfattende og behandlingsresistente sykdomsuttrykk. Her støtte jeg meg til Priest (2021) og Fanali et. al. (2022) som mener tiden er moden for å bygge broer mellom nevrovitenskap, humaniora og samfunnsvitenskap. Det er grunn til å tro at BPS-modellen gjeninnført i sin systemtenkningsbakgrunn kan gi oss bedre grunnlag for å hjelpe barn. Kunnskap fra BPS-modellen i sin opprinnelige forstand med systemtenkning støtter opp under at sosiale problemer primært handler om relasjoner, i fortid og nåtid, mellom barnet og signifikante andre i en kontekst. Artikkelen «Passer den medisinske modell i psykisk helsevern» (Vedeler 2016) tar fram at systemtenkning bør være en del av psykisk helseverns egenart, og at dette utfordrer tjenestene til å utforme tjenesten ut deres egne premisser, og ikke ta den medisinske modellen for gitt.

Prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet, 2015a) peker på at det er barnets symptom som skal tas hensyn til, og ikke helheten. I den sammenheng henvises til «Kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialt arbeid» (Jensen, 2009a). Jensen stille seg spørrende om vi i vår fagkultur har blitt mer opptatt av egenskaper i mennesket og dyr, enn av relasjonene *mellom* menneskene og *mellom* dyrene. Jensen hevder at begrensingen til den lineære forståelsen av mennesket kan bli å jakte etter å forstå og forklare individet, og at dette gjør at vi har mistet kunnskap om relasjonen mellom mennesker, og mennesker og dets miljø. Det er god grunn til å tro at informantene har en forståelse av hvordan det psykososiales bidrag bidrar til utviklingen av ulike vansker hos barn. en det fremstår som om

de har en sterk ytre forventning om å gi barnet en psykiatrisk diagnose. Den ytre forventning om å gi barnet en psykiatrisk diagnose kan gjøre det komplisert å formidle deres vurdering av hvordan avvikende psykososiale vansker er en viktig faktor.

#### 6.2.2 I et krysspress av ulike syn på psykiske vansker

I utredning av barns psykiske vansker viser informantene til flere utfordringer som påvirker deres formidling av vurdering av barnet. Foresatte og andre samarbeidspartnere kan ha en annen kunnskapsforståelse om psykiske vansker. Gjeldene styringsdokumenter og praksis i BUP, forskning, samarbeidspartnere og foreldre utgjør alle faktorer som kan påvirke den endelige vurderingen av barnets vansker.

#### Styringsdokumenter og praksis i BUP

Informantene anvender den biopsykososiale modell i sine vurderinger. I Nasjonale retningslinjer for BUP er et av premissene at barns vansker bør utredes i lys av familie og nettverk (Helsedirektoratet, 2008). Etter Lov om folkehelse (2011) skal psykososiale forhold settes på dagsorden i et folkehelseperspektiv, og lovverket setter søkelys på sammenhengen mellom helse og sosial ulikhet i befolkningen. Forskning (Haug et al., 2021) (Barboza Solís et al., 2015) peker på at det er behov for utvikling av mer tilpassede folkehelseiltak, både på samfunns- og individnivå. Folkehelseundersøkelser viser en sterk korrelasjon mellom helse og avvikende psykososiale forhold (Bertheussen et al., 2011). Dersom vi legger til grunn informantene informasjon om manglende tematisering av avvikende psykososiale forhold, deres bekymring for å «sykeliggjør livsproblem», samt en vektlegging av akse 1, psykiatrisk diagnose, er det grunn til å stille seg spørrende til om BUP legger tilstrekkelig vekt på barn i kontekst.

Verdien av å være oppmerksom på sårbare barn ser man også i BUP veileder (Helsedirektoratet, 2008), men i prioriteringsveilederen (Helsedirektoratet, 2015a) er det søkelys på psykiatriske symptomer, selv om det kan være gode grunner til å hevde at avvikende psykososiale forhold har en betydning for barns helse (Caspi et al., 2014; Walsh et al., 2019). Det er da på sin plass å nevne en av informantenes forslag til endring i BUP styringsdokumenter. Hun foreslår at «*vi bør snu aksene, begynne med akse 5, jobbe med dette. Deretter kan vi vurdere hva som står igjen av psykiatriske symptomer hos barnet*». Dette forslaget støttes også opp i forskning (Jairam & Walter, 2014), som i sine funn påpeker at det bør settes inn tiltak for å hjelpe barnet til å begynne å fungere bedre på alle områder.

Richards (2013) peker på behov for en bredere tilnærming til ADHD og utfordrere feltet på å ikke miste de psykososiale forhold av syne. Fonagy (2019) har stilt seg kritisk til om psykopatologimodellen har underkjent hvordan sosiale erfaringer og strukturelle ulikheter har betydning for psykisk helse.

I boka «Krenkede barn bli syke voksne» (Kirkengen & Næss, 2021) vises det til den engelske filosofen Miranda Fricker som har reflektert over maktasymmetrien som skapes gjennom ulike kunnskapsmonopoler og hvilke utslag den kan gi i konkrete tilfeller, slik som når mennesker søker hjelp i helsevesenet. Fricker påpeker at det har skjedd en kunnskapsbetinget urett (epistemic injustice) når en kunnskapsform, her den biomedisinske, får forrang for andre kunnskapsformer. På bakgrunn av data fra informanter og aktivitetsdata fra BUP (Helsedirektoratet, 2022) er det grunn til å tro at barn i BUP møter denne urett ved at deres vansker unnlates å vurderes i lys av avvikende psykososiale forhold. Forskning og faglige innspill (Caspi et al., 2014; Hertz, 2011) utfordrer eksisterende rammevilkår for utredning og vurdering av barn. De peker på behovet for en forståelse av felles underliggende og opprettholdende prosesser som gir psykiske vansker. Hvorvidt det er plass til nye kunnskapsrammer til å vurdere barns psykiske helse er et stort spørsmål. Kirkengen og Næss (2021, p. 197) stiller seg kritiske til dette og påstår: «*Dersom dette stemmer kan en mulig forklaring være den iboende strukturen i helsevesenet, et system som tradisjonelt har en hierarkisk orden. Der visse regler eller forskjeller i rang ikke debatteres, men tas for gitt eller er nødvendig for hele systemets funksjon*». Informantene pekte på manglende kommunikasjon og tematisering av betydning avvikende psykososiale faktorer som kan bety at det er andre fagdisipliner som setter dagsorden i psykisk helsevern for barn og unge.

Ekeland kritiserer (2021b, p. 14) psykiske helsevern «*biomedisinsk modell, og en forståelsen av menneskets opplevelser og historier er tatt bort*». To av informantene uttrykker bekymring for en utvikling mot et BUP som vil orientere seg mer mot et medisinsk ståsted som tar stilling til diagnose og behandlingsplan ut fra observerte symptomer i klinikk. De pekte på en mulighet for at BUP mister sitt faglig blikk, og kun forstår barnet ut fra bildet av barnet som er utenfor klinikken.

I studiet «Jeg er ikke et offer for mamma» (Kommissrud et al., 2019) tas det til orde for at hjelpen i BUP i større grad bør rettes mot relasjonene, hverdagen og livsbetingelsene i en

mer familiefokusert praksis, som et alternativ til dagens diagnose- og individorienterte psykiske helsevern. Det argumenteres for en gjennomgående familiebasert tilnærming som i selve metodikken anerkjenner at barnets selvforståelse er sammenvevd med foreldres forståelse (Kommisrud et al., 2019). Informantene tok frem at ledelsenes faglige ståsted og holdning, lokal arbeidskultur/kollegium og hvilke profesjoner som er representert i kollegiet, påvirker hvor mye vekt det legges på avvikende psykososiale forhold. Dataene underbygger at det ikke er en selvfølge at avvikende psykososiale forhold er med i vurderingene. Det er verdt å på nytt ta frem BUP aktivitetstall (Helsedirektoratet, 2022) som viser at 68 % av barn ikke fikk en diagnose på akse 5. Hvorvidt disse tallene representere den virkelighet barna er i, eller om det er utrykk for arbeidskultur i BUP, eller om det er andre forhold som kan forklar dette, ville ikke dette studiet gi det fulle svar på.

#### Forskning

Lorås (2016) viser i sin forskning at kunnskap fra familierapi og andre systemiske intervensjoner vil kunne være funksjonelt og gi gode forståelsesrammer der man ser at pasientens vansker kan forståes ut fra psykososiale forhold. Gjeldende krav fra Helsedirektoratet (2008) om å kunne vise til evidensbasert forskning kan ha vært medvirkende til at systemiske intervensjoner ikke er bruk i BUP (Lorås & Stokkebekk, 2019). Tilden et al.,(2022) peker på at studier som kan være av betydning for systemisk familiebehandling hovedsakelig foregår utenfor behandlingsmiljøene. Den systemiske tradisjon synes å ha et kritisk syn på mye av denne forskningen og det kunnskapssynet forskningen bygger på. Dette kan ha medført at systemiske familierapeuter har vektlagt slike studier mindre og latt sin praksis utvikles seg innenfor andre rammer. Dette kan være en av flere mulige årsakssammenhenger til hvorfor de systemiske forståelsesrammer ikke er inkludert i styringsdokumenter.

#### Samarbeidspartnere

Informantene oppga at de innhentet opplysninger om barnets omgivelser og at behandlingsplanen bør utføres i tverrfaglig regi. Systemisk familierapi bygger på en forståelse av årsaksforhold i menneskelige sammenheng, hvor det først og fremst er relasjoner mellom mennesker som er gjenstand for tenkning, begreper og praksis (Torsteinsson, 2019). Noen vil hevde (Ekeland, 1999; Getz et al., 2011; Jensen, 2009a) at helsevesenet, og muligens enkelte tilknyttede instanser, bygger på ideen om lineære årsaksforhold og enkeltmennesket som gjenstand for undersøkelse og behandling.

Illustrerende i denne forbindelse var informantene som pekte på at andre instanser (f.eks. skole og PPT), i tillegg til enkelte foreldre, forventet at BUP skal gi psykiatriske diagnoser. Poenget jeg ønsker å synliggjøre er at i vurdering av diagnoser og utforming av behandlingsplan for barn, synes det å ligge en forventning til behandlere om å gi barnet en psykiatrisk diagnose. Det er ikke kun psykologspesialistens eget faglige ståsted som nødvendigvis påvirker utfallet i behandlingen. Det er flere komplekse årsaker som virker inn på resultatet. Faglige og helsepolitiske diskurser har effekt på diagnostisk forståelse og behandlingsplan for barnet. Denne oppgaven er for begrenset til å belyse f.eks. skolepolitikk eller skolehelsetjenestens faglige fundament som en av årsakene til at barns vansker vurderes slik de gjør. Vi vet at det ligger «*komplekse årsakssammenhenger som gir en gitt virkning*» (Kjørstad, 2020, p. 230).

En av informantene beskrev: «*Opplever en del utålmodighet og også forså vidt fra skole og andre instanser rundt barnet på å finne en diagnose. Men hva er liksom en diagnose da?*» og en annen sa «*jeg opplever å få reaksjoner om å være vag, eller at det blir liksom...at man kun fokuserer på miljøet rundt barnet... Ja, noen kan tolke det som en liksom vegring mot å sette en mer alvorlig diagnose på akse 1*»

#### Foreldre

BUP styringsdokumenter (RBUP, 2022) (Helsedirektoratet, 2008) vektlegger god dialog med foresatte og krav om involvering. I den sammenheng peker det seg ut et dilemma fra informantenes beretning om sine vurderinger og utforming av behandlingsplaner. Informantene beskrev et dilemma når foresatte ber om en diagnostisk vurdering av eget barnet, og de samtykker til utredning etter egen forståelse om at barnet er sykt. De beskrev da at det kan følge en forventning om medikamenter og individuelle tiltak rettet mot barnet. Tiltak som kan gi barnet verktøy for å komme seg ut av vanskene. Informantene spurte retorisk hvorvidt BUP da er i posisjon til å adressere de mulige forhold på akse 5 som dukker opp under utredningen. Faktorer som vurderes som utløsende og opprettholdende når foresatte selv ikke kan eller ønsker å ta med inn disse faktorene. BUP veileder sier (Helsedirektoratet, 2008, p. 23) «*utredning og behandlingsevne er planmessig og gjennomføres i tett samarbeid med pasient og familie*». Informantene brukte da begrepene «*etiske overveielser*» eller «*etikk*» når de stod imellom det å følge foreldres endringsteori, eller å ta opp de vanskene på akse 5 de har observert. Det kan være flere årsaker til at

informantene holder tilbake sine vurderinger om akse 5. En av årsakene kan være kravet fra styringsdokumenter om tett samarbeid med foresatte. En annen mulig årsak kan være at mekanismer i offentlige hjelpeapparatet har en manglende forståelse eller evne til å formidle hva psykososiale forhold betyr i en sirkulær sammenheng. Det sirkulære samspillet er en videreutvikling av feedback sløyfen (Bergset, 2019). Den er til forskjell fra en lineær forståelse av samspill der man legger vekt på årsak-virkning, hvor foreldrene kan få skyld og ansvar og hjelpen kan bli mer til plage enn hjelp. Sentrale begrep i å forstå vansker i en sirkulær sammenheng er begrepene problem og forsøkte løsninger. Watzlawick (1967) tematiserte disse forsøk på å løse problemer som kommunikasjon som ble til mer av det samme, og som til et visst punkt ble til problemet. Det kan synes som en faglig utfordring for informantene å kommunisere ut vansker med avvikende psykososiale vansker med frykt for å påføre foreldre ytterligere belastning. Det er grunn til å tro at systemisk tenkning (Ulleberg, 2014; Watzlawick et al., 1967) (Priest, 2021) kunne vært med å gitt et bidrag i kommunikasjon med foreldre slik at skam og skyld ikke fikk så mye plass i behandlingsforløpet. Informantene tematiserte etikk og frykten for å påføre foreldre byrder ved å påpeke eller tematiserer avvikende psykososiale vansker. Det ble ikke tematisert hvilke etiske forplikters man har ved å kun gi en psykiatrisk diagnose på barnet, uten å kode akse 5.

### 6.3 Bruk av diagnostisk kodeverk og journal

Helsedirektoratet gir føringer for prioriteringer, og riktig koding er en vesentlig mål for aktivitet og inntektskilde (Helsedirektoratet, 2015a). Data fra studiet underbygger at styringsdokumenter får betydning for hvordan informantene vurderer barnets vansker. Det er da grunn til å anta at denne forståelsen av barnet vansker også formidles til barnet. I studiet fra Kommisrud et. al (2019) kom det fram at barnet psykologiske vansker ble vektlagt, og kontekst mindre vektlagging. Studiet problematiserte de posisjoner BUP tilskrev barn og unge som hadde omfattende vansker på akse 5, ved at det først og fremst var barnets egne psykiske vansker ble vektlagt. Informantene i egen studie erfarte at avvikende psykososiale forhold ikke er prioritert, og pekte på blant annet på en høring fra Helsedirektoratet om at akse 5 skal avvikles. Det er likheter mellom disse funn og det Kommisrud (2019) tar frem om styringsdokumenter som synes å legge mindre vekt på kontekst. Hennem (2010) peker på at valg av kunnskapsregimer om barn i politiske tiltak og reguleringer ikke er nøytrale valg. Hun mener at kunnskapsregimer til enhver tid støtte opp om og/eller underbygge gjeldende politiske målsettinger og prioriteringer.



Informantene tar frem at manglende tematisering av akse 5 forhold fra ledelse og styringsdokumenter. Statens helsetilsyn (2015) pekte også på manglende prosedyrer og oppfølging av disse forhold etter nasjonal tilsyn av BUP. På bakgrunn av analysen av data er det grunn til å tro at BUPs styringsdokumenter er mer preget av en biomedisinsk tilnærming til helse enn fra den biopsykososial modell. Kritiske røster (Ekeland 2017; Hertz, 2011; Kirkengen et al., 2016) fra psykologi- og psykiatrifeltet har pekt på at dette er en reduksjonistisk forståelse av helse. Dette eksemplifiserer blant annet at det finnes noe patologisk eller sykt «inni» oss, som kan identifiseres på grunnlag av symptomer (Hertz, 2011). Ekeland (2021b) tar frem at biomedisinens tekniske fagspråk er med på å skjule betydningen av psykososiale forhold.

BUP veileder (Helsedirektoratet, 2008) legger vekt at det skal bruke evidensbaserte tiltak. Jensen (2009b) tar frem at forskningens viktigste oppgave blir i dette perspektivet er å finne den behandlingen som har best effekt. «Ta empiri på alvor» (Tilden et al., 2022) hevder at familierapifeltet ikke har evnet å ta inn evidensbasert praksis på samme måte som individuelle psykoterapeutiske tiltak. Denne påståtte motstand som Tilden m.fl beskriver kan forklare hvorfor den de systemteoretiske forståelse av helse har falt bort i BUP (Lorås & Stokkebekk, 2019). Jensen (2009b) tar frem den evidensbaserte forskningens mangler og spør om vektlegging av objektive funn har ført velferdsstaten til en prioritering av teknologiske og biomedisinske perspektiver.

En mulig forklaring på de sirkulære- og systemiske forståelsesrammer og kommunikasjon har kommet i bakgrunnen, og med dette har også de avvikende psykososial forhold mistet sin plass i diagnostisering og utforming av behandlingsplan. Det kan synes som BUP feltet er erstattet med forståelsesramme som passer inn i evidensbasert kunnskap og kodesystemer.

6.4.1 «Det er utfordrende at helseinformasjon om øvrige familie står i barnets journal» Familierapi har en etisk dimensjon der det innbyr til felleskap og kan lette den enkelte for skam- og skyldfølelse (Torsteinsson, 2019). Med et systemteoretisk utgangspunkt blir det umulig å beskrive en person uten at personens omgivelser eller kontekst er behandlet/vurdert (Hansen, 2017). Hansen (2017, p. 56) sier «*Det er tegn til at vi lever i en kultur hvor man tenderer til å forstå verden og i dette tilfellet, barn, i en ren årsak-virkning modell.* Dataene tyder på at informantene ser på barnet som et individ når det kommer til koding og journalskriving. De tar blant annet frem taushetsplikten som et hinder for å skrive

om andre familiemedlemmer. Med en forståelse av barn og mennesket som kun et individ gir det mening at informantene stiller seg kritisk til å kode akse 5 hvor andre familiemedlemmers helseinformasjon blir stående i barnets journal.

Det å innlemme biologiske og biografiske opplysninger kan synes å være spesielt fruktbart i møtet med pasienter med komplekse, omfattende og behandlingsresistente sykdomsuttrykk (Priest, 2021). Med et systemisk blikk på barnet er det nærmeste umulig å gi adekvat hjelp uten å også forstå mer av barnets kontekst. Informantene tok frem det å kode foreldreatferd/foreldrestil som utfordrende. En mulig tolkning av dette er at det kan fremstå som instrumentelt, og det mellommenneskelige aspekt blir borte ved koding i journal. Tom Andersen (i Jensen 2002 s.199) pekte på at «*kravet om koding og instrumentelle verktøy skaper avstand innenfor terapeutiske miljøer, og mellom forskere og terapeuter*». Mine data kan tyde på at informantene lar være å anvende akse 5 pga. denne instrumentalistiske måten å definere foreldre på.

#### 6.4.2 Kodesystemet har mangler

Rapporten (Helsedirektoratet, 2015b) som omhandler sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling tar frem psykososiale forholds betydning for barns utvikling. WHO (1994 /2008) har forsøkt å sette disse forholdene inn i det multiaksiale systemet, og fastsatt et kodesystem som skal gjelde for hele verden. Informantene tok frem at kodesystemet ikke er praktisk innrettet eller modernisert. Ekeland (2021b) mener at vi har et helsevern med tilhørende medisinsk behandling som dreier seg om å oppdage objektive fakta, og sier at en slik forståelse ikke uten videre kan være gjeldende i møtet med psykososiale problemer. Informantenes faglige vurderinger kan synes å ha innflytelse fra den medisinske modell, der de ser etter fakta som er nøytrale og objektive. De sa «*det må jo være valide kategorier*» og «*kategoriene er ulne*» da de påpekte kodesystemets mangler. Dette kan forstås til å være en forståelsesmodell som hviler på individuelle egenskaper og diagnoser, og som understøttes av styringsdokumenter (Helsedirektoratet, 2015a) som krever diagnose og dokumentasjon. Aamodt (2014) belyste i sin forskning at bruken av tilstrekkelig skjønn er viktig for å kunne avhjelpe mennesker med psykososiale vansker. Informantene viste til dilemmaer rundt det å favne inn komplekse dimensjoner i kodesystemet. Priest (2021) viser til at i et systemperspektiv må også det sosiokulturelle systemet innlemmes i forståelsesrammen av mennesket, og at det inkluderer større

systemer av makt, privilegier og undertrykkelse. Jensen sier (2009a, p. 195) at «vår fagkultur synes å være mer opptatt av egenskaper i mennesket og dyr, enn av relasjonene mellom menneskene og mellom dyrene».

## Kapitel 7 Oppsummering og avsluttende refleksjon

Studien har handlet om de vurderinger psykologspesialiser i BUP gjør i diagnostisering og utforming av behandlingsplan ut fra problemstillingen: «*Hvordan beskriver psykologspesialister i BUP at avvikende psykososiale forhold rundt barnet tas med ved diagnostisering og utforming av behandlingsplan?*» Med grunnlag i kritisk realisme er det undersøkt flere mulige årsaksforklaringer og mekanismer som er med i prosessen knyttet til vurdering av barn i BUP.

Det å strukturere tematikker som griper i hverandre har vært en vanskelig prosess. Det å presentere tema, for så å dele opp i overskrifter har vært en del analysen. En del nyanser kan ha blitt borte, spesielt når temaet i tillegg skulle drøftes i systemisk tenkning. Det har vært komplisert å drøfte sirkulært, og samtidig ha en lineær (årsak-virkning) tenkemåte.

Dataene fra studien viser at informantene forholder seg aktivt til avvikende psykososiale forhold i diagnostisering og utforming av behandlingsplan. I analysen kommer det frem problemstillinger og dilemmaer informantene står i ved vurderingene. Temaene som kom frem analysen er drøftet i lys av forskning, faglitteratur, systemisk teori, den biopsykososiale modell, samt styringsdokumenter (Helsedirektoratet, 2008) (Helsedirektoratet, 2015a), (WHO, 1994 /2008), og rapporter fra Statens helsetilsyn (2015) og Helsedirektoratet (2015b).

Studien viser at underliggende mekanismer kan ha betydning for vurderinger og faglige valg informantene gjør, og at de støtter seg på den biopsykososiale modellen i vurderingene. I analysen er det faktorer som tilsier at det opprinnelige systemiske perspektivet av modellen, slik Engel presenterte den, synes å være mindre fremtredende i vurderingene. Informantene peker på diagnoseverktøyets mangler som kompliserer bruken. Informantene møter barn som har opplevd krenkelser på skolen, de ser avvisende foreldre, syke familiemedlemmer, traumatiske hendelser og isolasjon fra omverden, men de finner det komplisert og konkretiserer dette i eksisterende diagnoseverktøy. De synes å stå i et krysspress mellom styringsdokumenter, samarbeidspartnere og foresatte som har forventning om at barnet skal

få en psykiatrisk diagnose, og eget faglig ståsted der de mener at barnets vansker kun kan forstås ut fra de avvikende psykososiale forhold.

Forskning (Helsedirektoratet, 2015b) (Barboza Solís et al., 2015) (Getz et al., 2011) viser at avvikende psykososiale forhold har stor betydning for helse. Denne kunnskap bør ikke forbli «taus kunnskap» i samfunnsforskningen, men bør få følger også i de psykopatologiske modeller (Fonagy et al., 2019). Dersom kunnskapen ikke når inn i det praktiske felt gjør vi barna en stor urett. Kirkengen (Kirkengen & Næss, 2021) tar frem behovet for økt refleksjon om maktasymmetri som kan skape kunnskapsmonopoler. De institusjonelle rammer for diagnostisering av barn i BUP heller mot en kunnskapstradisjon hvor de sosiale faktorer ikke har like stor plass som de biologiske og psykiatriske faktorene. En mulig årsak kan ligge i et kunnskapsmonopol for enkelte disipliner (Kirkengen & Næss, 2021).

En annen årsak kan være at den sosiale faktor er politisk ladet. Psykologien og legevitenenskapen synes å ha / har hatt (?) et sterkt ideal om å være nøytrale, og bygget på naturvitenskapelig kunnskapstradisjoner der fenomener er sanne eller ikke sanne. I det landskapet er det mindre rom for aspekter av det sosiale. Muligens fordi det sosiale også berører tema om fordeling av gode og byrder for statens borgere. Mulig kan dette være en av årsakene til er problematisk for den enkelte behandler i BUP å konkretisere og verbaliserer hvordan kontekst og sosiale faktorer påvirker barnets helse.

Videre håper jeg på videre refleksjon omkring de kulturelle, politiske og sosiale rammer for kunnskapsproduksjon, og et kritisk forhold til hvem og hva som bestemmer hva som til enhver tid regnes som gyldig kunnskap. Og til slutt i henhold til en systemisk forståelse, bør vi forstå dette i et sirkulært samspill av flere faktorer.

### Etterord

Helsedirektoratet lanserte på nettsiden i februar 2023 at det kommer endringer i bruken av akse 5.

## Litteratur

- (FHL), L. o. f. (2011). (9788278418031). Retrieved from <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-29>
- Annamo, E. (2020). *Transformativ læring: å bringe noe kreativt nytt inn i eksistens. En sammenkobling av Roy Bhaskars kritiske realisme og Edmund O'Sullivans transformativ læringsperspektiv* Høgskolen i Innlandet].
- Barboza Solís, C., Kelly-Irving, M., Fantin, R., Darnaudéry, M., Torrisani, J., Lang, T., & Delpierre, C. (2015). Adverse childhood experiences and physiological wear-and-tear in midlife: Findings from the 1958 British birth cohort. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 112(7), E738-E746. <https://doi.org/doi:10.1073/pnas.1417325112>
- Bateson, G. (1975). *Steps to an ecology of mind* (4th print. ed.). Ballantine.
- Bergset, K. (2019). MRI korttidsterapi. In L. Lorås & O. Ness (Eds.), *Håndbok i familiterapi* (pp. 155-167). Fagbokforlaget.
- Bertheussen, G. F., Romundstad, P., Landmark, T. K. S., O, D., & J.L, H. (2011). Associations between Physical Activity and Physical and Mental Health- A HUNT 3 Study. . *Medicine & Science in Sports & Exercis*, 43, 1220-1228. <https://doi.org/10.1249/MSS.0b013e318206c66e>.
- Bertrando, P. (2019). Systemisk familiterapi, Milano skolen. In L. Lorås & O. Ness (Eds.), *Håndbok i familiterapi* (pp. 130-153 ). Fagbokforlaget.
- Bhaskar, R. (1998). *The possibility of naturalism : a philosophical critique of the contemporary human sciences* (3rd ed.). Routledge.
- Bhaskar, R. (2008). *A Realist Theory of Science*. London: Routledge. <https://doi.org/10.4324/9780203090732>
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative research in psychology*, 3(2), 77-101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp063oa>
- Brinkmann, S., & Tanggaard, L. (2020). *Kvalitative metoder : en grundbog* (3. udg. ed.). Hans Reitzel.
- Carr, A. (2002). *Prevention : what works with children and adolescents : a critical review of psychological prevention programmes for children, adolescents, and their families*. Brunner-Routledge.
- Carr, A. (2019). Family therapy and systemic interventions for child - focused problems: the current evidence base. *Journal of family therapy*, 41(2), 153-213. <https://doi.org/10.1111/1467-6427.12226>
- Caspi, A., Houts, R. M., Belsky, D. W., Goldman-Mellor, S. J., Harrington, H., Israel, S., Meier, M. H., Ramrakha, S., Shalev, I., Poulton, R., & Moffitt, T. E. (2014). The p Factor: One General Psychopathology Factor in the Structure of Psychiatric Disorders? *Clinical Psychological Science*, 2(2), 119-137. <https://doi.org/10.1177/2167702613497473>
- Ekeland , T.-J. (2017). Psykiatridiagnoser - til pasientens beste? , 43-53.
- Ekeland, T.-J. (2021a). Psykisk helsevern—en kunnskapsplattform. *Erfaringskompetanse. no.: National Centre for Knowledge through Experience in Mental Health; .*
- Ekeland, T.-J. (2021b). *Psykisk helsevern—en kunnskapsplattform*. Nasjonalt senter for erfaringskompetanse innen psykisk helse. Retrieved 15.02.23 from Erfaringskompetanse. no
- Ekeland, T. J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift- Norsk psykologforening* 36, 1036-1047.
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: a challenge for biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Engel, G. L. (1992). How Much Longer Must Medicine's Science Be Bound by a Seventeenth Century World View? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 57(1-2), 3-16. <https://doi.org/10.1159/000288568>
- Fanali, A., Giorgi, F., & Tramonti, F. (2022). Thick description and systems thinking: Reiterating the importance of a biopsychosocial approach to mental health. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, n/a(n/a). <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jep.13800>

- Folkehelseinstituttet. (2021). *Mye større risiko for psykiske lidelser hos barn av foreldre med lav inntekt*. <https://www.fhi.no/nyheter/2021/mye-storre-risiko-for-psykiske-lidelser-hos-barn-av-foreldre-med-lav-inntek/>
- Fonagy, P., Luyten, P., Allison, E., & Campbell, C. (2019). Mentalizing, Epistemic Trust and the Phenomenology of Psychotherapy. *Psychopathology*, 52(2), 94-103. <https://doi.org/10.1159/000501526>
- Foran, H. M., Jansen, E., Kuhn, L., Restle, L., & Hahlweg, K. (2019). Parental aggression and adolescent physical health status 10 years later. *Mental health & prevention*, 13, 128-134. <https://doi.org/10.1016/j.mhp.2019.01.001>
- George, E., & Engel, L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American journal of Psychiatry*, 137(5), 535-544.
- Getz, L., Kirkengen, A. L., & Ulvestad, E. (2011). Menneskets biologi-mettet med erfaring. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 131(), 7. <https://doi.org/10.4045/tidsskr.10.0874>
- Grimen, H. (2008). Profesjon og kunnskap. In A. Molander & L. I. Terum (Eds.), *Profesjonsstudier* (pp. s. 71-86). Universitetsforl.
- Hansen, R. (2017). Økossystemperspektiver In R. Hansen & M. B. Solem (Eds.), *Sosialt arbeid-en situert praksis* (pp. 49-61). Gyldendal akademiske.
- Haug, M. A., Sund, E. R., Santini, Z. I., Koushede, V., & Krokstad, S. (2021). ABC (Act-Belong-Commit) for bedre psykisk helse hos voksne i Norge. En HUNT-studie. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 18(2), 175-187. <https://doi.org/10.18261/issn.1504-3010-2021-02-05>
- Helsedirektoratet. (2008). *Veileder for poliklinikk i psykisk helsevern for barn og unge*.
- Helsedirektoratet. (2015a). *Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge*. <https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/prioriteringsveiledere/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge/fagspesifikk-innledning-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge> ,
- Helsedirektoratet. (2015b). *Sosioøkonomisk status og barn og unges psykologiske utvikling: Familiestressmodellen og familieinvesteringsperspektivet* (IS-2412).
- Helsedirektoratet. (2022). *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2021* (IS-3038).
- Hennum, N. (2010). Mot en standardisering av voksenhet? Barn som redskap i statens disiplinering av voksne. *Sosiologi i dag*, 40(1-2), 57-75. <http://ojs.novus.no/index.php/SID/article/view/990>
- Hertz, S. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri : nye perspektiver og uante muligheter*. Gyldendal akademisk.
- Hertz, S. (2016). Et meget mere vidtrækkende perspektiv på det systemiskes eksistensberettigelse i børne- og ungdomspsykiatrien. *Fokus på familien*, 44(4), 265-271. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-04-02>
- Ingrid, F., & Tjønndal, A. (2021). *Digitale forskningsmetoder*. Cappelen Damm Akademiske.
- Jairam, R., & Walter, G. (2014). Early Intervention in Childhood Disorders. In (pp. 218-233). Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. <https://doi.org/10.1002/9781118557174.ch18>
- Jensen, P. (2009a). *Ansikt til ansikt : kommunikasjons- og familieperspektivet i helse- og sosialarbeid* (2. utg. ed.). Gyldendal akademisk.
- Jensen, P. (2009b). Virkningsdiskursen – Hvordan spørsmålet «hva virker i terapi?» har kommet til å dominere psykoterapiforskningen og vår egen forståelse av terapi. *Fokus på familien*, 37(3), 194-200. <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2009-03-04>
- Johannessen, L. E. F., Rafoss, T. W. R., & Rasmussen, E. B. (2018). *Hvordan bruke teori? Nyttige verktøy i kvalitativ metode* (3 ed.). Universtitesforlaget.
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V. W. (2012a). *Lærebok i familierapi*. Universitetsforl. <https://doi.org/oai:nb.bibsys.no:991217781854702202> URN:NBN:no-nb\_digibok\_2012112606118

- Järvinen, M., & Mik-Meyer, N. (2017). Kvalitative analysetradisjoner i samfunnsvidenskabelig forskning. In M. Järvinen & N. Mik-Meyer (Eds.), *Kvalitativ analyse : syv traditione*. Hans Reitzel.
- Kinge, J. M., Øverland, S., Flatø, M., Dieleman, J., Røgeberg, O., Magnus, M. C., Evensen, M., Tesli, M., Skrondal, A., Stoltenberg, C., Vollset, S. E., Håberg, S., & Ask, F. (2021). Parental income and mental disorders in children and adolescents: prospective register-based study. <https://doi.org/https://doi.org/10.1093/ije/dyab066>
- Kirkengen, A. L. (2008). Inscriptions of violence: Societal and medical neglect of child abuse – impact on life and health. *Medicine, Health Care and Philosophy*, 11(1), 99-110. <https://doi.org/10.1007/s11019-007-9076-0>
- Kirkengen, A. L., Ekeland, T.-J., Getz, L., Hetlevik, I., Schei, E., Ulvestad, E., & Vetlesen, A. J. (2016). Medicine's perception of reality – a split picture: critical reflections on apparent anomalies within the biomedical theory of science. *Journal of Evaluation in Clinical Practice*, 22(4), 496-501. <https://doi.org/https://doi.org/10.1111/jep.12369>
- Kirkengen, A. L., & Næss, A. B. (2021). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne* (4. utgave. ed.). Universitetsforlaget.
- Kjørstad, M. (2020). Kritisk realisme-å forklare og forstå det sosiale. In D. Jenssen, M. Kjørstad, S. Seim, & P. A. Tufta (Eds.), *Vitenskapsteori for sosial-og helsefag*. Gyldendal.
- Kommisrud, K., Söderström, K., Halsaa, L., & Halsaa, A. (2019). Jeg er ikke noe offer for mamma: Ungdoms søken etter mening og sammenheng i dobbeltrollensom pårørende og BUP-pasient. *Fokus på familien*, 47(2), 82-101. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2019-02-02>
- Lange, J. (2002). Merkesteiner i norsk Medisin. Nic Waal -norsk barne-og ungdomspsykiatries mor. *Tidsskriftet Norsk Lægeforening*(3), 122.
- Lorås, L. (2016). Systemisk familieterapi og Helsedirektoratets krav innen barne- og ungdomspsykiatrien i Norge. *Fokus på familien*, 44(2), 93-112. <https://doi.org/10.18261/issn.0807-7487-2016-02-02>
- Lorås, L. (2018). Systemic Family Therapy Competences in Child and Adolescent Mental Health Care. *Contemporary family therapy*, 40(1), 1-9. <https://doi.org/10.1007/s10591-017-9440-z>
- Lorås, L. (2021). Familieterapi er nødvendig i psykisk helsevern. *Dagens Medisin* <https://www.dagensmedisin.no/debatt-og-kronikk/familieterapi-er-nodvendig-i-psykisk-helsevern/282968>
- Lorås, L., & Stokkebekk, J. (2019). Familieterapeutene mangler. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 56(9), 683-685. <https://psykologtidsskriftet.no/debatt/2019/09/familieterapeutene-mangler>
- Magnusson, E., & Marecek, J. (2015a). Analyzing talk-as-action. In E. Magnusson & J. Marecek (Eds.), *Doing Interview-based Qualitative Research: A Learner's Guide* (pp. 123-141). Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI: 10.1017/CBO9781107449893.010>
- Magnusson, E., & Marecek, J. (2015b). *Doing Interview-based Qualitative Research: A Learner's Guide*. Cambridge University Press. <https://doi.org/DOI: 10.1017/CBO9781107449893>
- McAdam, E. (Ed.). (2019). *Systemisk-ankjennende familieterapi*. Fagbokforlaget.
- Næss, P. (2013). Kritisk realisme og byplanforskning. *Formakademisk*, 5(2). <https://doi.org/10.7577/formakademisk.493>
- Nøvik, T. L. R. (2019). *Multiaksial klassifisering*. Retrieved 26.01.23 from <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-1-diagnostikk-og-utredning/diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/multiaksial-klassifisering/>
- Priest, J. (2021). *The Science of Family Systems Theory*. Milton: Taylor & Francis Group. <https://doi.org/10.4324/9780367854591>
- RBUP. (2022). *Tiltakshåndboka*. <https://tiltakshandboka.no/no/om-oss/om-haandboken>

- Richards, L. M.-E. (2013). It is time for a more integrated bio-psycho-social approach to ADHD. *Clin Child Psychol Psychiatry*, 18(4), 483-503. <https://doi.org/10.1177/1359104512458228>
- Risjord, M. (2014). *Philosophy of Social Science : A Contemporary Introduction* [Book]. Routledge. <https://login.ezproxy.oslomet.no/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nlebk&AN=780409&site=ehost-live&scope=site>
- Solem, M.-B. (2017a). Kritisk realisme som vitenskapsteoretisk posisjon for sosialt arbeid. In R. Hansen & M. B. Solem (Eds.), *Sosialt arbeid - en situert praksis* (pp. 115-127). Gyldendal akademisk.
- Solem, M.-B. (2017b). Styrkebaserte perspektiver. In R. Hansen & M. B. Solem (Eds.), *Sosialt arbeid: en situert praksis* (pp. 94-114). Gyldendal akademisk.
- St.prp. nr. 63 (1997-98). (1998). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 - 2006 Endringer i statsbudsjettet for 1998. Tilråding fra Sosial- og helsedepartementet av 15. mai 19*. Retrieved from <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/?ch=1>
- Statens helsetilsyn. (2015). *Mye å forebedre -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* (3/2015).
- Sundet, R., & McLeod, J. (2019). Familieterapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis. In L. Lorås & O. Ness (Eds.), *Håndbok i familieterapi*. Fagbokforlaget.
- Tilden, T., Solem, M.-B., Thuen, F., Lorås, L., Stokkebekk, J., & Whittaker, K. (2022). Å ta empirien på alvor v.2.0. *Fokus på familien*, 50(4), 315-333. <https://doi.org/10.18261/fokus.50.4.5>
- Tjersland, O., & Eriksen, P. (1994). Fra karaktertrekk til relasjoner og språk. *Psykologi i forandring: Jubileumsbok, Norsk psykologforening*, 60, 125-144.
- Torsteinsson, V. W. (2019). Familieterapiens historie In L. Lorås & O. Ness (Eds.), *Håndbok i familieterapi* (pp. 25-38). Fagbokforlaget.
- Ulleberg, I. (2014). *Kommunikasjon og veiledning : en innføring i Gregory Batesons kommunikasjonsteori - med historier fra veiledningspraksis* (2. utg. ed.). Universitetsforl.
- Vedeler, G. (2016). Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern. (2016/03).
- Vedeler, G. (2016). Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern. <https://psykologisk.no>, 3(2016). <https://psykologisk.no/2016/03/passar-den-medisinske-modellen-i-psykisk-helsevern/>
- Walsh, D., McCartney, G., Smith, M., & Armour, G. (2019). Relationship between childhood socioeconomic position and adverse childhood experiences (ACEs): a systematic review. *J Epidemiol Community Health*, 73(12), 1087-1093.
- Watzlawick, P., Bavelas, J. B., & Jackson, D. D. (1967). *Pragmatics of human communication: A study of interactional patterns, pathologies and paradoxes*. WW Norton & Company.
- WHO, W. H. O. (1946). *Health and Well-Being*. <https://www.who.int/data/gho/data/major-themes/health-and-well-being>
- WHO, W. H. O. (1994 /2008). *Multiaksial klassifisering i psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Avvikende psykososiale forhold, inkludert definisjoner og diagnostisk retningslinjer*. KITH informasjonsteknologi for helse og velferd: WHO
- WHO, W. H. O. (2008). *Multiaksial klassifisering i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Akse 5 - Avvikende psykososiale forhold - inkludert definisjoner og diagnostiske retningslinjer*. Direktoratet for e-helse. Retrieved 1.05.23 from [https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/Multiaksial%20klassifisering%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%20\(PHBU\)/\\_attachment/inline/d0e3dd0d-f77e-4109-ba2f-6cda663a7979:44380c54483310d80c60b1d3037ffe3fca152cd6/Retningslinjer%20for%20kodi ng%20PHBU%20v.3.0%202023-.pdf](https://www.ehelse.no/kodeverk-og-terminologi/Multiaksial%20klassifisering%20i%20psykisk%20helsevern%20for%20barn%20og%20unge%20(PHBU)/_attachment/inline/d0e3dd0d-f77e-4109-ba2f-6cda663a7979:44380c54483310d80c60b1d3037ffe3fca152cd6/Retningslinjer%20for%20kodi ng%20PHBU%20v.3.0%202023-.pdf)
- Aamodt, I. (2014). Profesjonalitet og prioritering - Makt som styringens resultat. *Fokus på familien*, 42(2), 158-179. <https://doi.org/10.18261/ISSN0807-7487-2014-02-05>





[Meldeskjema](#) / [Psykologspesialister i BUP's praksis og holdning det multiaksiale klassif...](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

<b>Referansenummer</b> 239567	<b>Vurderingstype</b> Standard	<b>Dato</b> 12.01.2023
----------------------------------	-----------------------------------	---------------------------

### Prosjekttittel

Psykologspesialister i BUP's praksis og holdning det multiaksiale klassifikasjonssystemet, akse 5 - avvikende psykososiale forhold

### Behandlingsansvarlig institusjon

OsloMet – storbyuniversitetet / Fakultet for samfunnsvitenskap / Institutt for sosialfag

### Prosjektansvarlig

Ingrid Jacobsen

### Student

June Aikio Grimestad

### Prosjektperiode

28.11.2022 - 20.11.2023

### Kategorier personopplysninger

Alminnelige

### Lovlig grunnlag

Samtykke (Personvernforordningen art. 6 nr. 1 bokstav a)

Behandlingen av personopplysningene er lovlig så fremt den gjennomføres som oppgitt i meldeskjemaet. Det lovlige grunnlaget gjelder til 20.11.2023.

[Meldeskjema](#)

### Kommentar

#### OM VURDERINGEN

Sikt har en avtale med institusjonen du forsker eller studerer ved. Denne avtalen innebærer at vi skal gi deg råd slik at behandlingen av personopplysninger i prosjektet ditt er lovlig etter personverregelverket.

#### KOMMENTARER TIL INFORMASJONSSKRIVET

Informasjonsskrivet ditt mangler noen punkter loven krever er med. Du må derfor legge til disse punktene i informasjonsskrivet før du gir dette til forskningsdeltakerne dine. Du trenger ikke å laste opp den oppdaterte versjonen i meldeskjemaet:

- Når behandlingen av personopplysninger skal avsluttes
- Kontaktopplysninger til prosjektansvarlig (evt. student og veileder)
- Kontaktopplysninger til din institusjon sitt personvernombud

#### DEL PROSJEKTET MED PROSJEKTANSVARLIG

Det er obligatorisk for studenter å dele meldeskjemaet med prosjektansvarlig (veileder). Det gjøres ved å trykke på "Del prosjekt" i meldeskjemaet. Om prosjektansvarlig ikke svarer på invitasjonen innen en uke må han/hun inviteres på nytt.

#### FØLG DIN INSTITUSJONS RETNINGSLINJER

Vi har vurdert at du har lovlig grunnlag til å behandle personopplysningene, men husk at det er institusjonen du er ansatt/student ved som avgjør hvilke databehandlere du kan bruke og hvordan du må lagre og sikre data i ditt prosjekt. Husk å bruke leverandører som din institusjon har avtale med (f.eks. ved skylagring, nettpørreskjema, videosamtale el.)

Personverntjenester legger til grunn at behandlingen oppfyller kravene i personvernforordningen om riktighet (art. 5.1 d), integritet og konfidensialitet (art. 5.1. f) og sikkerhet (art. 32).

#### MELD VESENTLIGE ENDRINGER

Dersom det skjer vesentlige endringer i behandlingen av personopplysninger, kan det være nødvendig å melde dette til oss ved å oppdatere meldeskjemaet. Se våre nettsider om hvilke endringer du må melde: <https://sikt.no/melde-endringer-i-meldeskjema>

#### OPPFØLGING AV PROSJEKTET

Vi vil følge opp ved planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet.

Lykke til med prosjektet!



## FORESPØRSEL OM DELTAGELSE I FORSKNINGSPROSJEKT PSYKOLOGSPESIALISTERS BRUK AV DET MULTIAKSIALE KLASSIFIKASJONSYSTEMET I BUP

Veileder: Erna H. Tyskø Dahl tlf. 416 83 175 e-post: [ernahenriette@hotmail.com](mailto:ernahenriette@hotmail.com)

Student: June Aikio Grimestad tlf. 900 17 289 e-post: [junegrime@gmail.com](mailto:junegrime@gmail.com)

Prosjektansvarlig: Ingrid Jacobsen ved OsloMet e-post: [personvernombud@oslomet.no](mailto:personvernombud@oslomet.no)

Stuedsted: Oslo Met

### BAKGRUNN OG HENSIKT

Dette er en henvendelse til deg som er psykologspesialist i BUP. Prosjektet er en del av en mastergrad i sosialfag med studieretning familiebehandling ved Oslo Met. Jeg ønsker i min studie å undersøke problemstillingen:

*«Hvordan beskriver psykologspesialister i BUP at psykososiale forhold rundt barnet tas med ved diagnostisering og i utforming av behandlingsplan?»*

I mitt arbeid som sosionom i BUP jobber jeg hovedsakelig med psykologer, og ofte med deloppdrag i en behandlingsplan. I mitt masterstudium ønsker jeg å gjøre et dypdykk i tenkning og praksis til mine kollegaer i BUP.

Jeg ønsker å undersøke psykologspesialisters praksis og holdning til akse 5, avvikende psykososiale forhold, i det multiaksiale klassifikasjonssystem for BUP. Og hvilke eventuelle følger dette får i diagnostisk forståelse og utarbeidelse av en behandlingsplan.

### HVA INNEBÆRER DELTAGELSE

Fem psykologspesialister som har sitt daglige virke i BUP, skal intervjues. Det vil foregå digitalt og tar 45 -60 minutter. Intervjuet er semistrukturert. Intervjuene tas opp på lydopptaker. Hvert intervju vil bli transkribert. Dette blir datagrunnlag som vil inngå i en tematisk analyse. Intervjuene vil foregå i midten av januar forutsatt godkjenning fra NSD.

### FORSKERENENS FORPLIKTELSE OG HÅNDTERING AV INFORMASJON

Alle opplysninger vil behandles konfidensielt under hele prosjektet. Kun studenten og veileder vil ved behov ha tilgang til personopplysninger. Deltagerne vil anonymiseres allerede i transkriberingen. I den ferdige teksten vil det ikke være mulig å identifiser hverken arbeidssted eller person.

Deltagere kan trekke seg når som helst uten forklaring. Da vil informasjon fra disse bli slettet fra prosjektet. Dersom du trekker deg fra studiet etter at den er påbegynt, kan du også kreve

å få slettet opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i vitenskapelige publikasjoner.

Du kan sende klage til personvernombudet eller Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger. Når masteroppgaven er bedømt vil alle opptak og konfidensielle personopplysninger slettes. Dette vil gjøres innen utløp av 15. desember 2023.

Deltagere kan kontakte meg eller min veileder ved spørsmål om prosjektet.

#### SAMTYKKE TIL Å BLI INTEVJUET OM PSYKOLOGSPESIALISTERS BRUK AV DET MULTIAKSIALE KLASSIFIKASJONSYSTEMET I BUP

Dersom du samtykker til å delta undertegner du samtykkeerklæringen, og fyller ut kontaktinformasjon. Dersom du har spørsmål kontakt meg gjerne på telefon eller e-post.

Dersom du ønsker å delta kan du returnere dette skjema med underskrift som en PDF-fil på mail eller i post til student.

#### JEG ER VILLIG TIL Å DELTA PÅ INTERVJU:

Deltakers navn med trykte bokstaver \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Sted og dato

\_\_\_\_\_

Deltagers signatur

**Veileder:** Erna H. Tyskø Dahl

tlf. 416 83 175 e-post: [ernahenriette@hotmail.com](mailto:ernahenriette@hotmail.com)

**Student:** June Aikio Grimestad

Edvard Griegs alle 10

0479 Oslo

tlf. 900 17 289 e-post: [junegrime@gmail.com](mailto:junegrime@gmail.com) Studiested: OsloMet

## Spørsmålsguide

### Spørsmålsguide<sup>1</sup>

1. Sammenliknet med kollegaer i BUP tror du *din praksis* som psykologspesialist er mer eller mindre preget akse 5?
2. Kan du si noe om begrunnelsen for å kode akse 5, avvikende psykososiale forhold, eller å la være kode akse 5?
3. Hvilken forskjell vil man kunne se i en behandlingsplan og diagnostisk forståelse med eller uten å ta med seg avvikende sosiale forhold?
4. Hvilke forhold fremmer eller temmer din bruk av det å bruke avvikende sosiale forhold i diagnostisering og i behandlingsplan?
5. Dersom din vurdering av barnets vansker tilsier at det er faglig riktig og gi tiltak og/eller behandling ift. avvikende sosiale forhold - vil din klinikk ha tilgjengelig tiltak og kompetanse som gjør dette mulig?
  - a) Dersom klinikken din ikke har eller ikke kan gi tiltak/ behandling er du kjent med hvor tiltakene og kompetansen er -og er disse tilgjengelig for deg å bruke?
6. Hvilken forventning opplever du ligger i helsedirektoratets veiledere og retningslinjer, samt i egen lokal ledelse til å ta inn eventuelle vansker knyttet til akse 5 i behandlingsplaner og diagnostisk forståelse?
7. Forsøk å se for deg slik du tenkte mens du var student. Fra den posisjon hvordan vil du vurdere egen nåværende praksis ift. å ta med avvikende sosiale forhold i diagnostisk forståelse og utforming av behandlingsplan?
8. Dersom du hadde vært i en maktposisjon og kunne skape endringer i BUP. Hvilken endring ville du eventuelt ha gjort ift. praksis rundt akse 5?
9. Dersom foreldre fikk 100% innsyn i din tenkning og praktisering av koding, holdning og tenkning rundt akse 5 hvilke reaksjoner og opplevelser tror du de hadde hatt?
10. Dersom samarbeidspartnere knyttet til barnet fikk 100% innsyn i din tenkning og praktisering av koding, holdning og tenkning rundt akse 5 hvilke reaksjoner og opplevelser tror du de hadde hatt?
11. Er det andre tanker eller refleksjoner du ønsker å dele med meg ift. hvordan akse 5, avvikende sosiale forhold påvirker din praksis som psykologspesialist?

---

<sup>1</sup>