



Master i Familieterapi og systemisk Praksis,
VID Vitenskapelig høyskole, Oslo

Kirsi Maria Impola

Oslo

***Hvordan bruke erfaringene og faglige tenkningen fra
Familie- og nettverksenheten i en BUP kontekst?***

26.5.2023

Veileder: Ulf Axberg

22282 Ord

Frist: 26.05.

Opphavsrettigheter

Forfatteren har opphavsrettighetene til rapporten.

Nedlasting for privat bruk er tillatt.

Sammendrag:

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene som jeg har fremkalt ved hjelp av analysemetoden Systematisk tekst kondensering (STC Malterud).

Problemstillingen for denne forskningsprosjektet er:

Hvordan bruke erfaringene og faglige tenkningen fra Familie- og nettverksenheten i en BUP kontekst?

Følgende forsknings spørsmål har vært benyttet for å belyse problemstillingen;

Hva er det i modellen på FNe, familieterapeutisk verktøy, eller tenkningen fra FNe, som har vært nyttig i praksis på BUP?

Hvordan erfarne familieterapeuter bruker sine erfaringer fra FNe og hvordan kommer erfaringene fram i tenkningen og i arbeidet på BUP?

Jeg har kommet frem til følgende tre hovedfunn:

1. Behandlingsteam kommer raskt i gang med behandling med familien, fra dag en, parallelt med utredning og har fokus hele veien på prosess og kontekst

2. Familien tas på alvor på deres familiehistorikk, verdier og opplevelser, og får solid støtte fra dyktig familieteam med tverrfaglig sammensetning.

3. Hjelpen er lett tilgjengelig i familiens nærmiljø i egnede omgivelser, lav terskel inn og behandlingstiden skal brukes til familier.

Abstract:

In this chapter, I will present the findings that I have elicited using the analytics method Systematic text condensation (STC Malterud).

The thesis for this research project is:

How to use the experiences and professional thinking from the Family- and Network unit in a BUP context?

The following research questions have been used to gain insight into the issue;

What is it about the model at FNe, a family therapeutic tool, or the thinking from FNe, that has been useful in practice at BUP?

How senior family therapists use their experiences from FNe and how do the experiences show in the thinking and practice at BUP?

I have reached the following three main findings:

1. *The treatment team quickly starts treatment with the family, from day one, in parallel with the investigation and focuses throughout on process and context*
2. *The family takes their family history, values and experiences seriously, and receives solid support from a skilled family team with an interdisciplinary composition.*
3. *The help is easily available in the family's immediate environment in suitable surroundings, easy access and the treatment time should be used for families.*

INNHOLDSFORTEGNELSE:

1. Innledning.....	s.1
2. Oppgavens problemstilling.....	s.2
3. Disponering av oppgaven.....	s.3
4. Kontekstavklaring.....	s.3
4.1. BUP kontekst.....	s.3
4.2. FNe kontekst.....	s.6
5. Teori.....	s.9
5.1. Systemteori.....	s.9
5.2. Sosialkonstruksjonisme.....	s.11
5.3. Intensiv familieterapi.....	s.12
5.4. Familieterapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis.....	s.14
5.4.1. Den pluralistiske orienteringen.....	s.14
5.4.2. En familiebasert praksis.....	s.15
6. Belysning av sentrale styringsrammer.....	s.17
6.1. New Public Management.....	s.18
6.2. Den medisinske modellen i psykisk helsevern.....	s.19
6.3. Diagnose.....	s.20
6.4. Pakkeforløp.....	s.21

7. Metode og valg av design.....	s.23
7.1..Epistemologi.....	s.23
7.2. Vitenskapsteoretisk ståsted, en fenomenologisk-hermeneutisk..... forståelsesramme.....	s.23
7.3. Rekruttering og intervju av deltagere.....	s.25
7.4.Valg av analysemetode.....	s.27
7.5. Trinn 1 helhetsinntrykk.....	s.27
7.6. Trinn 2 Organisere og identifisere meningsbærende enhetene.....	s.28
7.7 Trinn 3 Kondensering.....	s.29
7.8.Trinn 4. Syntese.....	s.32
8. Kritisk gjennomgang av metoden.....	s.33
9. Etske implikasjoner.....	s.34
10. Refleksivitet.....	s.35
11. Presentering av funn.....	s.35
11.1 Behandlingsteam kommer raskt i gang med behandlingen med familien, fra dag en, parallelt med utredning og har fokus hele veien på prosess og kontekst.....	s.36
11.2 Bruken av erfaringer fra FNe i utredning og behandling.....	s.36
11.3 Teamarbeids betydning.....	s.37
12. Familieterapeutisk praksis og generelle praksis på BUP poliklinikken utfra erfarne familieterapeutenes perspektiv.....	s.38
12.1 Utredning- og behandlingspraksis ut fra erfarne familieterapeutens perspektiv.....	s.39
12.2 Heldige som får jobbe familieterapeutisk.....	s.40
12.3 Teamarbeid.....	s.41
12.4 Rammebetingelsenes betydning for den generelle- og Familieterapien innen BUP hverdag.....	s.42
12.5 Pakkeforløp og administrative oppgaver som tidstyv fra Pasientbehandling.....	s.42

12.6 Ledernes betydning i innholdet og rammene for behandling.....	s.44
12.7 Fysiske rammene.....	s.45
12.8 Erfarne familieterapeuter bruker den pluralistisk orienteringen og familiebasert tenkning og praksis i sin hverdag.....	s.46
12.9 Endelig en overskrift som passer for mangfold av Perspektiver.....	s.46
12.10 Hvordan vises pluralistisk orientering og familiebasert praksis i tenkningen om praksis på BUP.....	s.47
12.11 Framtidens BUP og erfaringer og barneombudets rapport: «jeg skulle ønske at BUP var en koffert» og andre perspektiver? ..	s.49

13. Avsluttende del.....	s.51
--------------------------	------

Litteraturliste.....	s.55
----------------------	------

VEDLEGG 1: timeplan

VEDLEGG 2: NSD vurdering

VEDLEGG 3: Intervju guide

VEDLEGG 4: Informasjonsbrev

VEDLEGG 5: Deloitte

1. Innledning:

Familieterapeutisk tenkning og praksis blir stadig utfordret og marginalisert i dagens spesialist helsetjeneste. Individuelt orientert, diagnose rettet medisinske behandlingsretninger dominerer generelt i psykisk helsevern. Behandlingen i familiesammenheng mangler en enhetlig felles forståelse, både når det gjelder innhold i behandlingen og rammene rundt det. Det i seg selv gir muligheter for et mer fleksibelt og variert tilbud for familier, som mottar veiledning og behandling i psykisk helsevern i ulike sykehusnivåer. Familieterapiens gylden tid var i 70-80-tallet, og det var i den tiden, det ble definert som eget fag (Lorås og Næss, O, 2019, s. 5-6). En stor del av tidligere ansatte ved Familie- og nettverksenheten, (FNe), hadde opplevd denne perioden, og de var stolte av faget, og hadde ønske om å videreføre denne fagtradisjonen. Etter omorganisering 2011, fikk mange av dem et jobbtillbud på FNe, og det ble naturlig å tenke, at familieterapeutiske retningen var de som skulle gjøre seg gjeldende i grunnleggende tenkningen for Familie- og nettverksenheten. FNe ble organisert under barne- og ungdomspsykiatrien, i 3. linje ved spesialseksjon. Spesialseksjonen besto av Familie- og nettverksenheten (FNe) og Nevropsykiatrisk enheten (NPe).

2019 bestemte avdelingsledelsen i BUPA å legge ned den ene enheten i spesialseksjonen, mer eksakt FNe, og den andre enheten, NPe, ble organisatorisk under barneseksjonen, men ble fysisk i samme lokalene på Sogn. Beslutningen ble tatt etter tre år med ulike prosesser, arbeidsgrupper, ledermøter flere risikoanalyser og lederstyrte endringsprosesser. Prosessene besto av å vurdere spesialseksjonens plass i organisasjon, funksjon og kostnader, og beslutningen ble tatt av ulike arbeidsgrupper med tillitsvalgte, verneombud, ulike fagutviklere og BUPA ledergruppe og til slutt klinikkledelse. Tidligere FNe- ansatte ble overført til BUP poliklinikkene innen OUS; BUP Oslo Nord og BUP Oslo Syd. Omorganisering og omstille seg på nytt faglig er tøffe prosesser og kan føre til at man mister dyktige fagfolk underveis. FNe var ikke unntak av dette. Gjennomsnittsalderen for ansatte på FNE var høy, 50 år, siden ved forrige omorganisering var det de som hadde lengst ansiennitet prioritert i stillingene. Andre grunner for at ansatte sluttet ved overgangen var blant annet helsemessige problemer, noe ansatte hadde nådd pensjonistalderen, slitasje av både private og jobb sammenhenger, avstand til nytt arbeidsted, faglige ståsted mm. BUP hadde alt for lite bemanning å håndtere pasientmengden og trengte sårt ekstra «hender», og det var ønske om å få inn mer familieterapeutisk kompetanse. BUP strevet med en del utfordringer med økende fristbrudd av behandlingsstart, mye turnover av personalet, slitasje over tid med tanke på enorm øking av henvisninger, (minst 30% mer,) uten å ha nok ressurser både i form av bemanning eller penger. Samtidig foregikk det innføring av pakkeforløp, for hele klinikken for psykiske lidelser og avhengighet og rus. FNe hadde i flere år vært under vurdering med tanke organisering og ressursbruk. FNe hadde områdefunksjon og hadde familier i behandling fra alle BUP poliklinikker i Oslo, også utenfor OUS.

Avtalen om områdefunksjon hadde også utløpt, og OUS så muligheten å binde FNe resurser for sitt eget bruk. Ved å ikke fornye avtalen med BUP poliklinikker utenfor OUS; Nic Waals Institutt ved Lovisenberg Diakonale Sykehus og BUP Vest ved Diakonhjemmet sykehus, fikk OUS disponert FNe resursene innen eget sykehus.

Forfatteren jobbet i fire år som familieterapeut og spesialsykepleier på FNe, og var en av de ansatte i denne omorganiseringssprosessen 2019 og som følge av nedleggning av FNe. Overgangen fra et sterkt fagspesifikt, systemisk familieterapeutisk forankret system, til en BUP poliklinikk med forankring i den lineære medisinske modellen, er en utfordrende øvelse, spesielt da det ikke foreligger nok kunnskap om hverandres tenkning og praksis. Det familieterapeutiske, tverrfaglige, høyt kompetente felleskapet ble splittet og sprett ut på OUS BUP poliklinikker.

2.Oppgavens problemstillinger:

Jeg ble interessert i hvordan tidligere ansatte fra FNe har opplevd overføringen til BUP, med tanke på erfaringene sine fra FNe? Hvordan bruker tidligere ansatte erfaringene sine og kombinerer det med praksisen innen et barne- og ungdomspsykiatriens poliklinikk? Intervjuene av deltagere ble gjort to år etter nedleggningen av FNe. Det tar ofte lengre tid for å kunne implementere tidligere kunnskap og erfaringene innen en ny kontekst, etter to år har man hatt tid til å sette seg inn i hvordan den nye konteksten man er inni fungerer, og kan begynne å se mulige anledninger for det.

Problemstillingen i oppgaven ble:

Hvordan bruke erfaringene og faglige tenkningen fra Familie- og nettverksenheten i en BUP kontekst?

Forskningsspørsmål er:

Hvordan erfarne familieterapeuter bruker sine erfaringer fra FNe hvordan kommer erfaringene fram i tenkningen og i arbeidet på BUP?

Hva er det i modellen på FNe, familieterapeutisk verktøy, eller tenkningen fra FNe, som har vært nyttig i praksis på BUP?

3. Disponering av oppgaven:

Jeg har valgt å disponere oppgaven med å starte med kontekst avklaring, teori og noe sentrale begreper i oppgaven. Andre delen handler om selv forskningen, vitenskapelig ståsted, valg av metode, henting av informasjon, analyse og prosessen i ulike faser. Tredje delen består av presentering av funn og drøftingen av det og den siste avsluttende delen går på forskningsetikk og implikasjoner for praksis og forskning videre.

4. Kontekstavklaring:

Siden oppgaven dreier seg om hvordan overføre erfarings basert kunnskap fra en kontekst til en annen, kan det være nyttig vite hva disse to kontekstene består av. I begynnelsen av oppgave skriving kom det opp et spørsmål hva som er forskjellen i disse kontekstene. Uten å ha kunnskap om innhold i tilbudet og ideologien bak, er det lett å se likhetene, som også er tilstede. Begge behandlingstilbudene er polikliniske tilbud innen BUPA ved OUS. Begge behandler barn, ungdom og deres familier, hvor det er barn som har psykiske vansker. Begge har økonomiske rammebetingelser og krav om produksjon i form av refusjoner utløst av utførte behandlingstiltak. Begge har dyktige kompetente fagfolk som er opptatte av barn og ungdom og deres familie for etter behandling bedre situasjon både psykisk, relasjonelt og utviklingsmessig. Begge er innen spesialisthelsetjeneste.

4.1 BUP kontekst

I dagens spesialist helsetjeneste i barne- og ungdomspsykiatrien er trenden i behandlingen mer innen den lineare medisinske modellen. For mye fokus på diagnose kan risikere at man mister en helhetlig situasjon for barn, ungdom, deres familie. BUP sin oppgave er å utrede og behandle barne- og ungdomspsykiatriske tilstandsbilder/diagnoser, spesifikke lærevansker, utviklingsforstyrrelser og atferdsvansker. Utredningen og behandlingen kvalitetssikres og kontrolleres med overordnede administrative systemer som f.eks. diagnosestyrt pakkeforløp. Det er produksjonskrav knyttet til behandling i form av konsultasjoner og tiltak som utløser refusjon fra helseforetakene.

Rammebetingelser har vært sentrale for tilbudet til familier innen barne- og ungdomspsykiatrien i alle år. Resultatorientert tenkning innen helsevesen og styringen utfra det økonomiske utgangspunkt har blitt overordnet til det faglige. Nedlegginger og desentralisering av tilbudene har stått i veien for å utvikle og sammen kjøre det faglige. Omorganisering på Sogn 2004, 2011 og 2019 er gode eksempler for det. Pakkeforløpet holder på å bli etablert i hele helsevesenet, og det setter noe nye utfordringer og press med tanke på behandlingstid og effektivitet. Kommunen har ikke tilstrekkelig nok tilbud for barn- og ungdom og deres familier, og behandlingstilbud mellom poliklinikk og sengepostene manglende for å videreføre behandling.

Poliklinisk behandlingen av barn og ungdom og deres familie på BUP er tett knyttet til et medisinsk, evidensbasert, og manualbasert behandling. En vanlig BUP arbeidshverdag består stort sett av konsultasjoner som er knyttet til enten utredning eller behandling av barn, ungdom eller deres omsorgspersoner. En del av tid går samarbeid med instanser som er knyttet til barn, ungdom og familiens nettverk, som for eksempel helsestasjon, barnehage og skole. Faglig ståsted er tett knyttet til den medisinske diagnosebaserte rammen. Det familiterapeutiske arbeidet er hovedsakelig knyttet til psyko- edukative og manualbaserte metoder. Generelt er behandlingen på BUP mest knyttet til kognitiv atferdsterapi (KAT) med tanke på at det er vitenskapelig bevist som den mest tidssparende og effektive metoden innen diagnosebasert behandling. Behandlingen blir gitt utfra utredningen, ofte basert på standardiserte utredningsverktøy resultater av disse. Behandlingen er individrettet, og familien er oftest med for å få informasjon og veiledning utfra individets psykisk tilstandsbilde, eller utfra anerkjente programmer for foreldreveiledning som for eksempel De Utrolige Årene av Caroline Webster Stratton og Marte Meo.

Siden diagnostiske problemstillinger er utgangspunktet til behandling, har BUP opprettet ulike Matrise team for spesifikke diagnosegrupper eller behandlingsmetoder. Det finnes matrise for spiseforstyrrelser, nevropsykiatrisk team, psykose, familie, dialektisk atferdsterapi, de utrolige årene foreldreveiledning, og seksuelt skadelig atferd Tanken er å samle spisskompetansen i et team som kan jobbe sammen og skape et faglig ressursteam som man kan bruke konsultativt eller henvise til behandling av teamet. Det er ulik andel av BUP generalist behandlerstillingen de ulike teamene og teammedlemmene har fått til disposisjon, litt avhengig av hva som er vurdert av omfang og for å intensivere behandlingen der det tenkes som hensiktsmessig.

2012 ble det opprettet Front ungdom ved OUS. Meningen var de skulle dekke akutt krise behandlingen for ungdom og barn, og deres familier. Front fungerer i dag som en akutt krise tilbud ved akutte alvorlige psykopatologi med forverring eller rask funksjonsfall hos barn eller ungdom. Det blir en slags av buffer for bruk av dag døgntjenester og sortering av inntak for BUP poliklinikken og sengepostene, mer enn akutt ambulant tverrfaglig behandlingstilbud for barn og ungdommer og deres familie. Sengepostene har alt for lite plasser for barn og ungdom, og deres familier i en akutte døgn-trengende behov, tanken bak det er å satse på et hjemsykehus, hvor behandlingen skal foregå hjemme i naturlige omgivelser. Dette medfører at behovet blir ikke dekket for mange barn og ungdom og deres familier. De blir gående enten uten tilbud, eller tilbud på feil nivå eller omfang, og taper terrenget hver dag som går (<https://oslo-universitetssykehus.no/avdelinger/klinikk-psykisk-helse-og-avhengighet/barne-og-ungdomspsykiatrisk-avdeling/ungdomsseksjonen-psykisk-helse/front-ungdom-hjemmesykehus#les-mer-om-enhet-front-ungdom-her>).

Utfordringer med behandlingen av en unik familie ut fra et begrenset medisinsk forståelsesmodell er, at det som regel ikke er nok til å dekke den komplekse problematikken som oppstår innen familiesystemet. Barn, ungdom og deres familie er under utvikling hele tiden, foreldrene er ulike med sin bakgrunn, kultur og historikk, og familiene i sin helhet går i ulike prosesser hele tiden. Møter mann psykiske utfordringer eller vansker som ikke blir løst relativt raskt hos det ene eller flere familiemedlemmer, kan det forstyrre eller sette på pause de nødvendige utviklings- og endringsprosesser. Det alene kan bli til en trussel for å velte hele familiesystemet. Konsekvenser kan over tid virke både på det relasjonelle innen familie og nettverket ellers, og man kan falle ut av flere psykososiale sammenhenger. Barn og ungdommen, og deres familiens og den individuelle utviklingen setter krav for tjenestenes fleksibilitet og variasjon i behandlingstilnærminger og metodikk.

Barna og ungdommer lever i en familie som består av ulike personer, relasjoner, forståelses rammer, og løsningsmuligheter. Hvordan man møter disse utfordringer er avhengig av i hvilken sammenheng de er oppstått i hvordan de bli møtt. Diagnosene og den medisinske modellen kan bli for snevert ramme for barn og ungdommer som er i en ruskende individuell utviklings prosess og som har livet sitt mer fra her og nå perspektivet som forandrer seg fra dag til dag. Kompleksitet blir mye større med tanke på hvor ulike sammensatte behovene og ressursene det enkelte barn- eller ungdom, og deres familie har til dette. Diagnosene kan være like, men behovet og utgangspunkt kan være svært ulikt. Her spiller barnets livssituasjon og de nære relasjonene og systemene rundt et krav som fleksibilitet og samarbeidende praksis. Barn og ungdom har rettighet til å få behandling tilpasset for situasjonen sin, og være deltakende, ev. med foreldre, for planlegging av behandlingsforløp, valg av behandling og involvering av familien- og nettverk på sitt nivå (Låros og Næss 2019, s.17-19).

4.2 FNe kontekst:

FNe ble til etter omorganisering av Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling (BUPA) i 2011. Ved omorganisering ble 50% av dag og døgntjenester overdratt til AHUS fra OUS. Ansatte på FNe ble «skrapt sammen» av fem ulike behandlings- eller utrednings enheter ved OUS. Årsaken for omorganisering var den gang nok mer de økonomiske enn den faglige. ([Nasjonal direktørsamling \(spesialisthelsetjenesten.no\)](http://www.nasjonal-direktorsamling.spesialisthelsetjenesten.no)) Det tok relativt lang litt tid å finne en modell som var sammensatt og tilpasset for dette tjenestetilbudet. Utgangspunktet for modellen var, at familierapien og systemisk praksis skulle være den bærende faglige forståelsen. Ansettelsen av enhetsleder med familierapeutisk kompetanse var en ledd i dette. Det kom av, at mange ansatte hadde familierapien som grunnleggende ideologi og brente for å videreføre det. Andre betingelser var krav om effektivitet, bruke penger mer effektivt og intensivt, behandlingstid skulle være relativt kort og at tilbudet var for hele familiesystemet. Behandlingen skulle være et ledd i den totale behandlingen på barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken, ikke ved siden annen behandling. FNe skulle ha områdefunksjon som vill si at familiene som kom til behandling ble henvist av alle fire BUP i Oslo; Nic Waals Institutt, Mental hygienisk institutt, senere tiden BUP Vest, BUP Oslo Nord og BUP Oslo Syd. Beliggenheten var midt i naturen, skog og vann og friluftsmuligheter i nærheten og rolige omgivelser, uten by-støyen og trafikken. Lokalene var i gamle SSBU lokaler, på Sogn («Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri I Oslo. Fra åpning til nedleggelse,» *Sykehushistorier*, besøkt 13.mars 2023, <http://www.sykehushistorier.samlinger.no/items/show/144>).

En del av ansatte på Familie- og nettverksenheten hadde vært tidligere ansatte på Statens Senter for Barne- og Ungdomspsykiatri, senere Sogn senter for barne- og ungdomspsykiatri (SSBU). SSBU var blant annet kjent for å utviklingen av tilbudet av innleggelsen av hele familien med en helhetlig, bio-psyko-sosial tilnærming, og hadde mange ansatte som var tilhengere for familierapeutisk tenkning og brukte det aktivt i sin arbeid paraplyen over det hele.

FNe var den siste «mellomnivå» enheten i Oslo, som utviklet seg i 1970- og 1980 tallet. Psykisk helsevern for barn og unge var i utvikling, og familierapeutiske metoder ble mer vanlige i løpet av disse tiårene. Familieavdelinger ved flere BUP-klinikker i Norge ble startet opp. SSBU (Statens senter for

barne- og ungdomspsykiatri) var opprettet utfra et behov for en ungdomspsykiatrisk avdeling og et ønske om et medisinsk tilbud for barne- og ungdommer. Meningen var å skape et sterkt faglig miljø, hvor man kan forankre faglig utvikling og utdanning. Tverrfagligheten, helhetstenkingen og bio-psyko-sosiale modellen sto som sentrale. SSBU fikk ha sin virksomhet i 36 år, og ble etter det gradvis demontert. Risikoen ved demontering og nedlegging av faglige utdanning og utviklings steder er, at hvis man kjører alle ressursene ut til det laveste omsorgsnivå, så mister man det faglig sterke sentrum som skal holde liv i dette («Statens senter for barne- og ungdomspsykiatri I Oslo. Fra åpning til nedleggelse,» *Sykehushistorier*, besøkt 13.mars 2023, <http://www.sykehushistorier.samlinger.no/items/show/144>).

Behandlingen på FNe ble uttalt som kostnads- og ressurskrevende. Det ble brukt mye ressurser i form av fagpersoner og kompetanse på en familie i fire uker, fem dager i uken, fire timer om dagen. Det var beregnet, med tanke på timeantall familien var på enheten, å tilsvare to år i en poliklinisk behandling. Forut bestemmelsen nedleggelsen var seksjonslederstillingen ubesatt i tre år. Det var avstand og uavklart leder-linje oppover som resulterte, at FNe fungerte over lenge tid som isolert «silo». Ansatte hadde fokus på daglig arbeid med familier, systematisering av arbeidet og tilpasse tilbudet til økende behov, og samtidig prøvde å holde kvaliteten oppe i behandlingen generelt i det familieterapeutiske arbeidet. Jevnlig feedback fra familiene var nødvendig for å måle dette. Ansatte hadde høyt kompetanse både i familieterapi og andre fagområder og stort sett lang erfaring innen psykisk helse i ulike nivåer av helsetjenester. En rekke forskning og studier viser det motsatte, at familieterapien tross ressursbruk er kostnadseffektiv behandling. Spesielt effektivt er det for det relasjonelle, og psykiske helsevansker for barn, ungdom, og voksne.

Et av første stegene for å avgjøre FNe: s framtid var Deloitte – rapport (Oslo Universitetssykehus, Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, evaluering av dagtjenester, 14.januar 2016). Det var bestilt av ledergruppen i BUPA. Formålet for evaluering var å finne ut hvor effektive og faglig gode pasientforløpene var, og om det var duplikasjoner av dagtjenestene ved Barneseksjons enhet B og Spesialseksjons FNe og om det var klar oppgavefordeling mellom disse enhetene. I rapporten kom frem til at det største hinder for dette var silotankegangen i BUPA på alle nivåer, lite fellesmål, og lite helhetlig tenkning om framtidens utvikling innen BUPA. Flyttingen eller splittingen av FNe var ikke anbefalt; FNe: s behandlingsmodell hadde «satt seg», etter mange års hardt arbeid til å utvikle det, og ansatte og poliklinikkene var fornøyde. Uro hadde kunnet å resultere å miste mange dyktige fagfolk og en verdifull kompetanse. Kompetansen og metodikken og utvekslingen av det mellom ulike tjenestene, ble sett som nødvendig for utviklingen av BUPA og behandlingstilbudene videre.

Daværende BUPA avdelingsleder Trude Fixdal brukte Deloitte rapporten i sin endringsoppgave for Nasjonalt topplederprogram 9.3.16, hvor temaet var: Oppgavefordeling og omorganisering mellom to enheter i Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling, Oslo Universitets sykehus. Et av tiltakene i endringsprosessen i oppgaven var: Å starte diskusjon om organisatoriske plassering av FNe i ledergruppe. I fremdriftsplanen fremkommer at det støttes av flere i ledergruppen en nedleggelse av FNe i sin nåværende form og en omdisponering av ansatte og ressurser. Avdelingsleder Fixdal tenkte at ved å legge ned FNe og omdisponere ressurser i form av ansatte og penger, og gjøre dette innen vedtatt budsjettamme, førte til en kompetanseutveksling, bedre oppgavefordeling og mindre silotenkning som syntes å være gjennomgående i hele organisasjonen. ([Nasjonal direktørsamling \(spesialisthelsetjenesten.no\)](http://NasjonalDirektorsamling.spesialisthelsetjenesten.no)).

Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling bestemte å legge ned en dagbehandlings tilbud Familie- og Nettverksenhet (FNe) og klinikere ble overført som resurs til to OUS BUP; BUP Oslo Nord, og BUP Oslo SYD. FNe ansatte besto av erfarne familieterapeuter, hvor alle jobbet utfra pluralistisk orientert, familiebasert og intensiv familieterapi. Det innebærer fagspesifikke, erfaringsbaserte, familieterapeutiske tilnærminger, og systemisk praksis og tilpasset til den enkelte familiens og poliklinikkens behandlingmessig behov. Det var et tverrfaglig team rundt en familie med spesialpedagoger fra Osloskolen, intensivt 4-6 uker, mandag til fredag, 4 timer om dagen. Det var klart familieterapeutisk, systemisk retning i behandling for samtlige familier som kom til behandling. Familieterapien var komprimert av andre anerkjente tilnærminger blant annet fra den medisinske paradigma, men familieterapeutiske intervensjoner og systemisk praksis var hoved

I teoridelen går jeg mer inn i intensiv familieterapi og familieterapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis. Jeg tenker at det ligger nærmest klinisk praksis på FNe, siden disse tenkningene ble utviklet av familieenhet på Statens Senter for Barne- og ungdomspsykiatrien i samme lokalene og noe av det samme personale fortsatte jobbingen på FNe. Ansatte og ledelsen hadde troen og erfaringer med, at denne type behandling traff noe bedre familiene. Det var mer tilpasset og skreddersydd til den enkelte familie og erfaringene og tilbakemeldingene fra familiene var gode. Personale på FNe var sammensatt av flere erfarne terapeuter fra ulike deler av familieterapeutiske enheter på barn- og ungdomspsykiatri og hadde bredt faglig og erfaringskompetanse. Jobbingen var i teamet, tett på familier, og utfra både henviserens og familiens egen definerte mål i utformet i felleskapet med familien og behandlingsteam.

Den pluralistiske orienteringen og intensive familieterapien kan fort stå i motsetning til den dominerende diskurs som råder i psykisk helsevern. Den medisinske modellen, med hovedfokus på utredningen og behandlingen utfra diagnostisk perspektiv er sentral i denne modellen. Pakkeforløp

har også forsterket medisinske modellen, ved å ha ulike «pakker» for diagnostisk utredning og behandlingsforløp, som bidrar ofte at endringsprosessen blir forsinket og ventetiden for behandling blir forlenget. Behandlingen for familiebasert praksis starter alltid fra dag en. Tidlig opplevd endring, etablering av håp og opplevelse av å få hjelp i tillegg til terapeutisk er avgjørende for et godt behandlings forløp. Hvis man tenker utredning og behandling som to avskilte løp, bruker masse tid for å gå gjennom utredningspakke, mister man mye tid som man heller kunne brukt til å hjelpe barn og unge, og deres familie (Låros og Næss 2019, s.279-280).

Siden FNe var den siste intensive familierapi enheten i tredje linje tjenesten i Oslo, er ansatte bærer av historikken og familierapeutisk erfarings basert kunnskap videre. Når flere systemiske familierapeutiske tilbudet innen spesialist helsetjeneste blir lagt ned, er det nyttig å vite hvordan man kan opprettholde systemisk praksis i et medisinske kontekst.

Vedlegg 5

5.Teori

I denne delen av oppgaven vil jeg gå mer inn på de sentrale begrepene og forståelsesrammer knyttet til denne oppgaven. Systemteori og sosialkonstruktivisme gir den grunnleggende teorigrunnlaget i systemisk praksis. Siden det faglige ståsted på familie og nettverksenhetens praksis var familierapi og systemisk praksis måtte jeg tenke hvilke tilnærminger var mest presenterte i det daglige arbeidet. Jeg fant ut etter en liten gjennomgang i de ulike retningene at forståelsen av behandling var blanding av den pluralistisk orientert familiebasert praksis og intensiv familierapi. Med tanke på det, har jeg valgt å skrive om disse to forståelsene litt mer detaljert i teoridelen, for å gi et teoretisk utgangspunkt som gir mest gjenklang i det faglige på FNe.

5.1. Systemteori

Familien er et kompleks system hvor utfordringene kommer fram i samhandlinger og prosesser innen familien eller mellom familien andre systemer rundt. Fokus er på det relasjonelle, kommunikasjon og organisering av familien mer enn individuelle karakterer, diagnoser, eller andre definerte utfordringer eller vansker hos det enkelte familiemedlemmet. Familien blir sett utfra relasjons- og

systemisk perspektiv. Familierterapi utfra et systemisk perspektiv utelukker ikke betydningen av individuelle psykologiske prosesser men prøver å forstå mer hvordan det spiller inn i familiens samhandling (Låros og Næss 2019, s.21).

Det er litt underlig at systemteorien opprinner fra matematikk, fysikk og ingeniørkunst. Systemteori og kybernetikk åpnet opp for nye muligheter å forstå hvordan problemet oppstår, opprettholdes, og løses. Etter at den interpersonelle og interaksjons forståelsen ble utviklet, gjorde det mulig disse teoriene. Både maskiner og en menneskelig hjerne, ble forstått som en organisert samling av deler, som utgjør en kompleks helhet. Et system utfra generell systemteori er mer enn summen av delene, ikke et regnstykke som summerer, og gir et eksakt problem forståelsen. Måloppnåelse kan skje på mange ulike måter, det er mange veier til samme mål, som også blir kalt ekvifinalitet. Flere påkjenninger kan resultere til et symptom eller en vanske som preger hele familien. Viktige systemiske begreper for å forklare menneskelig interaksjon er: informasjon, sirkularitet, feedback, punktuering, kart og terreng. Informasjon, kommunikasjon og mønstre, mer enn energi eller mekaniske begreper. Gregory Bateson beskriver det som «The pattern that connects» eller «en forskjell som gjør en forskjell», som er noe av hans mest velkjente sitater. Alt henger sammen, og lager systemer som henger sammen, både i naturen, menneskeverden, og teknologien. Den pragmatiske kommunikasjonsmodellen, hvor all atferd ble forstått som en kommunikasjon, og betydning av virkningen av kommunikasjon, var det første helhetlig forsøk å bygge opp begrepsapparat for forståelse av et menneskelig samhandling. Konteksten har en stor betydning, og aksiomer som hjelper å beskrive og forstå kommunikasjons sammenhenger. Et eksempel av aksiomer er: «alt er relativt». Det er skille mellom kommunikasjon, og metakommunikasjon, og en analog - og en digital kommunikasjon. I menneskelig systemer kan man skille mellom mønstrene på den pragmatiske aktuelle interaksjonen, eller repeterende mønstrene som vaner («reducancy») (Johnsen og Torsteinsson, 2012 s.27-30).

Kjennetegn for familie systemer er helhet; gjensidig forhold og gjensidig avhengighet i familien, som er mer en summen av delene. Feedback system hvor omgivelsene, eller familiemedlemmer gir input til et familiesystem som familiesystemet reagerer på. For å overleve reagerer systemet på input med å utvide, eller begrense reaksjonsmønstre. Konsekvensene eller sluttresultatene kan oppnås fra ulike utgangspunkter eller utløsende mekanismer, utfra ekvifinalitet (Jones, 1996, s.26).

Systemteorien er grunnlaget for all behandling som dreier seg om det relasjonelle, og sammenhengene, som man finner i alle livets områder og enkelte gjenstander og fenomener. Alt er relatert til noe, for eksempel hvordan fingrene i en hånd er relatert til hverandre med avstand, funksjon og bevegelse. Sirkulære kausaliteten utspiller seg mellom mennesker, som tvinger

familie terapeutene å ha fokus på familieprosesser og samhandling, istedenfor å utforske en årsaksforklaring, eller legge skyld på et familiemedlem for et systemproblem. Terapeuten er nysgjerrig på, hva og hvilke faktorer som forsterker, eller reduserer samspeillet som oppleves som problematisk, og hvordan det er knyttet til den konteksten hvor den oppstår (Låros og Næss, 2019, s.21).

Innenfor systemisk praksis ser man på mennesket som deltagende i et sosialt system. Menneskets utfordringer vurderes derfor best å kunne løses innen det sosiale og relasjonelle systemet hvor de er deltagende. Menneskenes egne erfaringer og historier vurderes som et godt utgangspunkt, for å finne nye måter å håndtere deres vansker på. Et grunnleggende mål er derfor å mobilisere de styrkene som allerede eksisterer innenfor deres sosiale og relasjonelle system. En forståelse av at mening skapes gjennom språket, som brukes innenfor de sosiale- og kulturelle rammen, gjør det også til et mål å identifisere hvert enkelte persons tanker og opplevelser. På denne måten legges det til rette for å skape ny mening og muligheten for at nye forståelser og relasjoner kan oppstå. (Lorås Bertrando, Ness 2017).

5.2.Sosialkonstruksjonisme

Sosialkonstruksjonisme utviklet seg fram fra 1900-tallet. Virkeligheten er ikke gjenspeiling av observerbare enheter men den er konstruert, og gjenskapes mellom handlinger og interaksjon mellom mennesker. Ideer, organisasjoner, penger, politiske institusjoner og kjønnsroller er eksempler på menneskeskapt sosiale konstruksjoner (Ringdal, 2016 s.43).

Når et fenomen er sosialt konstruert, er det menneskeskapt og kollektiv, ikke autonom og naturlig. Det ligger i sosialkonstruksjonismens natur å endre fenomen, eller i det minste, ta en grundig kritisk vurdering på den. Vurderingen går ut på om dette fenomenet fortjener å bli videreført, må bli endret eller om det må oppheves. Konstruksjonene kan være på individuelt eller kollektivt nivå. Det er to former for konstruktivisme; erkjennelsesteoretisk konstruktivisme (f.eks. kvantefysiske teorier, viten) og ontologisk konstruktivisme (samfunnsskapt). Språk er et godt eksempel av sosiale konstruksjoner (Collin & Kjøppe, 2015, s.419-422).

Sosialkonstruktivistene kom med et provoserende standpunkt for at naturvitenskap gjenspeiler ikke virkelighet objektivt, men derimot samfunnsmessige omstendigheter rundt forskningen. For å øke stemningen påsto de, at også atomer, som vises til i naturvitenskapelig viten, var konstruksjoner. I den forstand avspeiler fysiske virkeligheten den sosiale virkeligheten. Et vitenskap, sett som samfunnsmessige institusjon med vitenskapelige teorier, er åpen for påvirkning av virkelighet.

Debatten om den erkjennelsesteoretiske konstruktivisme, med tanke på naturvitenskapene er langt fra avsluttet. Konstruktivisme og kritisismen har virket med å filtrere ut sosiale faktorer i naturvitenskap (Collin & Kjøppe, 2015, s.424-426).

5.3.Intensiv familierterapi:

På FNe var det mange familier med stor kompleksitet i problematikken og som hadde hatt mange runder med ulike instanser, behandlingsmetoder og eksperter. Mange bærer mye skyld og skam på skuldrene sine og tenkte at de var håpløse saker. I noen tilfeller hadde både hjelpeapparatet og dem selv gitt opp. Intensiv familierterapi er varetagende akkurat for denne type familier og de fikk noe ut av det og noe med seg videre også.

I sin bok *Intensive Family Therapy* (Sundelin, J. 1999, s.59) har Johan Sundelin brukt fire kriterier for Intensiv familierterapi for sin forskning:

- A. Et systemisk orientert program for å utforske, eller utsette ulike måter å takle en opplevd vanskelig situasjon for familien og deres hjelpere. Et familierapeutisk program bestående av møtepunkter med familien og individer i familien. Arbeid i fellesskapet med tett samarbeid, over begrenset tid, med plan og forberedelser, og et ambulant oppfølgingsperiode. Oppfølgingen består av gjentatte hjemmebesøk og planlagte samarbeidsmøter med skole, sosialkontor ol.
- B. Terapi er organisert og utført av et terapeutisk team. Teamet består av familierapeuter, miljøterapeuter med ulike grunnutdanninger, psykologer, sosionomer, forskole lærere, lærere ol. Disse teamene har gode detaljerte rutiner for intern og ekstern samarbeid.
- C. Intensiv familierterapi er spesielt foretrukket behandling, nesten alltid begynt med kriser i en familie, eller i deres refererte terapeutiske systemer (familie, sosiale tjenester, poliklinikk)
- D. Familierterapi ukene oppleves nesten alltid som nyttige ritualer av den spesifikke familien, og som en markant «vendepunkt» eller «nytt start» for deres videre familieliv.

Intensiv familierterapiens målgruppe er de komplekse sakene med et sammensatt problematikk, som allerede har prøvd ut en, eller flere behandlingsformer innen psykisk helsevern for barn og ungdom. Erfaringene fra tidligere behandlingen er blandet. En del av familier føler, at de ikke har blitt sett eller hørt av tidligere behandlere, metoden har ikke helt truffet, og ofte føler de, at de har prøvd alt og ingenting hjelper, og mistet tilliten enten til systemet. Tilliten er viktig å få gjenopprettet så tidlig som mulig i behandling. Relasjonene innad og utad familien er ofte utslitte, det er store vansker med

kommunikasjon, og familien er ofte i spiralen av fastlåst håndtering av utfordringer som fører sjeldent til konstruktiv løsning, og isteden gjør problemet større (Låros og Næss 2019, s.213).

Kontekstuelle støtten, og stort nok fokus på barnets psykisk helseutvikling i intensiv familierterapi, krever en samlet innsats. Et koordinert behandlingsteam med ulike kompetanser, sammen med familien, gjør det mulig å finne strategier mot de elementene som forhindrer familiemedlemmenes evne til håndtere sine utfordringer. Teamet lager en multidimensjonell plan, for å minske de forstyrrende elementene med et systemisk kunnskap. Det vill øke bevisstheten om hvordan disse forutsetningene gjensidig påvirker hverandre og forhindrer hensiktsmessig utviklingen. Den systemiske kompetansen står sentralt med fokus på utviklingen av relasjoner innen familien, og mellom familien, og de «viktige andre» for barna som for eksempel skole, velferd mm). Isomorfi, som betyr likheter i ulike deler, brukes for å forstå sammenheng og likheter i et antall «delhistorier», for så å bygge opp et felles «foretrukket historie». Denne foretrukket historien beskriver målet for behandlingen og veien til det (Låros og Næss 2019, s.214-215).

IFT terapi deler opp arbeidet i fire faser. Fasene er 1.) Kontaktetablering og alliansebygging, 2.) identifisering og kartlegging av et mønster i familiens samspill, 3.) oppgaver å bryte opp i disse mønstrene og erstatte dem med en mer hensiktsmessig samspill, og støtte gjensidig støttende samspill ut fra «her og nå» problemløsning, 4) Styrking og generalisering av terapeutiske erfaringer, eventuelt trekke inn og etablere kontakt med samarbeidspartnere og avslutte behandling med evaluering (Låros og Næss, 2019, s.216).

Kontaktetablering, (alliansebygging,) er en viktig del av behandling fra første stund i behandlingen. Forvern, og forberedelsen av familien bidrar til å øke forståelsen og tilliten til behandlingen og systemet. Ofte barnets utfordringer har fått overdrevent stort plass i familien. Det er ofte forsterket av misvisende beskrivelser av problematikken, og mislykkede forsøk å håndtere det. Ofte er håpet for bedring nesten forsvunnet. IFT – teamet gir i forberedelses fase også «smakebit» av jobbingen ved å intervensere med en gang. Teamet gjør det ved å møte noe utfordringer med IFT metodikken. Familiemedlemmene blir anerkjent og utfordret i de terapeutiske samtale innen det som lar seg å gjøre innen trygg og holdbar terapeutiske allianse. Det gjøres med respekt for å ikke rippe opp i eventuelle krenkelser eller andre tidligere dårlige terapeutiske opplevelser (Låros og Næss, 2019, s.215).

Identifisering og kartlegging består av å dele samspill i sekvenser og å finne hensikten av egne og hverandres underliggende intensjoner. For å oppnå en gjensidig økt forståelse, og fungerende strategier på egne og andres oppfatning i et samspill, spør og utforsker de profesjonelle sammen med familien de systematiske mønstrene i samspillet. Reflekterende posisjon gjennom arbeidet,

styrker familiens følelsesuttrykk, evne til å metallisere, og kjenne seg i den andres posisjon (Låros og Næss, 2019, s.215).

I tredje fase er det samtaler med alle familiemedlemmene involvert, både individuelt og sammen. Via «her og nå» oppgaver, som utvikler mer gjensidig støttende strategier, skapes det stabilt grunnlag og motivasjon for å stå på videre. Det lages en troverdig og håpefull plan for det videre arbeidet. Felles og de individuelle livshistorier trekkes inn i samtaler parallelt med «her og nå» situasjoner (Låros og Næss, 2019, s.215).

I fjerde fasen har man fokus på avslutning og videreføring av håpefulle planen man har utarbeidet i forrige fase. Det er med å styrke og generalisere familiens erfaringen av de terapeutiske, støttende strategier, og å få bedre forståelse av gjensidige påvirkningen av underliggende intuisjon. I denne fasen gjennomføres samarbeidsmøter med aktuelle tjenester og institusjoner som er relevante for familien. Selve avslutningen av intensive perioden i familiens liv er en viktig del av behandlingen. Hva tar familien med seg? Er det noe nye måter de kan møte nye utfordringer og vanskeligheter som oppstår i familien? (Låros og Næss, 2019, s.215).

5.4.Familieterapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis

Familieterapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis er en uærbødig måte å se situasjonen, problemet, ekspert rollen, forståelsesrammen, hierarkiet, makt og generelt mellommenneskelig fenomener. For å kunne arbeidet utfra denne praksisen, må man ha høyt bevissthet sitt eget ståsted og åpenhet å utvikle den videre. Det var nettopp denne måten å tenke på som gjorde at behandlingen på FNe opplevdes både som krevende og givende. Familiene måtte ta på seg arbeidstøy og bidra med sin kompetanse og løsninger inn. Det var noen familier som tenkte at det å komme i behandling var som å få fikset ungen og situasjon var bra igjen og det var bare å dra hjem. Det var overraskende for mange hvor mye de måtte investere både tid og seg selv i behandlingen.

5.4.1.Den pluralistiske orienteringen

Pluralismen er et filosofisk perspektiv som inspirerende forståelsesramme mellom praksis og teori (Resher, 1993). Det er tydelig, at i praksisformer og forståelser som er utviklet i samarbeid med familier og terapeutiske team, er teorier, som kan kun være inspirasjonskilder, og som foreslår

praksis og forståelsesmåter. Pluralisme tror på mangfoldighet av legitime svar på for ethvert betydelig spørsmål; spørsmålene kan bli svart på en rekke legitime måter, uten at det ene svaret blir gjeldende som riktig og sant. Opplevelsene av en samme situasjon, det vi møter i vårt liv, utfordringer og overganger, er knyttet til personen med den fysiske, og relasjonelle historikken, og samtidig henger sammen med situasjonen her og nå. Istedenfor å lete den mest korrekte versjonen av opplevelsen, prøver man å romme alle de ulike opplevelsene og nyansene i de, og anerkjenne de under ett. Det du har opplevd, har du opplevd og hvordan du har opplevd det har du opplevd det, den kan ingen ta fra deg. Det gjør det hele mer spennende og inspirerende når man prøver å få tak i mangfold av opplevelser og erfaringer, og hva som påvirker og bidrar til handlinger, tanker og erfaringer videre. Den pluralistiske orienteringen inviterer til en hverdagsliv, eller i det som skjer her og nå samtidig. Alle kortene blir kastet opp i luft, og det er mange mulige løsninger, svar, og kanskje nye spørsmål dannes, uten at det utgjør en helhetlig forståelseshorisont. Pluralismen hjelper med, at fokus i det terapeutiske arbeidet er å ha mangfold av handlings- og forståelsesmåter. Familien blir sett som en enhet av et mangfold av opplevelser. Familien bidrar med sine erfaringer og mangfold av forståelsen av den samme situasjonen, hendelsen, forholdet eller sammenheng de befinner seg i. Den pluralistiske orienteringen forutsetter at man har et bredt verktøykasse full av terapeutiske og personlige erfaringer og tilgang på et utall av forståelsesperspektiver og handlingsmåter. Det dreier seg om å være åpen for de uante muligheter og greie finne løsninger sammen med familien og i teamet i situasjoner. Det vil si at terapeutene vil alltid stå i en opplevelse av usikkerhet siden det er ingen sikre, forutbestemte svar på arbeid. Svarene og løsningene skapes sammen. Teori kan foreslå handlinger og forståelser, men blir ikke sannhet, eller en konkret og faktisk beskrivelse av virkeligheten. I praksis vil det si, at når man inntreer i nye relasjoner med familiene, er hvert familiemedlem og familie som en enhet unike og forskjellige (Lorås og Ness, 2019, s.267-269).

5.4.2.En familiebasert praksis:

Familiebasert praksis er en løsaktig arbeidsform, som nedvurderer betydningen av teoretisk lojalitet. Forklaringer skapes alltid sammen med familien, som i praksis betyr brudd på regler, teorier, forståelser, forskningsfunn, og andre typer føringer som er vitnesbyrd. Det som viser veien videre i samtaler er responser og innspill fra familien og fra behandlingsteamet. Familiebasert praksis startet

med, ved oppstart av en familie-enhet med intensivt team på Statens Senter for Barne- og Ungdomspsykiatri (SSBU) i 1995. Da ble familiene spurt råd om hvordan de ønsket å arbeide sammen og hva de ikke var fornøyd med behandlingen tidligere. Familiene kom med flere innspill om det som ikke hadde vært hjelp, og det som hadde vært krenkende for familiene. Familiene ble behandlet etter sortering i grupper med tanke på diagnose, klasse eller relasjonelle evnemangelbeskrivelser. Familiene følte seg ikke hørt, tatt på alvor, eller trodd. Det ble tydelig at det var avgjørende å ha familien som veileder til behandling, for både å oppnå alliansen, og sjekke ut fra reaksjoner og innspill sammen om man var på en riktig vei i behandlingen. Terapeutene måtte finne ut sammen med familiene, hva som faktisk var til hjelp. Det ville føre til, at det ikke var noe forutbestemte sikre svar for arbeidet, og det var forventet, at det ville påføre en usikkerhet hos terapeutene. Det er viktig å ha flere teoretiske hypoteser oppe samtidig, for å ikke bare bekrefte et uttenkt teori som sant eller hele virkeligheten. Det kan sammenliknes med å tro at kartet er terrenget. Pluralistiske orientert familierapeut tenker at det er flere legitime måter å se på, og forstå på et problem. Familierapeuten har muligheten å kalibrere forståelsen og svarene sammen med familien, og få en bredere og mer helhetlig forståelse for denne unike familiens strev. Samtidig holder man oppe spørsmålene: Kunne vi ha forstått annerledes, kunne vi ha handlet annerledes? Behandlingen blir til en (endrings)prosess med jevnlig sjekkinger om riktig kurs via tilbakemeldinger. Tilbakemeldinger kan man gjøre skriftlig via tilbakemeldingssystemer, som for eksempel klient- og resultatstyrt terapi skjemaer (KOR) (Duncan og Miller, 2000) eller ved å spørre direkte eller kommunisere på en annen måte med familien (Lorås, L og Ness, O, 2019 s.271-272).

I familiebasert praksis er det sentralt å verbalisere forklaringer og historier, men det er ikke nødvendig eller avgjørende for å skape endring. Det er to ulike hastigheter i endringsprosesser: første er en brå endring, nå-øyeblikk, som forstyrrer status quo med forløsninger, som resulterer nye måter å tenke, handle og føle på. Den andre endringsprosessen handler mer om en roligere og kontinuerlige prosessen gjennom hele behandlingen. Familiebasert praksis dreier seg om et intersubjektivt forhandlings arbeid, å komme fram til hva som passer best i samarbeidet mellom familien og terapeutene i gjensidig innspill. Prosessen fører til økende grad av et fellesskaps følelse, felles mening og retningen i arbeidet (Lorås og Ness, 2019, s.272-273).

Familiebaserte praksisen har tre hovedlinjer: Forholdet, deltagelse og samtalen. Den første hovedlinjen, det hjelpsomme forholdet, dreier seg om å skape samarbeid med familien ved å lytte, ta dem på alvor og tro på det som sies. Det er viktig med ikke å ha dominerende, men respektfull bånd med alle familiemedlemmene, og bli enig om målene og oppgavene i behandlingen i fellesskapet. Terapeutene deler noe om seg selv og sitt liv, og bruker eksempler fra sitt eget liv, for å poengtere og belyse sider av familiens liv. Det hjelper også med å knytte seg til familiens temaer og

arbeidsområder. Familieterapeuten må bekjempe mot eventuelle krenkelser, nedvurderingen og fornedrelser ovenfor familien, for at familien føler seg mindre skamfulle, skyldige og kan ha æren i behold. Til tross for problematiske handlinger innad familien skal terapeuten se det mer i de kontekstene handlingene er. Ofte gjennom at familien finner ut hvordan å handle alternativt, gir familien muligheten å gjenopprette familiens ære. Den andre hovedlinjen, den hjelpsomme deltagelsen dreier seg om, hva terapeuten bringer inn i samspelet med familien av kunnskapsbase og terapeutisk verktøykasse. Det kan bidra med flere valgmuligheter til endringsprosessen, og gjør de tilgjengelig til familien. Gjennomskinnelighet om kunnskap trer inn i deltagelsen på en mer personlig måte, og handler om å la seg berøre og oppleve noe av det samme som familien opplever. Det å erfare problemet i egen kropp og bli med på å kjenne problemet, gir terapeuten muligheten å ta distanse til problemet. Det å erfare å sitte fast i det ubehagelige gjør, at man får økende empati og får en økt forståelse hva familien står i. Da begynner man å lete etter nye måter til å nærme problemet på. Det er den hjelpsomme deltagelsen som fremviser fleksibilitet hva en kan gjøre, når, hvor, hvordan, og med hvem en gjør det. Det innebærer også å jobbe i familiens naturlige omgivelser som for eksempel hjemme hos familien eller på skolen til unger. Gjennomskinnelighet betyr ikke å komme med informasjon, anbefalinger eller råd, om det ikke eksplisitt blir spurt om det. Den tredje hovedlinjen, den hjelpsomme samtalen, hvor terapeuten i den språklige utvekslingen er opptatt av hvordan man stiller spørsmål. I den familiebaserte praksisen går man inn systemiske (Boscolo et al.1987), reflekterende (Andersen,1991), narrative (White, 2007) og Karl Tomms (1987a, b, 1988) utlegning av spørsmålene som muligheter. Formålet for spørsmålene er ikke kun utløse informasjon, men hvor selve spørsmålets form, formulering og kroppsspråk kan bidra til endring. Man må gi tid til svaret, eller ikke svaret, og strukturere arbeidet utfra de røde trådene som kommer i samtalen. Terapeuten reflekterer over det som kommer fram, uten å dømme eller bake inn en «negativ» tilbakemelding. Terapeuten må ta alliansen og tilbakemeldingene på alvor og følge de videre, og respondere alltid på et innspill fra familien. Terapeuten reformulerer det familien kommer med, ved å bringe inn andre perspektiver og forståelsesmåter av det som familien snakker om, og bidrar med nye måter å forholde seg til problemet på. Det åpner nye muligheter for familien å se på problemet (Lorås og Ness, 2019, s.274-278).

Den pluralistiske familiebaserte praksisen, kan lett stå i motsetning til den medisinske modellen med sin vekt på utredning og diagnostikk.

6. Belysning av sentrale styringsrammer:

I dette kapitlet vil jeg belyse sentrale styrende begreper både faglig og økonomisk innen psykisk helsevern. Økonomien og dominansen av den medisinske modellen lager en del fastlåste rammer rundt tidsbruken og praksisen også på en BUP poliklinikk. Det er mye krav for administrative oppgaver i forbindelse med dokumentering og registrering av ulike type data som konsultasjoner og overordnede rapporteringskrav. Tidsbruken går noen ganger på kostnader av den relasjonelle behandlingen, den tiden som man kunne bruke å ha samtaler med barn, ungdom eller deres familier går til det administrative arbeidet og lager stress både for hjelperne og de som mottar hjelp. Mange får også god hjelp i disse rammene, og hvis man hadde brukt mindre til det administrative kunne man også ha hjulpet flere innen ordinær arbeidstid.

6.1. New Public Management

Dagens økonomisk tenkning i helsevesen er styrt av den byråkratiske styringsformen New Public Management (NPM). Kostnadseffektivitet er sentralt i styringsformen, også det å skille bestiller og utfører fra hverandre. NPM innebærer en detaljert rapportering og kontroll av ansatte, mål og resultatstyring med et hav av indikatorer, og omfattende målhierarkiet, som ansatte må forholde seg til. Sentrale elementer er målstyring, forpliktelser å måle resultat og verdier i tall, lojalitet til ledelsen, og individualisering og karakterer til de ansatte. Modellen gjør at fokuset kan fort bli på økende effektivisering, «produksjonstall» og økonomien foran menneskelig behov og faglige kompetanse (Nyseter, 11.04.2016 Vekk med New Public Management!).

Fra 2002 fikk NPM modellen fotfeste i Norsk Helsevesen etter innføring av Sykehusreformen 2002, da ble sykehusene og spesialisthelsetjeneste overført fra fylkeskommune til staten, og samtidig omorganisert fra forvaltning til foretaksorganisering. Mange fagpersoner har påpekt uheldigheten av overføringen markedskrefter fra en fabrikkverden til den humane, sykehusverden, og tenker at det kun lager press på «produksjon» av mengde tiltak som ikke sier noe av kvaliteten i behandlingen av psykiske lidelser (Hagen, 2017).

Reorganiseringen i sykehussektorene i de siste tjueårene har utfordret rollen, identiteten og autonomien til de sykehusansatte. Ofte har disse endringene blitt implementert under NPM-inspirerte reformer. Her har den generelle tankegangen vært å endre måten man organiserer de offentlige tjenestene på til å ligne mer på en organisering man ser i det private markedet. Selv om sykehusreformen var motivert av et ønske om å forbedre likheten, kvaliteten og effektiviteten i sykehusbehandlingen, har det vært en skepsis blant mange at det i realiteten har vært et større ønske blant politikerne om å øke fokuset på de økonomiske aspektene, noe som mange mener vil

være et brudd på de medisinske grunnprinsippene som sykehusdriften baserer seg på (Martinussen og Magnussen 2011, s.193)

6.2.Den Medisinske modellen i psykisk helsevern:

Den medisinske modellen er et tenkesett med rutiner og strukturer som følger med. I somatiske helsevern forstås en lidelse som en objektiv realitet, fakta. Sykdom er målbart og kategoriseres og forklares utfra naturvitenskapelig ståsted og metoder. Det er viktig å finne en sikker diagnose og kunnskapsbasert behandling, med tanke på denne sikre diagnosen. Behandlingen er rettet for enkeltindivid og organisert deretter individbasert basert diagnose med spesifikk behandling. I den somatiske verden er kunnskap objektivt, hvor man ikke lar personlige impulser og interesser komme i veien for behandling. Behandleren holder sine personlige og private ting utenfor behandling, Det skaper avstand mellom pasienten og behandleren og gir en behandler makt posisjon, som kan gjøre pasienten utrygg for å komme med sine ting. Utredning blir ofte utført som en rutine, over hodet på pasienten. I somatiske helsevesen er det forståelig og i for seg fornuftig med formaliteter som registrering, vurdering og sortering. Skillet mellom medisinsk og psykisk helsevern er ikke absolutt men det er noe store forskjeller som blant annet: hvordan man forstår problemer, relasjonens betydning i pasientkontakt, og viktigheten av sosiale konteksten pasienten lever i, og også i samarbeid med nettverket for pasienten. Det er mange fagpersoner innen psykisk helsevern, som finner det vanskelig å ha den medisinske modellen som ramme for sitt arbeid. Noen av fagfolk mener at medisinsk tenkesett og rutine og strukturene, oppleves å komme i veien for en god praksis ([Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern? \(psykologisk.no\)](http://psykologisk.no)).

Psykososiale problemer er mer subjektive, unike, mangetydige og flytende. Disse problemene oppstår i det språket og uttrykkene men bruker for dem. Problemet er kontekstavhengig og henger sammen med historien, erfaringer, kunnskapsgrunnlag, relasjoner, livssituasjoner og andre variabler som henger sammen med hvor man befinner seg i livet, samfunn, kultur, utvikling mm. For å yte psykiatrisk hjelp har relasjon, samarbeid og gjensidig tillit og allianse forutsetning for virksom hjelp. De som trenger hjelp er i utvikling og endring og behandlingen dreier seg mer om prosesser enn prosedyrer. Det er også nødvendig å ha helhetlig bilde, for det er ikke sjelden at du finner noe i omgivelsene som trigger fram symptomer ([Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern? \(psykologisk.no\)](http://psykologisk.no)).

Den medisinske modellen vektlegger at man starter med diagnostisk utredning, finner ut en diagnose som skal tydeliggjøre hvilken evidensbasert metode skal brukes. Forskningen har vist liten eller ingen

sammenheng mellom diagnosebasert behandling og utfall av terapi. ([I den evidensbaserte bobla | Tidsskrift for Norsk psykologforening \(psykologtidsskriftet.no\)](#))

Per Fugelli advarte 2018 i sin hilsen til flokken fra den andre siden: «..vokt dere for overdose av biologi i psykisk helsevern, mennesket, ditt navn er en gåte, ikke naturlov må gjelde. Mennesket blir felles skapt, og derfor må dere interessere dere for menneskets skapelseshistorie, i samfunnet, kom dere i jungelen og skap gode levekår, gode sjelekår», og, «vokt der for kroppsmedisinens overmot, sjelen skaper ydmykhet. La ikke vitenskapen, eller økonomiske administrative systemer, få standardisere pasienten, fordi hver gang en diagnose lander på et mennesket, oppstår en ny sykdom, for det enestående menneskets personlighet, originale egenskaper, unike fortid, nåsituasjon, framtidshåp. Mennesket som et underlig ettall må være den kliniske den kliniske enheten i psykisk helsevern ([Per Fuggelis hilsen til flokken på Schizofrenidagene - YouTube](#)).

6.3.Diagnose:

Diagnose er sammensatt av to greske ord, *dia*, «gjennom» og *gnosis*, «kunnskap». I den medisinske verden betegner diagnose sykdommer eller tilstandsbilder med samme årsak eller kroppslige endringer. Den er forårsaket av sykdommen, eller er bare pasientens direkte beskrivelse av plagene, som for eksempel hodepine. I medisinske verden er en korrekt diagnose en forutsetning for en riktig behandling og vurderingen for utviklingen videre og prognosen (www.sml.sml.no).

I dette kapittelet vil jeg belyse Søren Hertz sin måte og se på diagnoser som uante muligheter. Hans måte å tenke på diagnoser er mest forenlig med måten man forholdte seg for diagnoser på FNe. Alle som er ansatte i helsevesen må forholdet seg til den diagnoser. Diagnoser er tett knyttet til den medisinske modellen som kan brukes som et perspektiv blant mange andre for å få bedre forståelse av individets eller familiens problematikk. Når man jobber innen psykisk helsevern er det nødt til å godta at diagnoser er den del av jobben. Dermed kan det være mange mulige måter å inkludere det i den helhetlige vurderinger. På FNe holdte vi oss mest akse 5 diagnoser og vurdering av GAC.

Diagnose utfra Søren Hertz sitt perspektiv i boken om barne- og ungdomspsykiatri (2011) er øyeblikkelige tilstandsbilder med uante muligheter. Han velger å holde seg lojal mot den internasjonale diagnosesystemet ICD-10 (WHO, 1994), samtidig som han utfordrer det med, at psykiatrien er mer enn et medisinsk spesialområde. Det begrunnet med at det dreier seg om mennesker som er i konstant bevegelse og utvikling. Han betegner diagnoser som øyeblikksbilder

som er individbaserte, som han utvider å handle også om individet i samspill med omgivelsene sine, og inkluderer flere perspektiver inn i tillegg til det medisinske (Hertz, S, 2011 s.11).

Når de individuelle øyeblikksbildene er mest iøynefallende og problematiske blir barnet eller ungdommen henvist. I dette blir barn eller ungdom fremstilt som et problem. Når Herten blir spurt om barne- og ungdomspsykiatrisk vurdering gir han det «individuelle» diagnostiske bilde som han innledningsvis har sett. Deretter beskriver han sammenhengene og andre perspektivene som har dukket opp underveis. Han beskriver prosessen og resultatene av prosessen har vist. Det blir et bilde som er sammen skapt av barnets, foreldrenes og andre fagfolks perspektiv, med utviklings potensiale og fremtidsmulighetene som denne prosessen har muliggjort å få øye på (Hertz, S, 2011, s. 44-45). Diagnosen er ment for å beskrive et problem eller en utfordring. Det kan være forventningen om at barnet- eller ungdommen får et bestemt diagnose. Denne forventningen kan komme fra selve barnet eller ungdom, foreldre og samarbeidspartnere. Det kan føre til et press å komme fort til konklusjon med diagnosen, som et slags av resultat, produkt som også følger med noen redskaper og verktøy. Ofte er barn eller ungdommer og deres nærmeste nesten desperate for å få hjelp og vill ha brannsluknings løsninger fort. Da kan man fort bli fokusert på problemet istedenfor endringsprosessen, ettertanken og overveielser om sammenhenger. Istedenfor kan man tenke effektiviteten i utredningen i mer utvidet utfra transdisiplinære forståelse som krever en kombinasjon av verdsetting, forsvarlighet, nysgjerrighet, kreativitet, iver, mot og uærbødighet for å finne fram til de uante utviklingsmulighetene som finnes (Hertz, S, 2011, s. 87-88).

6.4. Pakkeforløp:

Pakkeforløp er et eksempel av den lineare tenkningen, mål- og resultatstyring innen barne- og ungdomspsykiatrien. Modellen kommer fra somatikken, spesielt prøvd ut i kreftbehandling, hvor den fungerer tilsynelatende godt.

Pakkeforløp har blitt prøvd ut i psykisk helsevern siden 2019. Pakkeforløp er basert på den danske pakkeforløp modellen. Det har vært både de som stiller seg positivt med tanke på mer standardisert behandling, og til det og de som stiller seg negativt til det. Dette spesielt med tanke på å miste fleksibilitet i behandlingsforløpet. Pakkeforløp for psykisk helse og rus, som omfatter psykisk helsevern for voksne, psykisk helsevern for barn og unge og tverrfaglig spesifisert rusbehandling ble innført fra 01.01.2019. Målet var å få økt brukermedvirkning, sammenhengende og koordinerte pasientforløp, unngå ventetid for utredning, behandling og oppfølging, og likeverdig behandling i hele Norge. Disse målene ble evaluert og gitt ut i 4 rapporter fra SINTEF i februar 2021 og 04.03.2021 Kompetansesenter for brukererfaringen og tjenesteutvikling (KBT) la ut på hjemmesiden deres oppsummering av

rapport 2. Den gikk brukernes erfaringer i evalueringen. Overskriften for oppsummeringen var da: Pakker som ikke fungerer i praksis. Brukerne som deltok i studien var positivt innstilte til innholdet og målene i pakkeforløpet, men var missfornøyde hvordan det fungerte i praksis. De hadde mangelfull informasjon hva pakkeforløpet innebærer, informasjon om behandlingsmetoder, og hvilke rettigheter og lover det innebærer. De stilte seg tvilende over reel innflytelse til tilbudet og var ikke tatt med i å utarbeide sin egen behandlingsplan. Pakkeforløp stiller et krav om systematisk og jevnlig evaluering av behandlingen, dette ble ikke utført i de fleste behandlingene. Kun få brukere hadde opplevd at evalueringene ble utført, men mange tenkte at det hadde vært hensiktsmessig. Samtidig følte mange at det var vanskelig å komme med ærlige tilbakemeldinger ved redsel å få mer medisiner, såre behandlere eller miste tilbudet. Kost – nytte fokus økte etter innføringen av pakkeforløp, som også forårsaket under rapportering fra brukerne. Samhandling og samarbeid innad og mellom ulike tjenester skapte også store utfordringer. Brukerne observerte at behandlere innen sammen enhet ikke snakket med hverandre, og var usikre på hvilke instanser samarbeidet med hvem, og det var ansvarfraskrivelse mellom de ulike tjenester. Brukere og deres pårørende endte med å ta koordinator ansvar selv da det ikke var mulig å avklare hvem som skulle være koordinator blant tjenestene. Ivaretagelse av somatisk (kroppslig) helse og gode levevaner opplevdes ble gjort via somatisk undersøkelse på starten av behandling. Døgnhetene var sterkest på dette området, allikevel følte brukere at de selv måtte ta initiativ til det. God relasjon til behandleren ser ut til å være en viktig faktor for at pakkeforløpets intensjoner skal innfri og hvorvidt brukerne var fornøyde. Målsetningene for pakkeforløp ble sett av nesten alle brukere som positive. Tidsfrister for ventetid og utredning var sett som rettighet å komme i behandlingen innen hvis tid og at behandlingen begynner på et bestemt tid. Tydelig utredningsplan ble også sett som trygg og forutsigbar. Koronapandemien virket sterk reduserende for tjenestetilbudet. Lengre ventetid, utsatte uforutsigbare eller forsvinnende avtaler, rutiner og aktiviteter. Enkelte fikk alvorlige konsekvenser i form av økt symptomtrykk, rusbruk og selvmordsforsøk. Det var noen som var fornøyd med video- eller telefon avtaler men de fleste ville ha fysiske møter med behandler. Veien videre utfra brukernes perspektiv skal brukerne vite mer hva pakkeforløpet innebærer og hva de kan forvente. De må inkluderes mer for utformingen av behandlingsplan og det må være mer strukturert evaluering av behandlingen (Høiseth, J, 04.03.2021, Pakkeforløp for psykisk helse og rus –brukerne har talt). Pakkeforløp psykisk helse og rus endret navn til Nasjonale pasientforløp for psykisk helse og rus 19.09.2022. Innhold i pakkeforløpene er gode, men det er en del utfordringer knyttet til som tilsier at det må videreutvikles. Ved navneforandring startes det videreutvikling av alle syv pakkeforløpene. ([Pakkeforløp psykisk helse og rus endrer navn - regjeringen.no](https://pakkeforlop.bergen.no))

7. Metode og valg av design:

Metode ordet kommer opprinnelig fra greske ordet *methodos*, som betyr å følge en bestemt vei mot et mål (Kvale & Brinkmann, 2015, s.83). I dette kapitlet starter jeg med epistemologi og kvalitativt intervju. Videre vil jeg si noe om gjennomføring av intervjuene og transkripsjonen, før jeg går jeg gjennom trinnene i analysemetoden Systematisk tekstkondensering (STC). Kapitlet avsluttes med kritiske refleksjoner rundt metoden, forskningsetikk og refleksivitet

7.1 Epistemologi og Kvalitativt intervju

Epistemologi er opptatt av, hvordan vi oppnår kunnskap, kunnskapens natur. Det handler om, hva vi kan egentlig vite om virkeligheten, og gå fram, for å få kunnskap om samfunnet og mennesker. Disse er relevante spørsmål for praktisk forskning. Det grunnleggende er, hvordan man kan få sikret kunnskap, og få sortert ut «sann» kunnskap. Noe epistemologiske perspektiver ville hevde, at sannheten er knyttet til makt. Ingen av oss møter verden uten forforståelse og all vår bakgrunn vil være med å etablere kunnskap (Johannesen, Tufte, og Christoffersen 2016, s.51).

Metode kan forstås i vi forstand, eller i reduksjonistisk forstand. Kvalitativt intervju er et eksempel av den vie forståelse av metoden. Idet kvalitative intervjuet er viktig både å ha kunnskap om intervjuetmaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål og med utdype og utvikle temaet videre. Kvaliteten på data som er skapt gjennom intervjuene henger sammen med intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet (Kvale & Brinkmann, 2015, s.83-84). Kvalitative forskningens reflekterende prosess er en særegen form for samtale med flere dimensjoner. Kunnskap er sammenfatning av persepsjon, tolkning og samhandling, hvor forskerens ståsted, faglige interesser, motiver og personlige erfaringer er avgjørende (Malterud, 2018, s.41).

7.2. Vitenskapsteoretisk ståsted, en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme

Vitenskap søker viten om virkeligheten (Thomassen, 2006, s.71). Vitenskapsteori innen human- og samfunnsvitenskapen bygger ofte på sosiale fenomener. Man utforsker og prøver å forstå humane, menneskelige handlinger. Som forsker går man systematisk til verks for å prøve å finne forståelse på et tema eller en fenomen eller en handling eller et atferd (Thomassen 2006, s. 63). I fenomenologiske studier er forskeren ofte interessert i å analysere meningsinnhold, innholdet i intervjuer. Forskeren

fortolker intervjuer og ønsker å forstå dypere mening i enkeltpersoners erfaringer (Johannessen et al., 2016, s.169).

Fenomenologi er et bestemt begrep som viser interesse for å forstå sosiale fenomener utfra persons egne perspektiver. Mål er å beskrive verden slik man opplever den, i den konteksten og virkeligheten man befinner seg i. Beskrivelsene er utfra hvordan man opplever fenomenet og forståelsen av det utfra sitt eget utgangspunkt (Thagaard, 2018, s 36). I denne studien er jeg som forsker tett på datamaterialet, teksten. Jeg er også tett på erfaringer siden jeg har gjennom den samme prosessen med overgang. Jeg har utformet problemstilling, intervjuguide, intervjuet, transkribert og analysert under veiledning. Jeg har forsøkt å være transparent i forhold til min egen forforståelse gjennom hele prosessen, sånt at det ikke skal påvirke helheten. Erfaringene kan jeg ikke kvitte med, men jeg bestreber å være bevisst at det kan forme mine retning og valg. Innen hermeneutikken beskrives dette som en forståelseshorisont alle mennesker har med seg i sin erkjennelse av verden. Den er vanskelig å ha fullstendig oversikt over (Krogh, 2014). Forståelseshorisonten er dynamisk og har mulighet for å utvikles (Krogh, 2014, s.56). Hermeneutikk betyr direkte oversatt å uttrykke, fortolke og å forklare, samt å oversette fra ett språk til ett annet. Hermeneutikken fokuserer på dypere meningsinnhold og fortolker av folks handlinger en det tilsynelatende eller umiddelbare. Tolkningene av intervjuetekster kan ses som dialog mellom forsker og teksten, og tillegger handlinger en spesiell mening. Det finnes ikke sannheter, det finnes bare tolkninger på ulike nivåer. I første grads tolkning deltar forskeren selv i handlingen. I annen grads tolkning ser man etter handlingens symbolske betydning. Man ser etter erfaringsnære, forståelsesfulle og erfaringsfjerne, utover forståelsen av handlinger. Tredje grads tolkninger ser etter det skjulte eller underliggende betydning i handlingen. Man skal avdekke skjulte «sannheter» som er underliggende for handlingen (Thagaard, 2018, s.37-38).

Subjektivitet og objektivitet er motsatte viktige holdninger, som gjør betydningen av «sannhet». Objektivistisk sannhet er dannet via korrespondanseteorien hvor det er overenstemmelse med observerte virkeligheten som kan måles. Subjektivistisk sannhet kan variere fra person til person. Utfordringen blir, om man kan lage spørsmål så klare og tydelig, at man kan avgjøre svarene med objektive, eller vitenskapelige metoder (Johnsen, A. & Thorstensson V. ,2015 s.31).

I denne oppgaven er det mer subjektive sannheter som gjør seg gjeldende. Viktige blir det som deltagere selv har opplevd i situasjonen og hvilke tanker, ideer og følelser som det vekker hos intervjuede. Det er mer innenfra kunnskap som gir tilgang til en annen type informasjon enn utenfra

informasjon. Det kan også være forhindrer for meg å legge merke til ting som kanskje hadde vært klarere for en som kommer utenfra.

Kvalitativ metode:

Samfunnsforskning anses å være komplekst fordi det består av kommuniserende og tolkende mennesker (Johannessen et.al., 2016, s.27). Det man ønsker svar på kan kreve ulike metoder. Det skilles ofte mellom kvalitative eller kvantitative metoder. Problemstillingen bør være førende for valg av metode (Johannessen et al., 2016, s.54) Kvalitativ metode passer sammen med et sosialkonstruksjonistisk, fenomenologisk og hermeneutisk fortolkende paradigme. I denne paradigmen er grunnforståelse av at verden kan oppfattes i ulike versjoner avhengig av hvilket ståsted man har. Ved å velge denne metoden så velger jeg bort noe annet, og hver metode har sine fortrinn og ulemper. Ved å velge kvalitativ metode så vil jeg kunne bidra til å presentere unike og forskjellige tanker og refleksjoner av erfaringer fra FNe som er tatt med og brukes på BUP. Kvalitative tilnærminger beskrives som induktive, hvor det trekkes slutninger fra det enkeltstående til det allmenne (Malterud, 2017, s. 27).

7.3. Rekruttering og intervju av deltagere

Først utarbeidet jeg prosjektplan og søkte NDS (vedlegg 2.) for å gjøre masterprosjektet. Etter godkjenning av prosjektet begynte jeg å planlegge intervjuene for prosjektet. Jeg lagte informasjonsbrev og sendte den ut tidligere ansatte per e- post med min kontakt informasjon, og tok stilling til utvalg av deltagere utfra interessen og tidsrammen. Med informasjonsbrev var det et skriftlig samtykke del for å bli med på prosjektet. Jeg valgte å intervju fire erfarne fagpersoner fra Familie- og nettverksenhet, som hadde jobbet med familier over lengre tid. Alle deltagere hadde jobbet på BUP poliklinikk ved OUS etter nedleggelsen av FNe i to år, da intervjuene fant sted. Alle deltagere har mange års erfaring i barn- og ungdomspsykiatrien i ulike sammenhenger og har jobbet etter modellen på FNe. Jeg laget et intervjuguide i forkant av intervjuene (vedlegg) og tok lydopptak av alle intervjuene for å kunne transkribere dem. Kvaliteten av lyd og testing av opptaksutstyret ble gjort i begynnelsen av intervjuet. Jeg hadde fått informert samtykke fra alle deltagere før intervjuene. Intervjuene foregikk på steder, som deltagere foreslo selv og var tilpasset slikt at det ikke utførte noe ekstra belastning for den enkelte. Intervjuene varte rundt 45-48 min og tidspunktet valgte deltagere selv. Intervjuguiden ble brukt aktivt men også stilt oppfølgings spørsmål utfra deltagernes utsagn når intervjueren følte behov for mer informasjon eller det oppsto en følelse at deltagere satt med noe mer ved enkelte temaer. Alle deltagere ble i forkant av intervjuene spurt, om

de ønsket å gå gjennom og lese transskriptene fra intervjuene i etterkant. Jeg tilbød å sende de om var ønske om det men ingen av deltagere ønsket det. Jeg fikk heller tilbud om å ta kontakt om det var noe uklarheter eller behov for mer data eller informasjon av noe temaer eller begreper under intervjuet.

Jeg velger å ikke presentere deltagere mer oppfattende for å kunne beholde anonymitet så langt som mulig. Det var totalt under femten ansatte som ble overført, og om deltagere blir nærmere presentert er det lettere å se hvem står bak sitatene.

Transkribering:

All kvalitativ analyse innebærer en eller annen form tekst tolking uansett analysemetode. Intervjuene må sågar fås nedskrevet. Transkripsjon, å gjøre intervjuene til et skriftlig form, er å gjengi mest lojal og ivaretagende eksakt bilde av opprinnelig data, er nødvendig for å kunne utføre analysen. Dette kan man utføre selv med å skrive ned samtaler, eller bruke dataprogrammer som kan gjøre prosessen raskere. Oftest er det beste om forskeren fører teksten ned selv, for å få bedre fram nyansene, og kanskje oppdage noe nytt under prosessen. Det kan være for eksempel spesielt trykk på noe ord, og inntrykk som man ikke har fått med seg, eller registrert under intervjuet. Det er også viktig med en selvreflekterende prosess inn i denne fasen; hvordan man har lykkes med å få fram bredden og dybden i tematikken, og om man har greid å åpne opp på riktige steder underveis for å fremme dybden i beskrivelser. Transkripsjonsfasen gjør at forskeren er i nærkontakt og dermed setter sine spor som kan påvirke meningen i teksten. Den er på ingen måte passiv og bare teknisk handling, men inngår i ulik grad i den analytiske prosessen (Malterud, 2018, s.77-82).

Jeg valgte å transkribere intervjuene selv. Det hadde også vært en mulighet å bruke et dataprogrammer for å gjøre det raskere. Jeg ville få erfaring av å gjøre dette selv, siden jeg ikke har gjort noe liknende før. Det, for å få bedre helhetsinntrykk over hva vi hadde snakket om under intervjuene. Siden jeg ikke ha gjort dette før, brukte jeg relativt lang tid for å få skrevet alt ned i intervjuene. Samtidig synes jeg det var en fin fase, jeg kunne lukke meg fra omverdenen og vende oppmerksomhet for deltagere og få med meg budskapet på en mer objektivt måte, uten tolkninger eller forstyrrelse av min egen indre dialog som uansett var litt på gang. Jeg kunne også kjenne på den gode faglige kollegium og et fellesskapsfølelsen med deltagere og få igjen en følelse av det via intervjuene. Det fint å snakke om det som jeg opplever viktig i det faglige arbeidet og kjenne på å bli inspirert av deltageres

ulike perspektiver på det, og refleksjoner rundt det. Jeg hadde på meg head sett med lyddemping utenfra, for å lukke ut verden rundt meg, satt meg inn i sofaen og skrev ned ord etter ord. Jeg spolte fram og tilbake i lydopptakene for å sikre at jeg fikk med meg nøyaktig det som ble sagt. Jeg måtte strebe etter å holde avstanden mellom ordene og mine reaksjoner på innholdet, siden jeg selv hadde vært i den samme prosessen som deltagerne. Til slutt kom jeg i mål og hadde fått nedskrevet alle fire intervjuene og analyse trinnene kunne settes i gang. Jeg skrev linjenummer i hvert intervju og markerte med deltagerne med ulike tegn som jeg hver enkelt linje utfra deltagerne. Tegnene jeg brukt var D1, D, sirkel og kors. Det var for å lette analysetrinnene videre.

7.4.Valg av analysemetode og analyse trinnvis:

Jeg valgte Malteruds systematisk tekstkondensering som analysemetode med tanke på, at jeg ikke har forsket tidligere, og det virket som passende og overkommelig for denne oppgaven. For mine preferanser, passet det med analysemetode som er mer pragmatisk anlagt. Det var også relativt godt beskrevet i Malterud sin bok: «Kvalitative Forskningsmetoder For Medisin og Helsefag», hvor man ble veiledet videre i prosessen, trinn for trinn. I dette kapittelet skal jeg gå gjennom de ulike fasene i analysen og forskningsprosessen i de ulike trinnene.

Som tidligere nevnt, analysemetode som blir brukt i denne oppgaven er systematisk tekstkondensering (STC). Det er tværgående analysemetode av kvalitative data. Det er pragmatisk metode, som kan gjennomføres på en systematisk og overkommelig måte. Systematisk tekstkondensering kan også brukes til analyse for mange type empirisk data med ulik grad av teoretisk forankring (Malterud, 2018, s.97).

7.5. Trinn 1 helhetsinntrykk:

Analysen starter med helhetsinntrykk. Forskeren leser gjennom rådata; transkripterte intervjuene. Man skal gå inn i rå materien med et åpent sinn og ikke la seg forstyrres av forforståelse og teoretiske referanserammer, helheten i fokus. Hensikten er å ha fått videreutviklet temaer sammenliknet med temaene fra intervjuguiden. Hvis dette ikke er tilfellet skyldes det som regel at forskeren er styrt

i for stor grad av sin forforståelse. De foreløpige temaer er ikke resultater og må bearbeides gjennom systematisk refleksjon og tolkning (Malterud, 2018, s.99-100).

Helhetsinntrykk begynte med å lese gjennom intervjuene med oppmerksomhet på utsagn av erfaringer, tanker og beskrivelser av hverdag i både BUP kontekst og FNe kontekst. Jeg klippet ut de sitatene som jeg tenkte var innen disse overskriftene. Etter det leste jeg gjennom alle utklippene på nytt begynte å sortere de etter fellestematikk i ulike bunker som utgjorde de foreløpige temaene. Det interessante var, at det var fire ulike måter hvordan man tenkte, og minst fire ulike perspektiver hvordan man hadde sammenflettet erfaringene sine i sitt daglig arbeidshverdag. Det gis et klart uttrykk i intervjuene av en forskjell i tenkningen og praksisen mellom FNe og BUP. Jeg fant også noen forskjeller mellom de to BUP poliklinikkene og tenkningen rundt behandling og rammer både fysisk og kulturelt. Etter sortering av utklippene i bunker skrev jeg overskrifter og satt den som merkelapp på overskriftene.

Temaer som kom opp var: Spesialist tjeneste på BUP og samarbeid med kommunen, familierapi som endringsprosess, pakkeforløp, flere veier/flere perspektiver til en bedring, teamarbeid, resurser/penger, økonomisk tenkning og resultatorientert praksis, Intensivitet og tidsbruk, fokus på individet, utredning og diagnose, familiefokus, flergenerasjon perspektiv/familiehistorikk og bruk av genogram, ensomhet i behandler rollen, personlige preferanser, organisering av arbeid og kontekstutfordringer, fysiske rammer, ulike behandlingsmodeller i BUPA, overganger og erfaringer ved omorganisering.

I denne gjennomgangen bestemte jeg å legge vekk fokus på Barneombudets rapport: «jeg skulle ønske BUP var en koffert», som sto på intervjuguide som et av de hovedspørsmålene. Grunnen var delvis, at det kom ikke så mye utvidende informasjon via intervjuene og det virket som deltagere hadde ikke tenkt noe videre med tanke på rapporten, kun notert hovedpunktene og ikke reflektert så mye over det. Temaene knyttet til rapporten kommer gjennom de andre temaene så det blir dekket under andre foreløpige koder/temaer.

Denne mengden av temaer er for stor og må komprimeres til en mer håndterbar størrelse i den neste fasen av analysen.

7.6. Trinn 2 Organisere og identifisere meningsbærende enhetene.

Andre analysetrinnet består av organisering av den delen av materiale som skal sees nærmere på (meningsbærende enheter) og det som skal legges til side: skille mellom relevant og irrelevant. Forskere prøver å samles om tre til fem reviderte foreløpige temaer, kodegrupper i dette analysetrinnet. Etter identifisering av meningsbærende enheter merkes dem i teksten, blir systematisert og sortert; blir kodet. I lys av teoretiske perspektiver blir beslektede tekstelementer dekontekstualisert, hentet ut av den opprinnelige sammenhengen i teksten. Kodene og kodegruppene er ikke resultater bare virkemidler prinsipper for organiseringen (Malterud, 2018, s.100-105).

Først velger jeg de overskriftene for utklippene, som vekker mest interesse å gå videre med og prøver å se de utfra og sette og sortere flere under samme overskrift fra et meta-perspektiv, samle temaene som faller sammen under samme parablyet. De må også være knyttet til problemstillingene i denne oppgaven. Jeg prøver å reformulere og samle de foreløpige temaene om til tre til fem reviderte foreløpige temaer som danner grunnlag for kodegrupper i dette analysetrinnet.

Jeg starter først med å gå utklipp av sitatene på nytt tar ut eller klipper ut på nytt de meningsbærende sitatene i ulike grupper samtidig som jeg prøver å se hva som sammenfaller innen mer overordnet overskrift. Jeg velger å tenke familierapi-intervensjoner utfra både fra intensiv familierapi og familierapi som pluralistisk orientert, familiebasert praksis, siden jeg tenker at de to dekker og beskriver mest FNe praksisen. Jeg kunne også ha valgt å bruke en av disse to men føler at helhetlig bildet hadde blitt noe svakere og til og mindre dekkende med tanke på erfaringene. Jeg sorterer de foreløpige temaer i fire bunker med ulike temaer som også er mer systematisert under mer dekkende overskrifter, som danner i utgangspunktet fire meningsbærende enheter:

- 1) Bruken av tenkningen fra intensiv familierapi og familierapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis på BUP.
- 2) Bruken av erfaringene fra FNe i et lineært individuelt tenkning og behandling på BUP
- 3) Tanker om plassering av psykisk helse av barne- og ungdom innen spesialist helsetjeneste, og utformingen av det.
- 4) Tenkning om rammene av psykisk helse av barne- og ungdom innen spesialist helsetjeneste, og utformingen av det.

Etter å ha sortert og gitt navnet på meningsbærende enheter tar jeg en gang titt på kodingen og sjekker at det ikke er noe dobbel eller trippel koding og setter sammen igjen en del koder som er elementer til IFB og pluralistisk orientert, familiebasert behandling.

7.7. Trinn 3 Kondensering

Tredje analysetrinn er kondensering. Forskeren skal systematisk hente ut mening og kondensere innholdet i de meningsbærende enheter. Empirisk data er blitt redusert til et de kontekstualisert utvalg av sorterte, meningsbærende enheter. Forskeren går gjennom en kodegruppe etter en annen, og kjenner hvilken vekker mest entusiasme for så å gå løs på den. Før man går videre, sorterer man enhetene til to - tre subbgrupper. Subbgruppen blir analyseenheten framover. Neste spesielt metodisk analysetrinn blir å lage en kondensat; et kunstig sitat. Kondensatet skal vise til det konkrete innholde fra enkelte meningsbærende enheter, ved å omsette dem til en mer generell form.

Forskeren velger et "gullisitat" som best mulig illustrerer det som har kommet fram.

Jeg tok fram utklippede og kodede sitatene i hver kodebunke under meningsbærende enheter, en etter en i sin helhet, og la bort utklippene som ikke helt passet inn, eller som jeg følte passet bedre under en annen kodegruppe. Det startet en ny prosess, hvor målet var å komme fram til mest mulig meningsmettede og lite overlappende meningsbærende kodegrupper, eller subbgrupper som overlappet for mye hverandre. Det var på en måte å stokke om, og dele ut på nytt under noe større paralyser, uten å miste nyansene underveis. Målet var å få samlet enda mer meningsbærende utklipp, som gikk inni hverandre og nyansert i hverandre, eller bare ga samme refleksjon. Først gikk jeg systematisk i gang med kodegruppene. Jeg sorterte igjen i grupper med stikkord som under Intensiv familierapi tenkningen de sitatene som det var nevnt med tanke på intensivitet i behandlingen eller savn av det, og generelt tidsbruk som en verktøy i behandling. Jeg tok ut de sitatene som passet bedre under andre kodegrupper og satt dem enten direkte der til en ny gjennomgang eller til side, for å finne ut om de kunne plasseres under andre koder eller ikke. Jeg la alle sitatene i samme subbgruppe opp på kjøkkenbordet og begynte å sortere utfra nøkkelord og sammenhengende nøkkelord. Og så grupperte de utfra sammenhengende tematikk og vurderte hvordan jeg kunne få til mer helhetlig og sammenfattende struktur som svarte på det jeg var nysgjerrig på og få det til i en håndterbar størrelse, og samtidig opprettholde strukturen og sammenhengen. Jeg leste igjen mange ganger gjennom sitatene og lot fortsatt noe sitater som var nesten helt like for å få fram alle fire deltagerens stemme i kondensatet. Etter denne gjennomgangen så kodegruppene og *subbgruppene* så følgende ut:

- 1) Bruken av erfaringene fra FNe i et lineært individuelt tenkning og behandling på BUP
 - a.) *I behandling*

b.) *I utredning*

c.) *I team*

2) Bruken av tenkningen fra intensiv familierapi og familierapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis, eller andre familierapeutisk tenkning eller verktøy i arbeidet på BUP.

a.) *Bruken av Intensiv familierapi og pluralistisk orientert, familiebasert praksis i arbeidet mitt på BUP*

b.) *Bruken og tenkningen av familierapeutiske verktøy i arbeidet på BUP.*

c.) *Bruken av familierapeutenes egne preferanser og erfaringer i arbeidet på BUP.*

3) Tenkning om rammene av psykisk helse av barne- og ungdom innen spesialist helsetjeneste, og utformingen av det.

a.) *Oppgaven for BUP, organisering i spesialisthelsetjeneste, tilgjengelighet*

b.) *Ramme betingelser for arbeid, ledelses betydning og økonomisk og resultat orientert tenkning i psykisk helsevern for barn og ungdom*

Etter det gikk jeg i gang med å sette sammen i kondensat. Kondensat er en kunstig sitat av ulike sitater, som skal være dekkende og lojal mot sitater fra alle deltagere. Jeg synes det ble en del fine sitater til slutt under hver enkelt subgruppe, heldigvis var alle mine deltagere meget deskriptive i sine svar så det var ikke vanskelig å finne sitater som måtte omformuleres. Noe av metaforene ble også dårligere etter mitt forsøk å omsette de til i litt mer anonymisert form, men passet på å ikke gå ville veier i oversettelsen og ikke miste meningsdannelse i utsagnene.

Her er det et eksempel av jobbingen med å sette sammen en av kondensatene på punkt 3.) Tenkning om rammene av psykisk helse av barne- og ungdom innen spesialist helsetjeneste, og utformingen av det. Jeg skrev inni kondensat hvem og hvor det var formet av for å vareta at alle var med og finne tilbake i senere anledning om jeg ville bruke sitatet videre i andre sammenheng:

Kondensat: BUP sin oppgave er å utrede og kartlegge psykiske symptomer og tilstandsbilder. For barn og familien må egentlig være rustet nok for spesialisthelsetjeneste behandling (D2:453-454.9) Sånt som det er i dag på en BUP, finner du ikke den service graden som ellers i samfunnet (D4:241-243). I Norge er det tenkt at spesialisthelsetjeneste først og etter hvert kommunen. Jeg tenker at det skulle være omvendt, jobben som vi gjør BUP, burde ha vært gjort i første linje nærmere barn, ungdom og deres familier. Veldig mye av jobben BUP gjør i dag, kunne ha blitt gjort uten henvisning med lav terskel inn mye raskere, og da hadde man også kunnet hjelpe den gruppen som ikke får tilstrekkelig hjelp i dag (D1:256-262 D4:156-158). Det er viktig med bedre forebyggende tiltak og bygge opp første linje slikt at barn får hjelp der, siden barna sliter jo. Det går opp og ned og svinger, og har nok symptomtrykk for barn og ungdomspsykiatrisk poliklinisk behandling, men

egentlig ikke trenger det. Ved mer robust første linje kunne hindre at barn og ungdom og deres familie havner på BUP (D3:435-440).

Videre utfra kondensatene skal man velge ut en gullsitat som samler og omfavner mest det essensielle i tematikken i subbgruppene og samtidig beskriver det fra alle fires perspektiver. Det var vanskelig øvelse å velge den mest beskrivende, og jeg måtte jobbe litt mer med kondensatene for å få fram alles stemme.

- 1.) Bruken av erfaringene fra FNe i et lineært individuelt tenkning og behandling på BUP
 - a.) *I behandling*
 - b.) *I utredning*
 - c.) *I team*

- 2.) Bruken av tenkningen fra intensiv familierapi og familierapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis, eller andre familierapeutisk tenkning eller verktøy i arbeidet på BUP.
 - a.) *Intensiv familierapi og pluralistisk orientert, familiebasert praksis i arbeidet mitt på BUP*
 - b.) *Familierapeutiske verktøy i arbeidet på BUP*
 - c.) *Familierapeutenes egne preferanser og erfaringer i arbeidet på BUP.*

- 1.) Tenkning om rammene av psykisk helse av barne- og ungdom innen spesialist helsetjeneste, og utformingen av det.
 - a.) *Oppgaven for BUP, organisering i spesialisthelsetjeneste, tilgjengelighet*
 - b.) *Ramme betingelser for arbeid, ledelses betydning og økonomisk og resultat orientert tenkning i psykisk helsevern for barn og ungdom*

7.8.Trinn 4. Syntese

Fjerde analysetrinn er syntese. I de foregående trinnene har forskeren holdt seg til løsrivne tekst biter, og i dette trinnet bli bitene satt sammen igjen, rekontekstualisert. Kondensatene brukes til å lage en analytisk tekst for hvert subgruppe og kodegruppe. Et treffende gullsitat illustrere og konkretiserer forskerens hovedfunn. Mikrokondensat blir konstruert for en overskrift som beskriver og sammenfatter kort og selvstendig i hver kodegruppe representerer det nye insiktet og er

forskerens sluttresultat. Trinnvis analyse letter totaloversikten i materialet og hjelper med å skjerpe prosjektens fokus og problemstilling (Maltrud, 2018, s 108-111).

Det fjerde og siste trinnet er å sette alle kondensatene sammen igjen i en analytisk tekst for hver kodegruppe og subgruppe. Gullsitatene beskriver kondensert innholdet hva som har kommet fram som en ny informasjon i de sorterte temaene og få fram og representerer alle deltageres stemme i funnene. Da tok jeg kondensatene og sammenfattet en mikrokondensat som beskriver kort om hva ulike kodegrupper representerer og hva er det nye som har kommet fram som ny tanke, perspektiv eller innsikt som blir sluttresultatet for prosjektet.

Gullsitatet for oppgaven ble:

« Jeg har vært på en tur og sett og opplevd mye, satt meg ved et stille vann, fisket og fått en napp og dro opp en gjedde. Jeg var stolt over fiskeferdighetene og glad for fangsten og begynner gå mot hjem. Jeg havner i en ukjent sti, jeg tar den, snubler litt i det ukjente terrenget og føler på tettheten av skogen, men finner min vei fram til hjem. Hjemmet ser jeg fortsatt med stolthet fiskefangsten og kjenner på gleden gleden av å ha kommet fram.»

8. Kritisk gjennomgang av metoden:

Utvalg:

Deltagere er tidligere kollegaer som jeg har jobbet sammen med. Siden vi kjenner hverandre tidligere er relativt trygt for å komme med det som man tenker og føler rundt de ulike temaer. Samtidig kan det ligge en usagt følelse at jeg forventer at de kommer med svar som jeg vil høre. Etter min oppfatning og gjennomlesing av intervjuene var det kom det ikke tydelig fram. Deltagere dermed utfordret meg å komme med mer presist hva jeg mente, og sjekket ut underveis om de hadde forstått spørsmålene. Alle deltagere er trygge på seg selv og vante med å gi noe tilbake og ikke redde for å kritisere for tematikken og reflekterte rundt det.

Intervjuene:

Intervjuene foregikk på ulike stedene utfra hva som var mest praktisk for deltagere. Det var i et intervju vi ble avbrutt med at noen kom inn på rommet tross at det var merket som opp-tatt. Dette var helt på slutten av intervju, så det gjorde ikke at man kom utfra temaer. Ellers var stedene tomme av andre folk det kun meg og deltager i lokalene.

Analyse:

Det tok lang tid med analyse. Jeg hadde gjort analyse med samme intervjuene før, men ang-
rer ikke på at jeg tok en ny omgang på det. Det viste seg at jeg hadde fått mer avstand på in-
tervjuene og kunne se det mer objektivt enn tidligere noe som gjorde hele prosessen mer
spennende. Jeg greide også ta på meg forsker hatten og legge bort mine egne erfaringer.

Praksis gjør mesteren, ikke sånt at jeg på noen måte føler meg som erfaren forsker. Jeg er
fortsatt fersk og prøver og feiler i dette ukjente terrenget. Jeg har lært at man skal forholde
seg til et bestemt oppskrift og finne ut av praksisen som fungerer for en selv og gir ikke kon-
sekvenser for informanter. Jeg har også lært at jeg må ta analyse når jeg er i godt humør si-
den det også påvirker hvordan man ser på, og fremhever ulike ting i intervjuene. Analysen
må også gå i ett, jeg hadde noe pauser innimellom og det virket noen ganger vanskelig å ta
opp tråden og få tak i hva jeg hadde tenkt, men kom i det etter hvert.

9. Etiske implikasjoner

Forskningen må innordne seg juridiske retningslinjer. Som forsker er det viktig å beskrive og reflek-
tere over prosessen underveis, sammen med deltagerne. Forskeren må skrive en oppgave der pro-
sessen og den nye kunnskapen blir drøftet i forhold til en annen kunnskap på feltet. Det er viktig å
være grundig og nøye med å dokumentere og beskrive hver del av prosessen og redegjøre alle val-
gene som tas underveis på en transparent og systematisk måte. Forskeren må hele tiden holde godt
øy på prosjektet sitt på metanivå og kontinuerlig evaluere selve prosessen på metanivået.

Det stilles krav til meg som ansvarlig for masterprosjektet å overveie de ulike etiske utfordringene
som prosjektet stiller meg overfor. Informert samtykke innebærer at deltagerne får god og tilstrekkelig
informasjon om hva dataene skal brukes til, og jeg må sørge for å ivareta Deltagernes anonymitet
under hele prosjektet, og i ettertid (Kvale & Brinkmann, 2015 s.103).

Forskningsprosjektet søkes for godkjenning av NSD, Norsk senter for forskningsdata, og godkjennel-
sen legges ved. Deltagere i oppgaven har flere års erfaring innen sitt felt, og trygge på seg selv og sitt
faglig ståsted. Deltagere er bevisste om temaet og hadde kjennskap til forskeren som sin tidligere
kollega. Oppgaven handler om hvordan bruke erfaringene sine til nytte i et nytt kontekst. Kvalitative
intervjuer kan oppleves som en nær samtale som innbyr til å fortelle mer enn man kanskje ønsker.
Jeg anser mine tidligere kollegaer (Thagaard, T, 2018 s.102), men min oppgave som forsker ble da å
være varsom og bevege meg i det tempo som informantene nonverbalt og verbalt virket komfortabel

med. I de tilfellene jeg opplevde at deltageren ikke ønsket å snakke nærmere om et tema, lot jeg det være. Samtidig var det viktig å ikke ha en for stram skjematisk intervjuguide, slik at jeg kunne følge opp det informantene var opptatt av. Dette handler om det å skape tillit og trygghet i intervjusituasjonen, slik at informantene kan føle seg fri til å fortelle, samtidig som ivaretagelse av informantene hele tiden er i fokus (Kvale og Brinkmann, 2018 s.300). Intervjuene ble etterstrebet til å være fleksible nok, til at jeg kunne ta imot annen info enn det som tema direkte omhandlet. Dette bygger på det etiske prinsippet om velgjørenhet, som handler om at informantene skal ivaretas med lavest mulig risiko for skade (Kvale og Brinkmann, 2018, s.106).

10. Refleksivitet

Når man utforsker et temaet er man styrt av egne motiver og forestillinger på lik linje med alle mennesker. Man forsker et tema som man finner interesse i. I et forskningsprosjekt må uansett ha viljen til å stille seg spørsmål til egne konklusjoner og framgangsmåter form av egen refleksjon. Var det temaet som styrte meg eller var jeg hadde jeg lyst til bekrefte mine egne hypoteser som sanne. Forskningsprosjekt skal alltid bidra med noe som en ikke vet, tror eller har tatt for gitt på forhånd. Forskeren må være klare over sine «blinde» punkter spesielt hvis man er engasjert i tematikken på en personlig nivå (Malterud, 2018, s. 19). Både forsker og deltagere sine personlige egenskaper og forforståelse vil prege et intervju (Thagaard, 2018, s. 104).

Jeg stilte meg positivt i utgangspunktet å komme i barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Jeg hadde håp om å si det spesielle som er knyttet til i behandling av barn og unge i poliklinisk sammenheng. Samtidig var jeg i sorg etter å ha mistet drømmejobben min, som jeg hadde endelig fått etter mange års forberedelser og turer innen psykisk helsevern både på isntitusjoner, poliklinikk og i kommunehelsetjeneste.

11. Presentering av funn:

I dette kapittelet vil jeg presentere funnene som jeg har fremkalt ved hjelp av analysemetoden Systematisk tekst kondensering (STC Malterud).

Problemstillingen for denne forskningsprosjektet er:

Hvordan bruke erfaringene og faglige tenkningen fra Familie- og nettverksenheten i en BUP kontekst?

Følgende forskningsspørsmål har vært benyttet for å belyse problemstillingen;

Hva er det i modellen på FNe, familierapeutisk verktøy, eller tenkningen fra FNe, som har vært nyttig i praksis på BUP?

Hvordan erfarne familierapeuter bruker sine erfaringer fra FNe og hvordan kommer erfaringene fram i tenkningen og i arbeidet på BUP?

Jeg har kommet frem til følgende tre hovedkategorier:

- 1. Behandlingsteam kommer raskt i gang med behandling med familien, fra dag en, parallelt med utredning og har fokus hele veien på prosess og kontekst*
- 2. Familien tas på alvor på deres familiehistorikk, verdier og opplevelser, og får solid støtte fra dyktig familieteam med tverrfaglig sammensetning.*
- 3. Hjelpen er lett tilgjengelig i familiens nærmiljø i egnede omgivelser, lav terskel inn og behandlingstiden skal brukes til familier.*

Hver hovedkategori har ulikt antall subbgrupper og totalt for samtlige hovedfunn utgjør dette 7 subbgrupper. Jeg vil presentere hovedfunnene med tilhørende subbgrupper. Deltagere er sitert med D1, D2, D3 og D4 med følgende sitat nummer. Det er samme kodene som er blitt brukt i transkripsjonen og drøftingen.

11.1 Behandlingsteam kommer raskt i gang med behandlingen med familien, fra dag en, parallelt med utredning og har fokus hele veien på prosess og kontekst

I intervjuene ble det klart fram at samtlige deltagere tenker at behandlingen må starte tidlig, helst fra dag en. Alle deltagere tenkte behandling som en prosess, også i utredningen. Det kom fram i intervjuene de to deltagere som var utredningspersoner. De to subbgruppen er: bruken av erfaringene i utredning og behandling og teamarbeid.

11.2 Bruken av erfaringer fra FNe i utredning og behandling:

Det var forskjell mellom de to BUP poliklinikkene med tanke på å skille mellom utredning og behandling i pakkeforløpene. BUP Oslo Syd hadde mer fleksibel tilnærming for dette enn BUP Oslo Nord. Samtlige deltagere var opptatt av prosessen både i utredning og behandling. Det var litt ulik erfaringsgrunnlag på utredningsarbeid og det kom fram i tenkningen rundt det.

«Jeg er mer opptatt av funksjon og hva er utfordringen til barnet. Jeg prøver å løse det der og da, gå i gang og tett på. Hvis det ikke fungerer, må jeg sjekke om jeg har mistet noe, eller om jeg må skifte tilnærmingen eller finne ut mer. Utredningen blir da en del av en prosess, hvor både utredning og behandling går hånd i hanske. Ikke at man først skal finne ut alt, og så behandle. Modellen her er mer sånn sykehusmodell, somatisk; først finner man ut hva feiler det pasienten, og så behandler man pasienten for det. D1: 209-213, 217»

«Jeg har alltid vært prosess fokusert i min diagnostisk forståelse og behandling. Behandling begynner alltid fra dag 1, etablering av første kontakt har allerede en behandlingseffekt. Selv om du er i utredningsmodus, bare det å få tømme seg, og vet at andre hører og forstår, har en behandlingseffekt (D4:353-355, 357-358)»

«Jeg kunne gjerne sluppet unna utredning, og om å gjøre en jobb som jeg elsker (D3:467-468)»

11.3 Teamarbeids betydning:

Deltagere så at det å jobbe i et team ga mening og behandlingen var mye mer effektivt .

«Jeg mener har en mer enn dobbelt så god effekt å jobbe i et team, enn å jobbe alene, uansett om det er generalist saker, eller matriseteam saker.. (D3:282-284)».

«Jeg er heldig med å kunne jobbe i et team, hvor det er mye fokus på familie (D2:174)»

En deltager var overrasket over seg selv, med å savne teamarbeid:

«Jeg vil jobbe med barnet og familier i et team sammen med noen, selv om jeg tenkte det var en av de tingene det skulle bli deilig å slippe noen ganger på FNe, at jeg alltid måtte jobbe sammen med noen og ikke hadde alenetid, ha, men nå er det det jeg savner mest... (D2:473 475).»

Kondensat: BUP sin oppgave er å utrede og kartlegge psykiske symptomer og tilstandsbilder. For barn og familien må egentlig være rustet nok for spesialisthelsetjeneste behandling (D2:453-454.9) I Norge er det tenkt at spesialisthelsetjeneste først og etter hvert kommunen. Jeg tenker at det skulle være omvendt, jobben som vi gjør BUP, burde ha vært gjort i første linje nærmere barn, ungdom og deres familier. Veldig mye av jobben BUP gjør i dag, kunne ha blitt gjort uten henvisning med lav terskel inn mye raskere, og da hadde man også kunnet hjelpe den gruppen som ikke får tilstrekkelig hjelp i dag (D1:256-262, D4:156-158). Det er viktig med bedre forebyggende tiltak og bygge opp første linje slikt at barn for hjelp der, siden barna sliter jo. Det går opp og ned og svinger, og har nok symptomtrykk for barn og ungdomspsykiatrisk poliklinisk behandling, men egentlig ikke trenger det. Ved mer robust første linje kunne hindre at barn og ungdom og deres familie havner på BUP (D3:435-440). Sånt som det er i dag på en BUP, finner du ikke den service graden som ellers i samfunnet (D4:241-243).

b) Ramme betingelser for arbeid, økonomisk og resultat orientert tenkning i psykisk helsevern for barn og ungdom

«Jeg tenker at det viktig å få familien til å føle seg trygg og «holdt» i behandlingen, og ta deres egen forståelse av situasjonen på alvor. Da må behandlingen komme raskt i gang og behandlingsteamet være tett på. Jeg bruker mer tid og intensivitet i den tiden jeg har til disposisjon for behandling, det blir som et verktøy i møte med familien. Ingen kurativt løp er likt, hver familie skaper forankret løsning og veien dit i fellesskap med behandlingsteam»

«Jeg bruker enn del familieterapeutisk verktøy i behandlingen men mest av alt Genogram for å få fram verdier, kulturer i familien, og flergenerasjons perspektivet. Jeg legger fra meg BUP behandler rollen og utforsker med livslinje og livets elv, ser på hierarki i familien og skulpturering, reflekterende prosesser, de fleste familieterapeutiske grep. Det ligger også i språket og hvordan jeg stiller spørsmål og responderer på helhetlig situasjon, for eksempel er i bevegelse flytter på meg og andre i samtalen»

«Jeg føler meg trygg i det familieterapeutiske og teamarbeidet og føler meg kompetent i det, det gir meg mening og glad for at jeg ble smittet av de som hadde opplevd familieterapiens gylden tider,

«Jeg jobber utfra mer fleksible familieterapeutiske tilnærminger og modeller, tar familien med i behandling tidlig, bruker mer tid på behandlingen, enn på diagnoser, og starter behandling fra dag en som gjør at jeg føler at jeg er en vesentlig bidragsyter for å utvikle BUP tilbud videre,»

«Problemet oppstår ikke i et vakuum, mine diagnostiske briller har alltid vært knyttet til å drøfte det i et fellesskap, og konteksten barn eller ungdom finner seg i. Jeg tenker at utredning er alltid som en prosess, hvor man bruker all den informasjonen man har foran seg for å skape et helhetlig bilde, uansett om man bruker skjemaer eller vurderinger av omsorgssituasjon. Jeg har flere hypoteser oppe samtidig, parallelt prøver ut ulike intervensjoner raskt, og vurderer utfra hva som treffer eller ikke, og justerer fokuset utfra det.»

«Jeg får mest bruk av erfaringene i matrise teamene, hvor det er mer familieterapi rettet fokus i behandlingen, men det er et annerledes team arbeid. Jeg tenker at det fungerer best når jeg er en del av behandler-team gjennom hele behandlingsløpet og kan være den som bærer kontinuitet og prosessen videre»

12. Familieterapeutisk praksis og generelle praksis på BUP poliklinikken utfra erfarne familieterapeutenes perspektiv

Familieterapeutisk praksis er ofte knyttet til spesialteamene som er knyttet til Matriseteamene spesifisert i diagnose grupper som spiseforstyrrelses gruppe. I tillegg til det er det familieteam. Det å ha en møte med familien og gi dem spesifiserte psyko-educative foreldreveiledningsprogrammer, eller å ha samtale om barnets tilstandsbilde er ikke familieterapeutisk behandling og systemisk praksis. Deltagere tenker at behandlingen av barn og ungdom og deres familie bør starte så tidlig som mulig parallelt med utredningen. De som har kompetanse for både utredning og familieterapi har gjort det i mange år ved å intervensere tidlig å bruke det som en del av utredningen, samtidig som å holde oppe flere hypoteser og danne en helhetlig bilde av familiens situasjon og historikk. Generell praksis varierer hvordan man tenker om pakkeforløpene. On deler utredning først og behandling etterpå kommer barn og ungdom til stående på pauseknappen fra livet sitt enda lengre enn ofte ventetid før man kommer i det hele tatt inn på BUP behandling og dermed taper enda mer terrenget. Deltagere ser betydning av å være tett på familien og «holde» dem litt for å skape trygghet og åpenhet for det som er vanskelig.

12.1 Utredning- og behandlingspraksis ut fra erfarne familieterapeutens perspektiv

Samtlige deltagere tenker at utredning og behandling er noe som foregår parallelt som en endringsprosess og at behandlingen begynner så tidlig som mulig helst fra dag en. Prosess tenkning generelt er ikke helt i tråd med den lineære tenkningen i psykisk helsevern hvor man tenker først å finne problemet, diagnose og velge behandlingstilnærming eller manual/skjemabasert diagnosespesifikk behandling. Denne modellen kommer fra somatikken og spesielt i tråd med pakkeforløp i behandling. Det er heller ikke sånn at pakkebehandling utelukker prosess tenkning og kan gjøres utfra denne tenkningen. Mye står i hvordan man tenker om både utredning og behandling og hvilken kultur det er i teamet. Dette henger sammen med sammensetningen av teamet og ledelse og historikken i det enkelte teamet. Det er også avhengig av hvor fleksibelt systemet er og åpenheten å få flere perspektiver inn. På FNe var det å ha flere perspektiver inn også fra familien, som en del av behandlings ideologi og knyttet til den familieterapeutiske tilnærmingen, som alle sto eksplisitt bak på. Det og jobbe tett på foreldre, barn og ungdom og være et team med ulike perspektiv inn sammen med familien.

Sammen med familiemedlemmenes perspektiv, ulike fagperspektiver, erfarings perspektiv, kultur og generasjons perspektiv gjør, at man får mer trygge foreldre med senkede skuldre og barn og ungdom. Det gir et grunnlag til å jobbe med det som ikke fungerer og det familien får ikke til. Er holdningen at vi er eksperter og skal lære opp familien til å fungere bedre, ut fra et perspektiv, er det større mulighet å bomme på behandlingen, og gjøre at det blir forverring både i familiens og ungenes situasjon. Man er pålagt å operere med diagnoser i spesial helsetjeneste, og det er en måte å kategorisere og få oversikt over hjelpebehovet for den enkelte. Utenom å ha et bedre bilde av mer helhetlig situasjon, kan det ikke være alene avgjørende, hvilken behandlingstilnærming man velge i behandling. Det å begynne å jobbe raskt relasjonelt med familien og bli kjent er alltid til gode for behandlingen for barn og ungdom og deres familier.

«Min diagnostisk forståelse har alltid vært prosess fokusert, man vet også at behandling kan gå i feil retning, hvis man har ikke hatt riktig diagnostisk forståelse. Du må kunne ha en egen diagnostisk forståelse, og eget symptombilde basert på anamnese, for å kunne tolke ulike spørreskjemaer og skjønne om den er en god indikator, og behandlingen den starter alltid fra dag en. Man skal strebe etter på en poliklinikk for å holde kontinuitet i behandler».

12.2 Heldige som får jobbe familieterapeutisk:

Deltagerne følte seg heldige, som fikk jobbe familieterapeutisk, og også at de har fått en annen forståelse for familieterapi utfra erfaringene sine på FNe. Det kom fram i samtlige intervjuene. Det kan reise et spørsmål, om man må være heldig for å kunne jobbe ut fra et familieterapeutisk? Eller er det slikt, at familieterapi gir mening uansett i hvilken kontekst det man jobber i. Jeg tenker at det burde være et vesentlig del av behandlingen i barn- og ungdomspsykiatrien, hvor det er snakke om pasientgruppen i ruskende utvikling som ofte bor i familiære kontekst, enten hjemme hos en eller to foreldre, eller et sted hvor voksen- foreldreansvar er definert av andre enn biologiske foreldre. Behandlingen på poliklinikken baserer stort sett på manual- eller skjemabaserte behandlinger, knyttet til evidensbasert forskning for spesifikke diagnoser. Behandlingene består av individuelle terapeutiske intervensjoner eller metoder som er manual- og skjemabasert. Kunnskapen tar utgangspunktet av populasjon med samme diagnose som har mest lik utgangspunkt på symptomer, sosioøkonomisk og andre parametere og har samme grad av lidelse og ofte med kontrollgruppe av folk uten denne type lidelse og uten store sammensatte problematikk og hvordan akkurat denne metoden er effektivt og virker. Dette er mye mer komplisert i behandling av barn og unge og generelt i psykiatrien hvor man snakker om store mengder av variabler knyttet til det som er ikke er observerbart. Som Per Fugelli sier i sin hilsen til flokken på Schizofreni dagene fra den andre siden: «Dere forvalter den delen av mennesket som ikke er biomasse. Dere arbeider med det mest hellige på jorden; menneskesjelen ...

dere er glad i gåten – mennesket ... det krever mot, å være i et fag, hvor enheten er et usikkert møte, mellom et du, og et jeg...» (YouTube 7.nov.2018 Per Fugellis hilsen til flokken på Schizofrenidagene). Deltagere prøver ut intervensjoner som en utredning og for å sjekke ut om de kanskje har oversett noe, skulle man prøve noe annet, eller om man skulle gå inn litt mer utredning for å få bedre forståelse av barnets eller ungdommens situasjon. Man tenker at behandling er en prosess som hele tiden må justeres utfra den informasjonen og erfaringene man har gjort underveis. Man setter diagnosen relativt fort for å komme i gang med behandling så raskt som mulig, og ikke ta mer av tid en nødvendig fra barn og ungdommens liv. For deltagere er ikke diagnosen styrende av valg av tilnærmingen for behandling, funksjonen for barn og ungdom og innad familien er viktigere. En av deltagere sa det slik:

«Basere behandling bare på en diagnose, det blir fort å skyte i blinde, altså vi får noe treff, også masse bom og så er det slikt at ulike behandlere vil sette ulike diagnoser på samme problemstillinger validiteten i diagnosene er lav. Det er fullt mulig å gjøre endringsarbeid og refleksjon, og invitasjon til at familie og foreldre har potensiale, og muligheter til å få forbedringer og endringer uten at vi har en diagnose, eller har forstått hele problemet».

12.3 Teamarbeid:

Samtlige deltagere ser nytten av å arbeide i et team med ulike perspektiver inn. Sånt som praksisen var i FNe så var det rom for individuelle ulikheter i behandler gruppe av ulike grunnutdanninger, erfaringens bakgrunn og erfaringene fra livet og ellers. Uansett av bakgrunn i teamene bel det utført pluralistisk innfallsvinkel og alle kunne bidra med sin kompetanse. Drøftinger i daglig basis på slutten av dagen gjorde at man kunne innvirke på hver sin måte hvordan behandling og endringsprosessen skulle gå videre på, hvilken fokus man skulle ha videre og hva var felles inntrykke av familien og utfordringer innen det og også ha ulike perspektiver inn samtidig. Dette er ikke i hverdagen på BUP. Man opplever høye skuldre, ikke oversikt hva man egentlig gjør, mye usikkerhet i oppgavene og lite drøfting, inkludering av flere perspektiver inn. Det mangler veiledning for det kliniske arbeidet. Det er fraværende praksis for BUP sine medarbeiderne unntatt med tilknytting for matrise team, eller i forbindelse med videreutdanning eller spesialisering. Klinisk veiledning av arbeidet er helt nødvendig i hvert fall hvis du er i overgang fra en helt annen type virksomhet til en annen, uten å vite hva du skal inni og med nye oppgaver som du ikke kjenner til. Det var ikke tilfellet i forbindelse med omorganise-

ring og nedlegging av FNe. Alle deltagere tenker behandling som en endringsprosess med tidlig intervensjoner for behandling. Utrednings opplevdes generelt for å ta alt for mye tid. Tre av deltagere begynner med behandling fra dag en. Den ene som ikke gjør dette har utredning i den medisinske modellen første gang som sitt oppgave og har ikke fått ordentlig opplæring for dette- føler seg usikker på dette område. Validitet i utredninger oppleves som lav, siden det ofte er svært store variasjoner hvem som utreder når det gjelder erfaring og utføring av selve testingen. Hvis man tenker å plassere utredningen innen ulike standardiserte spørreskjemaer kommer det alltid inn bias. Erfarne familierapeuter og prøver å se familien som helhet også generasjoner tilbake, for å forstå opphav av verdier og generasjonenes innvirkning i denne familien. Generasjoner følger med i den enkelte familie, med tanke på foreldre for eksempel. Foreldrenes erfaringer fra sitt eget liv; hvordan de har blitt møtt av sine egne foreldre, hvordan de har opplevd seg selv som et barn og ungdom, og hva har blitt «overskriften» eller opprettholdende verdier som fellesfortegn for denne familien. Diagnosen sier veldig lite, om ingenting om det relasjonelle innen, og utenom familien. Diagnoser er også alltid kun tilstandsbilder, ferskvare, som ikke er fastsatt på personen og som det er mulig å bli frisk av. Unntaket fra dette er utviklingsforstyrrelser som autismespekter, men man kan få det bedre i familien og ved bedre forståelse av hverandre minske ev. konfliktområder innen familien.

«Vanlig BUP behandling er: man utreder, og så prøver ut metoder som kanskje virker, og får blink til fire av ti ganger, og seks bom, og så er det familierapi som handler om prosess, andre ordrens forandring, endring og innse hva man selv bringer inn og hva som gjør, at jeg ikke klarer den oppgaven».

12.4 Rammebetingelsenes betydning for den generelle- og familierapien innen BUP hverdag.

Dagens spesialist helsetjeneste for barn og ungdom er mer styrt av økonomien en ideologi. Diagnosenes makt er gjeldende allerede i start fasen av behandlingen, uten å finne en klar diagnose er det ikke rettighet til behandling. Spesialist helsetjeneste bygger seg opp i medisinsk forenklet modell for psykiske lidelser, som er bindet med evidensbasert kunnskap om behandling av ulike diagnose grupper, basert hva som er vitenskapelig forsket som den mest effektive metoden for den enkelte diagnose. Pakkeforløpets hensikt har vært bra i forhold til likhet i behandlingstilbudet for alle og brukernes innvirkning i behandling men foreløpig har det blitt en ekstra burde for behandlere og tar tid fra

tiden fra behandling og samtalene med barn og unge, og deres familier. Problemet med evidens baserte metoder er, at det treffer mange, men ikke alle. Spesielt de kompliserte sakene hvor BUP poliklinikk sine rammer er ikke nok, verken i form av ressurser eller fleksibilitet for man ikke egnet behandling.

12.5 Pakkeforløp og administrative oppgaver som tidstyv fra pasientbehandling:

Pakkeforløp er et av de rammene som kommer fra somatiske behandlinger, kreftbehandling som et godt eksempel for dette. Samtlige deltagere synes at pakkeforløp er bare ekstra administrativt jobb for allerede økende administrerende registreringer av behandlere. Det har vært vanskelig for en av deltagere å se mening med dette:

» Det er en utrolig vits ... Det er helt tragisk at Norge greier å bruke så mye ressurser, på å ødelegge så mye for de som møter klientene direkte, også jeg ser ikke noe nyttig i det ... utover, at det skaper masse heft, og frustrasjon, og er en tragedie og det er helt Coco».

Resten av deltagere ser intensjonen bak litt klarere men synes også at den komplekse administrative delen tar alt for mye tid. Spesielt koding og feilkoding tar mye av arbeidstiden som man heller hadde brukt til å ha behandling med barn, ungdom og deres familie. Samtidig blir det et slags kontroll og samling av mye informasjon og statistikk, som man ikke helt vet hva som skal brukes til, heller ikke kvaliteten av det. Det virker som valg av behandlingsmetoder og intervensjoner er mer eller mindre fastsatt til konkrete metoder som kognitiv atferdsterapi, skjemasert behandling som er anerkjente metoder for angstlidelser og atferdsproblematikk generelt. Det er pålagt å sette diagnose for barn eller ungdom som er i behandling på BUP. Hvordan man gjør det, og hvor lang tid man bruker for jakten av A4-svar varierer veldig. Det gjør også, at behandlings forløpene blir noen ganger forlenget. Man finner ikke en passende diagnostisk beskrivelse som tilsvarende pasientens symptomer og uttrykk. Diagnose er også styrende for pakkeforløpet og hvor lang behandling det er beregnet i forbindelse med. Diagnose basert behandling er generelt problematisk i forbindelse med psykisk helsevern. Problemene er ofte knyttet til det relasjonelle, sammenhengene i livet og samspill som er utfordrende, eller andre type kriser knyttet til utviklingen eller tapsopplevelser. Det vil si at man er nøtt til å ta inn andre perspektiver i tillegg til bildet og observasjoner av symptom patologi. En deltager tenker at mister det komplekse bilde og prosessen som skjer mellom behandler og barn, ungdom, familie og de ulike arenaer rundt. Spesielt viktig er det med tanke på barn og ungdom og deres familie. Barn og ungdom som er i en utvikling og samspill hele tiden med sine omgivelser taper terrenget hver dag som blir tapt. Siden 2017 har det vært enorm økning av henvisninger til poliklinisk behandling av barn og ungdom. Det har blitt en flaske halse for mange som venter på å komme i behandling på BUP.

Mange må vente over 6 måneder å komme i utredning og behandling. For familiene kan det ha store konsekvenser å ikke komme i gang. Man trodde at det skulle være tegn for politikere at her trengte man flere ressurser i form av ansatte og penger. Isteden fikk man beskjed om å rydde opp i ventelistene og ventetiden med de resursene man hadde. Fristbrudd kunne man ikke ha og ventetiden måtte forkortes. Det er viktig å komme i gang med behandlingen så raskt som mulig. Erfaringer fra deltagerne viser at når man først kommer i gang med behandling går det veldig fort. Livet til barn eller ungdom blir satt på pause og de mister terrenget hver dag som går. Tiden blir veldig lang for barn og ungdom i utvikling og kan gjøre situasjonen i familien ytterligere mer komplisert.

«Å forestille seg, at da pakkeforløpet fungerer supert i somatikken så må det gjøre det sammen i psykiatrien og, er trist. Det er som å bruke samme klær for all slags av vær, det fungerer for et vær men ikke får de andre væertypene, så. I psykisk helsevern er det utrolig mange flinke folk, men jeg opplever at mange havner i uføre i spesialist helse tjenesten».

12.6 Ledernes betydning i innholdet og rammene for behandling

Det er viktig å ha en leder som har forståelse for og vil at familien også inkludert i poliklinisk behandling, og at dette perspektivet er inn i alle leddene på poliklinikk. Ved omorganisering 2011 var det helt avgjørende at den valgte enhetslederen på FNe var interessert i familieterapeutisk tenkning som grunnlag for enheten, som i fortsettelse av de enhetene som ble sammenslått. Utenom ikke FNe eksistert eller det ikke hadde blitt den faglige forankringen i enheten.

Deltagerne forteller at det er viktig å ha med en leder som har forståelse familiens betydning i behandlingen, og du har flere med samme kompetansen på din enhet. Per tid er det veldig ujevn deling av familieterapeutisk kompetanse på poliklinikken. Hvis ledelsen støtter familieterapi og i tillegg til har kompetanse på det selv er det lettere for behandlere ta familieterapeutiske intervensjoner i behandlingen. Lederen kan også satse på å øke familieterapeutiske kompetanse og trygghet for å jobbe med familier med å bruke de som har familieterapi som støtte i saker hvor noen av ansatte føler seg utrygge i familiesamtaler eller å snakke med foreldrene. Om BUP selv hadde fått bestemme mer hvordan man deler resurser, og «styrt butikken» mer selvstendig, også med tanke på utredning og behandling, hadde det fungert bedre. Det er for tiden alt for mye kontroll systemer og kvalitets sikring systemer. Litt mer kontroll over kravene og tiltak som kommer ovenfra ned og som ikke er ordentlig drøftet og evaluert med fagfolk som jobber direkte under før det settes i gang. Pakkeforløp, er et eksempel for det, det er heller ikke noe overordnet tenkning i forhold til utredningsarbeidet hvordan parallelt begynne med behandling, eller hvordan øke kvaliteten og validiteten i utredninger. Tidsrammen og mengden av arbeidet er for meget, og presse gjør at ansatte trenger mer oppmunt-

rende og anerkjennende ledelsesstil. Ikke at det kommer bare nye krav, men også å se hva man faktisk får til. Se den enkeltes innsats er viktig å se. Det er viktig også legge til rette slikt at ansatte i denne sammenhengen gjør teamet bedre, og spiller hverandre gode sammen. Det må også tilrettelegges for veiledning og tilstrekkelig opplæring for at folk skal føle seg trygge i de oppgavene som de er satt i. Det vil automatisk øke effektivitet og kvalitet i utført arbeid. Det er viktig å ha med seg lederne over seg, og brukerne for at familierapien skal beholde sin plass i ulike sykehus eller andre kontekster. Hvis ikke det blir forankret oppover blir det vanskelig å argumentere oppover i systemet sin eksistens og måten å velge å jobbe på. Man blir fort utsatt om man blir stående ved siden av, eller blir veldig annerledes sammenlignet de andre som er i samme systemet slik det ble med FNe. En deltager ser det slikt på starten av FNe:

«Det var lederen som ikke hadde nødvendigvis med seg ledernivå oppover. Det var ikke implementert, eller akseptert nok for familierapeutisk jobbing i psykiatrien. Det var ikke tilliten til, at familierapi som fag kunne stå nok på sine egne ben i den tradisjonelle psykiatrien. Tross at det var representanter fra flere faggrupper som hadde god forståelse for familierapi og var utdannede, kompetente og utøvde det fra familierapien var toppen, tok det en god periode før det satt seg godt da».

12.7 Fysiske rammene:

Poliklinikkene er ikke barn- eller ungdomsvennlige arenaer fysisk. Det er mange små kontorer og noe familierom, men ingen barn- eller ungdomsrom, hvor man kan trekke seg unna, hvile, leke, eller spille. Hver enkelt behandler kan tilrettelegge noe mer barnevennlig atmosfære i kontorene, men det er ikke mange rom som er egnet for å bevege seg, skifte stillingen eller slenge seg på saccosekken. Bygningene er gamle og veldig slitt på vegger, gulver, bad og toalett. Det er dårlig lydisolering mellom kontorene på en av BUP: ene. Du kan høre hva det snakkes om i naborommet. Det er svært dårlig utviklede behandlingsrom på den samme BUP: en. En av deltagerne forteller, at han kan bruke et behandlingsrom, hvor man kan være litt i bevegelse. Det rommet er delt med 25 andre som gjør at den er mye opptatt og avtalene må legges enda lengre fra hverandre. Flere deltagerne er opptatte av å også få tilgang for uttrykkene gjennom kroppen også. Beliggenheten gjør at det er vanskelig noen ganger, ute areal er asfaltert parkeringsplass for eksempel. Det er noe forskjeller mellom BUP:ene her også.

«det er så mange barn og ungdom som kommer hit. Det er en katastrofe, og det er ikke et eneste ungdomsrom, og mange rom som også er dårlig lydisolert, så man sitter og nesten kan høre andres samtale, sånt sett har det fysiske jo mye å si da. Kanskje ha ting som gjør, at det er litt mer imøtekomende for barn og ungdom, for det tenker jeg ikke det er og det jo noe med å kunne ha muligheter også, som at vi kunne gå på lekerommet og man kunne også bruke rommet utenfor, som

også gir en fleksibilitet, og som også var viktig for noen familier. For eksempel tenne bål ved i en lavvo, snakke over bål, hvor man også får mye informasjon om familien, når det på mange måter er mer naturlig, enn å sitte på, et trangt kontor på pinnestoler. Generaliserbarhet er mye større, når man er ute i det virkelig liv, tenker jeg da. Og man får mer sånn, unike forståelse av familien, barn, og ungdom, og foreldrene, hvordan de har formet familien sin, og hvordan de takler ulike utfordringer, og hvor kanskje de spretter opp stien raskere enn mor og far, det er noe mer likeverdigheten og»

12.8 Erfarne familieterapeuter bruker den pluralistisk orienteringen og familiebasert tenkning og praksis i sin hverdag.

Det er gjennomsyrende i alle kommentarene og vektlegging av ordene til det ene og det andre. fra det ene til det andre at familieterapeutene har med seg den pluralistiske orienteringen og familiebasert praksis. Det kommer gjennom hvordan man snakker om familie og viktigheten av de i intervjuene. Det kommer fram hvordan erfarne familieterapeuter tar det i sitt arbeid, uansett hvor de befinner seg. Det er i språket barn, unge og deres familier er det ikke sjeldent jeg ser skrevet ned på transkriptene mine. Det er likestilling og inkludering på høyeste nivå og tross at det er mye som ikke er på plass på BUP: ene til dags så er de der for å øke denne kompetansen for de andre, noen av dem er ikke vane med å møte familier og dermed kvier seg til det. Det er flott at mine kollegaer stiller opp da og kan lære hvordan man yte flere perspektiver oppe samtidig, jobbe som et team, åpne opp for nye perspektiver planlegger med familien med gjennomskinnelighet og uærbødig. Det å skape sammen er viktig i familien og ellers i livet, det sånt livet fortsetter videre.

12.9 Endelig en overskrift som passer for mangfold av perspektiver

Jeg synes det har vært vanskelig å beskrive det faglige fundamentet når andre fagfolk har spurt om utfra mer intervensjonen vi brukte som det på Familie- og nettverksenhet. Svaret mitt kunne virke litt vagt og uproft for noen, Jeg svarte ofte familieterapi og følgespørsmål var ofte hvilken type. Dette var mer vanskelig å svare på, siden jeg opplevde at på FNe var det mange dyktige og erfarne fagfolk, og all kunnskap ble brukt av der, det tredd fram var utfra familiens behov og fellesskapte mål og ramme for behandlingen. For meg var det selvfølge, at jeg brukte mer eller mindre alt jeg hadde lært. Jeg satt meg også inn i det nye, hvis det kom inn familie med mer spesifikke vansker eller utfordringer, som man ikke hadde vært bort i før. Det nest beste svaret jeg kunne komme med var, at vi

jobbet utfra familierapeutiske «eklektisk» utgangspunkt, utfra familiens behov parallelt med bestilling fra poliklinikken og det vi så som viktigst og mulig å løse på den korte tiden familiene var på FNe. Jeg tenkte, at det kunne høres ut som om vi ikke hadde noe fast teoretiske grunnlag å holde ved. Vi beskrev jo om intensiv familiebehandling knyttet til den fire ukers modellen vår, og det virket å gi mening, men det var ikke helt det jeg opplevde vi holdte på med. Det var helt klart en del av det, men kun en del i den daglige praksisen og ga ingen konkret holdepunkt i familierapiens mangfoldige landskap. Da jeg planla mer eksakt teoridel for denne oppgaven, kom jeg over kapittel 20 i håndbok av Familierapi (Lorås og Ness 2019 s.267-282) og det ga meg mening fra første øyekast. Hver setning var som å lese fra håndboka til FNe. Hvorfor dette ikke har blitt skriftliggjort tidligere i denne forstand forstår jeg ikke og det var nesten tilfeldig at jeg kom over det på jakten etter en mer korrekt beskrivelse av tenkningen på FNe. Dette var etter jeg var ferdig med intervjuene mine, og jeg ble nysgjerrig på om jeg kunne finne bekreftelse på dette utenom at jeg hadde hatt det som fokus i utgangspunktet under intervjuene. Kunne jeg bruke dette som indikator om de tingene som fortsatt satt igjen av tenkningen og praksisen FNe. Og spesielt hvordan deltagere fortsatt brukte dette i sitt nåværende arbeid.

12.10 Hvordan vises pluralistisk orientering og familiebasert praksis i tenkningen om praksis på BUP

Felles for familiene som kom til FNe at man ikke hadde greid å nå fram med vanlige polikliniske intervensjoner, og grad av kompleksiteten gjorde polikliniske rammer eller føringer (Helsedirektoratet, 2008) gjorde det vanskelig for terapeuter ved poliklinikken å komme videre i behandlingen og at det hadde stoppet opp. Familiebasert praksis er en løsaktig arbeidsform som knyttes til filosofiske perspektiv pluralismen (Rescher,1993).

«at du skal møte familien maks en gang i uke istedenfor fire timer om dagen, fire, fem ganger i uka, gir deg ikke den samme muligheten å jobbe intens systematisk. Det ga trygghet, ikke minst, at familien tør å anerkjenne det som ikke fungerer optimalt og for å kunne virkelig jobbe med det. Jeg tror det ligger ganske mye smerte hos mange foreldre, barn og unge, men spesielt foreldre, som er ganske ordløst og på en måte skyvet unna. For at man skal orke å ta tak disse tingene, så er de nødt til å bli holdt mere, enn at de dykker opp en gang i uken, eller annenhver uke for å komme videre i prosessen, ellers kommer man ikke ut av startblokka»

Største forskjellen mellom BUP-poliklinikk og FNe, var fokus på den diagnosespesifikke behandlingen og den pluralistisk orienterte familiebasert praksisen. Når pluralistiske orienteringen innebærer at

flertallige familierelaterte perspektiver og tett samarbeid og samspill med foreldre er det mest sentrale i behandlingen, hovedfokus og tilnærmingen er utfra den medisinske modellen på BUP. Forde- len for erfarne familieterapeuter er, at man er vant med å jobbe med flere hypoteser om problema- tikken og diagnosen samtidig. Behandlere kan ikke utelukke i utredningen flere parallelle hypoteser, og flere perspektiver, eller komplekse relasjonelle eller psykososiale vansker. Dette blir utforsket av ulike terapeutisk hjelpemidler, ulike kartlegginger, samtaler og utprøving med intervensjoner. Frem- hevet fra deltagere ble betydningen av genogram, i alle type lidelser og livs situasjoner som kan ryd- des opp gjennom behandling. Familien og spesielt foreldre sto sentrale i behandling på FNe. Det var viktig del av arbeidet å få foreldre med på laget i behandlingen og trygges i sin rolle som foreldre. Det er viktig å se familien som en ekspert i sin egen forståelse om problematikken, og som en resurs for å finne veien videre sammen. Familieterapeuter prøver å forstå og observere kommunikasjon, samspil- let og dynamikken i en relasjonell sammenheng. Familieterapeutene konsentrerer seg være nøye med de elementene som enten forsterker, eller reduserer problematikk innen familien. Det er mer observasjoner hva som skjer mellom en i den enkelte individet. Det for å forhindre at kun den en- kelte personen eller familiemedlem er et problem innen i familiesystemet men hva som virker mer eller mindre i mellom menneskelige relasjoner. Familieterapeutene er ikke opptatte å finne feil, hel- ler å få fram til symptomer og påpeke mental lidelse eller psykisk problem for barn og ungdom, for å beholde barn- og ungdoms perspektiver oppe, og har isteden fokus på samspill. Familien bidrar med sin ekspertise til å finne veien til løsningen, sammen med familieterapeutenes egne erfaringer og hy- poteser. I et fellesskap skaper man forståelse hvor «skoen trykker» i en kommunikasjon og relasjoner i denne familien. Hvordan kan man møte hverandre med en bedre forståelse, mer hensiktsmessig og en respektfull måte, uten at det blir skam og skyll hos den enkelte.

«Endringsarbeid, refleksjon og invitasjon til at, familie, og spesielt foreldre har potensiale og mulighe- ter til å få til forbedringer og endringer, uten at vi trenger å ha diagnose som vi muliggjorde, tenker jeg, på FNe. Det er behov i komplekse saker å ha relasjon og dialog og sammenhengende kontakt over uker, tre-fire dager i uka. I familieterapi kan familien selvfølgelig jobbe mellom timene, men det krever på at du spiller flere terapeutiske strenger og flere terapeutiske retninger og perspektiver også diagnostiske vurderinger var mer felles skapt og mer gjennomtenkt via drøftinger i teamet og vi fikk inn ulike perspektiver, kanskje mer helheten i enkelt mennesket og i en familie, mens her sitter man en del alene og skal liksom vurdere»

Deltakere uttrykker å ha forståelse for sin egen historie, hvordan de selv har blitt møtt som barn og av sine egne foreldre. Det er viktig å se familien som en ekspert og en resurs. Man studerer og observe- rer på samspillet og dynamikken og utfordringer i en relasjonell sammenheng. Man skal være nøye

med de elementene som enten forsterker eller reduserer problematikken innen og utad familien, og ikke se kun den enkelte personen som et problem. Familien bidrar med sin ekspertise til å finne veien til løsningen. Man prøver å se familien som helhet også generasjoner tilbake for å forstå opphav av verdier og generasjonenes innvirkning i denne familien sammenheng med kulturen i denne familie. Det at mange veier til Roma, det er flere muligheter å finne veien til løsning sammen med familie og de profesjonelle i teamet.

12.11 Framtidens BUP og erfaringer og barneombudets rapport: «jeg skulle ønske at BUP var en koffert» og andre perspektiver?

Når det skjer mye andre kriser som pandemi og forandringen i samfunnets holdninger med utprøving å prøve innføre nye standardiserte behandlingsforløp, blir barn og ungdommer med psykiske lidelser og deres familier glemt og nedprioritert. Tjenestene blir lagt ned uten at det kommer nye tiltak som erstatter det og gode faglige tilbud blir pulverisert. Det finnes ingen familiebehandlingstilbud i Oslo for barn og ungdom med kompliserte sammensatte psykiske helseproblemer på spesialisthelsetjeneste i barn og ungdomspsykiatrien. Den siste som var rasket sammen av fem ulike familierelaterte enheter ble lagt ned med FNe 2019. I den siste tiden har det vært enorm økning av spiseforstyrrelser hos barn og trenden er at det treffer yngre og yngre barn. Det vil dermed ikke si at andre henvisninger til BUP blir færre. Barn og ungdom og deres familier roper ikke høyest om behandlingen heller, det er mye stigma å stikke ut av flokken med denne problematikken. Det var mye snakke om barneombudets rapport da den kom. Det er også kommet flere evalueringen i etterkant (:

<https://kbtcompetanse.no/wp-content/uploads/2021/02/Min-Stemme-Telle.BUP-St.-Olavs.2020.pdf>
)

som rapporterer akkurat de samme tingene som gikk i den tidligere rapporten. Det virker som ingen hører om man for stemmen fra myndighetene heller.

Bup nå og framtidens BUP

Alle deltagere tenker at BUP skal ha den oppgaven den har i fremtiden også, kanskje enda mer spesialisert og definert med tanke på andre hjelpetjenester og kunne ta seg av de kompliserte sakene eller noe spesifikke oppgaver som hører naturlig til spesialisthelsetjenesten. Alle deltagere uttrykte i tillegg at barn og ungdom må bli hørt, for det de sier men da må man også tenke andre nivåer i behandlingen og hva som egentlig er nærmest pasienten. Alle av deltagere tok opp at nåværende BUP har mistet noe av sin spesialist funksjon, ved å ta inn mange pasienter som kunne ha vært behandlet i sitt nærmiljø og av kommunale tjenester, tjenester som er nærmere pasientens normale

omgivelser. Problemet per i dag er, at det finnes nesten ikke tilbud for barn og ungdom og deres familier i første linje tjenester. Om første linje tjenester hadde hatt en bedre apparat, mer forebyggende tilbud, kunne man forhindre den økende pågangen på BUP. Pasientene hadde også fått hjelp fortere og terskelen til behandlingen hadde vært lavere. Noen ganger det virker som all slags av slit i barn og ungdomsårene og de sterke uttrykkene noen barn har knyttet til normale utvikling blir sett som sykdom og de havner på BUP uten å ha en reel behov for psykiatri. Barn og unge sliter, hormoner, jenter eller gutter, og situasjoner som svinger i barnets liv, oppgaven for BUP: ene har fått en alt for stor oppgave; å ta alle rollene for hjelpeapparatet. BUP kan ikke redde alle, eller «fikse» barnevern, skole, NAV, PPT og alt annet innen et poliklinisk behandlingsforløp som også er styrt av mye administrerende oppgaver for eksempel knyttet til pakkeforløp. Alt tar tid fra den viktigste oppgaven som er å være i kontakt med barn, ungdom og deres familie som trenger ofte hjelp fra første møte. Ofte er det snakke om hormonelle og fysiske forandringer, utviklingsfaser, tilpassing vansker både i skolen og fritiden og spesielt med familier mm. Det er ingen diagnose eller et menneske som oppstår i et vakuum. Man er hele tiden gjensidig i kommunikasjon og relatert til sin familie og andre private, offisielt og profesjonelt nettverk. Pakkeforløp krever egentlig ikke noe annet enn utredning i løpet av de første seks ukene, men samtlige deltagere begynner behandlingen tidlig i utredningsfase parallelt. BUP: ene har fått en alt for stor oppgave; å ta alle rollene for hjelpeapparatet. BUP kan ikke redde alle, eller «fikse» barnevern, skole, NAV, PPT og alt annet innen et poliklinisk behandlingsforløp som også er styrt av mye administrerende oppgaver for eksempel knyttet til pakkeforløp. Alt tar tid fra den viktigste oppgaven som er å være i kontakt med barn, ungdom og deres familie som trenger ofte hjelp fra første møte. Ofte er det snakke om hormonelle og fysiske forandringer, utviklingsfaser, tilpassing vansker både i skolen og fritiden og spesielt med familier mm. Det er ingen diagnose eller et menneske som oppstår i et vakuum. Man er hele tiden gjensidig i kommunikasjon og relatert til sin familie og andre private, offisielt og profesjonelt nettverk.

«Alle skal inni disse rammene, men det er viktig at man har litt ulike tilbud der ute da, etter behov, fordi man ikke har like behov. Noen trenger familierapi, noen trenger ambulant hjelp for å komme seg opp, komme seg på skolen, noen trenger hjelp til lære/skrivevansker. Litt ulike tilbud for ungene for å møte dem, der hvor de er. Da jeg begynte å jobbe inne barn og ungdomspsykiatrien var det veldig individfokus, og nå føler jeg liksom, at vi har gått noe skritt tilbake. Med pakkeforløp og alle disse kravene liksom, det relasjonelle forsvinner litt. man vet også at barna, kanskje ikke helt vet, hvem er BUP, hvem er Barnevernet, hvem er første linje, de kanskje ønsker, at alle disse instansene er en pakke og, at det handler ikke bare om BUP det handler om hjelpetjenester på forskjellig nivå».

«Jeg har ikke lest om mye om det, men husker overskriften, organisering, jeg tenker, at bilde er litt, altså mine tanker om det er, at bilde er blanda da, at en som jeg, vi får tilbakemeldinger fra mange som, som er fornøyd da, så jeg vet ikke helt, liksom.. men også det motsatte, ikke sant, og det er kanskje det motsatte, vi har fått det eksempelet, som du nevner her, men jeg ser det, og særlig videregående skole elever ... de og dels også sent i forstår og under ungdomskolen... de ber hele tiden, eller de gir uttrykk for, at det er, det er feil for dem å ta fri fra skolen, for å komme på BUP. Det går utover andre ting, som også er viktig for dem... så jeg kjenner igjen det, rett og slett, og da har vi ikke noe annet mulighet, enn å si, at sånn er det dessverre... vi har den arbeidstida vi har, og vi har den åpningstiden vi har, så det er liksom, det er litt sånn det er da. Så kunne jo, jeg skjønner jo, på en måte hva, at den servise graden, den som på en måte finnes på flere steder i samfunnet ... den finner du ikke på en BUP, sånt som det er i dag, nei, det gjør ikke det, så jeg skjønner, at noen savner det, av pasientene, eller brukerne våre».

«Det ligger i den metaforen altså at vi skulle være mere fleksible eller? Ja, altså utfordringen, som jeg ser det, er nesten litt snudd litt, nesten snudd rundt på hodet, jeg tenker, og fordi Norge er jo på mange måte... spesialist helsetjeneste er tenkt først, og så har man har etter hvert tenkt at kommunen...veldig mye av den jobben vi gjør her, burde ha vært gjort i nærmiljøet til barn, ungdom, familier... så jeg tenker jo at, det å styrke første linje, og kommunen, og med en veldig lav terskel inn. Faktisk jobbet vi sånn i en annen liten by for en 20 år siden, hvor vi hadde en dag, hvor folk kunne komme uten henvisning.. bare dropp inn, rett og slett. Det var kjempepopulært, og de kunne komme en til to ganger.. og så var det... folk hadde spørsmål om, og hva var utfordringer .. fikk råd .. og så kunne man etter hvert finne ut, om de faktisk skulle kanskje få en henvisning fra fastlege... for å liksom å gå den formelle veien, men at de kunne komme to tre ganger uten noe avtale, eller noe henvisning ...og jeg tenker det var veldig nyttig, og mange som benyttet seg av det.. av en sånn lavterskel. Jeg tenker det er jo sånn man burde også bygget opp enda mere i kommunene, sånt at jeg tenker BUP:ene blir organisert innenfor somatikken, men jeg tror også preger veldig måten å tenke på... og liksom alle de administrerende systemene rundt BUPen blir på en måte..mindre hensiktsmessig, eller uhensiktsmessig ofte for måten BUP:er jobber på, også kommer vi inni sånne floker som... hvor vi på en måte ikke kommer noe særlig vei... for Flere perspektiver inn. Teamarbeid. eksempel, ja ah, ja, nei.. jeg tenker på - og dette at det blir veldig mye alle disse kvalitet sikrings systemene man har i somatikken, overføres direkte til psykisk helsevern».

13. Avsluttende del

Med denne delen vil jeg avslutte oppgaven med Implikasjoner til praksis, og mulige svakheter med studien presenteres og avsluttende ord.

Implikasjoner for praksis

Det gir for meg håp at familierapien kan fortsette å vokse siden man kan takle den medisinske verden om man ha noe allierte der ute.

Jeg tenker at denne studien kan bidra med familierapeuter å implementere sine kunnskap i et medisinsk styrt psykisk helsevern. Det kan også hjelpe noen å se psykisk helsevern fra andre perspektiver enn de har gjort det før. Jeg håper at det kan bidra til å få bedre tilbud for barn, unge og deres familie og at de blir mer inkludert i forming av sin egen behandling, og at foreldrene og andre familie-medlemmer blir sett som ressurser som kan bidra til enda bedre behandling. Jeg håper det kan bidra med til barn, og ungdomsvennlige omgivelser og at det blir mer tilbud for familiebehandlingen etter hvert enten i kommunen eller på spesialisthelsetjenester, helst begge deler.

Håper at veiledning av klinisk praksis blir gjeldende for alle, som har den oppgaven å møte folk i krise og det er muligheter for å jobbe i større tverrfaglig team en alene en til en kontakter med pasienter. Jeg ønsker også at det kan bidra til å se pakkeforløpet, utredning og behandling mer pluralistisk og innføre enda mer familie innvirkning når det gjelder barn og ungdom.

Implikasjoner for forskning

Det hadde vært interessant hva det å få en psykiatrisk diagnose gjør med barn- og ungdom. Også om diagnose systemet er endringsprosess etter hvert. Det hadde det interessant hva er tegn for en god utreder innen familierapi. Hvordan kunne man ha bygget opp en nasjonal behandlingløp for familierapien.

Mulige svakheter med studien

Det, at jeg kjenner til alle deltagere godt kan slå begge veier. Det kan være at de unnlater å svare fullstendig på spørsmålene, fordi de kan tenke at det vet jeg fra før. Det har også dratt ut over tid å levere oppgaven med tanke på livet mitt men jeg har prøvd å følge trinnene i analysen og holde meg selv i sjakk tross at livet har kommet i veien. Det er ikke så lett å hoppe i noe som ikke har holdt seg

varm på en stund og plutselig produsere masse. Jeg har også utsatt å skrive ned prosessen helt til siste lite så det kan være at jeg ikke har beskrevet nok mine egne refleksjoner underveis.

Avsluttende kommentarer:

Diagnosebasert behandling og individualistiske tenkning om behandling i vårt samfunn tar alt for mye plass og er plassert i den medisinske modellen som ikke passer en til en i psyksisk helsevern. Noe behandlinsteam kulturer trenger faste rammer, sjekklister og klar retning med en gang. Jeg har funnet ut via denne studien og etter noe erfaringer at jeg er ikke der i det hele tatt.

Jeg må være ærlig og si at denne oppgaven har vært utfordrende og utviklende samtidig for meg personlig. Det har vært fint å lene seg en til en trinn vis analyse da verden rundt meg har stormet både på jobben, privat og personlig. Jeg har byttet jobb tre ganger siden jeg søkte, ingen av byttene har vært helt frivillig og kostet mye men nå har funnet et sted hvor jeg trives og har det faglig godt. Det tar tid til å komme inn i ny jobb og finne sin plass, men jeg visste at den dagen kommer. Jeg har lært meg hva FNe behandlingen heter egentlig og er så glad at Rolf Sundet definerte den til meg.

Jeg vil bare vise til likheter med denne omorganisering sammenliknet med omorganisering som gjorde at FNe ble til. Prosessen var bedre denne gangen, men økonomien var nok den største årsaken til at FNe ble lagt ned. All omorganisering skaper kaos og ubehag og det blir ofte en prosess som tar tid og penger og man mister gode fagfolk underveis, det blir mer tap en gevinst økonomisk og begrunnelser er ofte knyttet til det motsatte, nye behandler tar mye ressurser å lage men kort tid til å velte:

« rammene rundt omorganiseringen var prega av både, økonomiske føringer, kanskje alle viktigst, til dels faglig vurderinger, som kanskje også noen ganger ble vikarierende for og, ja, maskere mer, at det egentlig var økonomiske grunner.. og så lager man faglig begrunnelser; så som effektivisering, brukervennlighet og etc. det var mange faktorer i samspill, men jeg opplevde, vel det viktigste var et signal om bruke penga mere effektivt.. det var kanskje hovedføringene, også blir det jo litt hvordan det faglige innholdet, og organiseringen faktisk blir, tror jeg nok da ble bestemt mye av ansettelse av seksjonsleder, og også da, den personen som hun ansatte som leder av enheten, og det på mange måte ville det preget også hvordan FNe ble stablet på beina og utviklet seg, selvfølgelig da i samspill med oss som var liksom, rasket sammen i anførselstegn, fra forskjellige enheter og plutselig å skulle begynne å få til noe, så sånt sett så, ganske sånn kaotisk egentlig da, tenker jeg...»

«Kanskje reflektere litt, om hvor kaotisk det var, med hvor traumatisk det var egentlig, har jeg skjønt etterhvert, var den sammenslåingen 2011. Jeg husker møter, hvor vi snakka, så visste jeg ikke forskjellen mellom veiledning, og personal møte, fordi alt bare var personalsaker, ikke sant og det var mye indre konflikter, folk som måtte finne seg nye roller, og sånn type ting, så det var ganske preget av hva det. Det bare sier litt om, hvordan den prosessen var håndtert, jeg har ikke noe detaljer, men at bare du kjenner litt på, jaa stemningen og når jeg begynte da så du forskjellen mellom, de som har klart å omstille seg, til den nye måte å gjøre ting på, og var med på prosjektet, og de som hadde litt, motstand, og de som, kanskje, ønsket at de hadde mulighet å bruke deres kompetanseområder, men finner ikke formen i den nye så det var liksom den variasjon i formen».

Litteraturliste:

Collin, F & Kjøppe S. (2015). Humanistisk videnskapsteori, Lindhardt og Ringhof forlag A/S

Hagen, Unni. «Utvalg freder omdiskutert sykehusmodell.» Fagbladet.no 02.02.2017. Internett. Lastet ned 04.04.2023 fra: <https://fagbladet.no/faglig-fokus/utvalg-freder-omdiskutertsykehusmodell-6.91.444382.5f448caa71>

Hanger, Mari Dagens medisin publisert 01.08.2016

Helsedirektoratet (2008). Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge (Trykksaksekspedisjonen). Oslo. Direktoratet.

Høyre, I. Tidsskriftet den norske legeforeningen Utgave 19. Publisert 9.10.2003.

Jones, E. (1995). Familieterapi innen systemperspektiv Utviklingstendenser innen systemisk terapi etter Milano-modellen, København, Danmark: Forfatteren og Dansk psykologisk forlag

Johannesen, A. Tufte P. A. og Christoffersen L. (2016) Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode, Abstrakt forlag

Johnsen, A. & Torsteinsson, V. W. (2015). Lærebok i Familie-terapi, Universitetsforlaget.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). Det kvalitative forskningsintervju, Gyldendal Akademisk.

Lennart Lorås, Paolo Bertrando & Ottar Ness (2017): Researching Systemic Therapy History: In Search of a Definition, Journal of Family Psychotherapy, DOI: 10.1080/08975353.2017.1285656

Linken til artikkel: <http://dx.doi.org/10.1080/08975353.2017.1285656>

Published online: 17 Feb 2017.

Lorås.L og Ness.O (2019). Håndbok i familierterapi:

Sundelin, J, Kapittel 16: Intensiv familierterapi

Kapittel 20: Sundet, R. og McLeod. Familierterapi som en pluralistisk orientert, familiebasert praksis

Nyseter, Tore, Dagens Medisin, Vekk fra New Puplic Management!. Publisert 11.04. 2016

Malterud, K. (2018). Kvalitative Forskningsmetoder For Medisin og Helsefag. 4.Utgave, Universitetsforlaget

Martinussen, Pål Erling og Jon Magnussen (2011). "Resisting market-inspired reform in healthcare: the role of professional subcultures in medicine." *Social science and medicine*, 73, 193-200

Rescher, N. (1993). *Pluralism. Against the Demand for Consensus*. Oxford: Clarendon Press.

Ringdal, K. (2016). Enhet og Mangfold. Samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode, 3.utgave, Fagbokforlaget.

Sundelin, J. (1999). *Intensive Family Therapy a context of hopes put into practice*. Department of Child and Youth Psychiatry, Lund University, Sweden

Sundet, R. Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 56, nummer 9, 2019, side 680-682

Thagaard, T. (2018) *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitative metoder*, 5.utgave, fagbokforlaget

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis*. Gyldendal

Vedeler, G.H. (18.06.16). *Psykologisk.no.Ytringer: Passer den medisinske modellen i psykisk helsevern)*

Vedeler, G. H. (2011). Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 1. *Fokus på familien*, 39(4), 263–282.

Vedeler, G. H. (2012). Familien som ressurs i psykososialt arbeid, del 2. *Fokus på familien*, 40(1), 27–48.

www.sintef.no/prosjekter/2019/evaluering-av-pakkeforlop-psykisk-helse-og-rus/

YouTube, (7.nov.2018) , Per Fuggelis hilsen til flokken på Schizofrenidagene

Barneombudet.no

Helsedirektoratet.no

kbtkompetanse.no/wp-content/uploads/2021/02/Min-Stemme-Telle.BUP-St.-Olavs.2020.pdf

[Den medisinske modellen | Psykologi Wiki | Constant Reader \(theconstantreader.com\)](#)

Vedlegg 1.

Tidsplan:

Periode:	Oppgave:	Frist:
-----------------	-----------------	---------------

November 2020	Utarbeide Prosjektplan og få det godkjent	31.05.2020 Godkjent November 2020
Februar 2021	Søke NSD, Lese litteratur, Jobbe med informasjonsbrev, rekruttere deltakere via epost og avtale intervjuer.	28.02.2021
Februar -mars	Lage intervjuguide	31.10.2020
April-Juni 2021	Testintervjuer/Intervjuer Tekstkondensering	01.01.2022
Juni 2021	Evaluering, refleksjoner	01.08.2022
Juli 2022	Konkludere	1.10.2022
August 2022	Drøfting og funn	
September 2022 – Oktober 2022	Analyse Ferdigstille master Innlevering	10.10.
Fagsjef	Døde desember 2021	
Språkvask	Psykologspesialist	Karine Mellquist
Økonomisjef	Samboer Revisor	Atle Gjerde

Vedlegg 2:

Vurdering av behandling av personopplysninger

09.12.2022

Referansenummer

699618

Vurderingstype Dato

09.12.2022

Standard

Prosjekttittel

Hvordan bruke erfaringene og faglige tenkningen fra Familie- og nettverksenheten i en BUP kontekst? Master i Familierapi og systemisk Praksis, VID Vitenskapelig høyskole, Oslo

Behandlingsansvarlig institusjon

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for sosialfag / Fakultet for sosialfag Oslo

Prosjektansvarlig

Ulf Axberg

Student Kirsi Maria Impola

Prosjektperiode 01.01.2021 - 30.06.2023

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 30.06.2023.

Meldeskjema

Kommentar

Personverntjenester har vurdert endringen i prosjektslutt dato. Vi har nå registrert 30.6.2023 som ny slutt dato for behandling av personopplysninger. Hvis det blir nødvendig å behandle personopplysninger enda lengre, så kan det være nødvendig å informere prosjektdeltakerne. Vi vil følge opp ved ny planlagt avslutning for å avklare om behandlingen av personopplysningene er avsluttet. Kontaktperson: Lisa Lie Bjordal Lykke til videre med prosjektet!

Vedlegg 3.

Semistrukturert intervju:

Intervju guide:

Hovedtemaer:

1. Familieterapi og systemisk praksis på FNe og BUP?

2. Hvordan bruker erfarne familieterapeutene familieterapi og systemisk praksis og erfaringene fra FNe nå- og videre framover i BUP kontekst?

3. Det kom en rapport fra Barneomud «Jeg skulle ønske BUP var en koffert» i Oktober 19, har du noe tanker om denne rapporten? (ev, gi info om innholdet i rapporten)

Hjelpe/oppfølgingspørsmål:

Fagbakgrunn, hvor lenge jobbet du på FNe totalt før det ble lagt ned?

Hvilket team jobber du i, matrise, eller har du noe andre spesifikke oppgaver i tillegg til behandler rollen på BUP?

Er noe av disse oppgavene knyttet til familieterapi og systemisk praksis og på hvilken måte?

Hvordan har det vært å jobbe på BUP med erfaringer fra FNe? Har vært nyttig med erfaringene fra et systemisk jobbing og hvis Ja hvordan? Har det vært forhindring for deg og på hvilken måte?

Har du fått noe tanker hvordan du kombinerer med erfaringene dine fra familieterapeutisk arbeid fra FNe med poliklinisk BUP hverdag?

Hvis du skulle beskrive et «gap» mellom familieterapeutisk systemisk praksis og behandling på BUP hvordan hadde du beskrevet det? Hvordan eller hva fyller du dette «gapet» med? Hvilke faglige temaer oppstår i dette gapet?

Hvordan virket erfaringene fra FNe på ditt møte med BUP hverdagen? Var det noe som ga mening eller var tankevekker for deg i denne sammenhengen?

Hadde du noe spesifikke ønsker på BUP knyttet til praksis på FNe?

Hvordan beskriver du den familieterapeutiske jobbingen på BUP?

Hvilke erfaringer har du tatt med fra FNe til ditt nåværende arbeid?

Hvilke forskjeller er klare for deg i familieterapeutiske praksis på BUP og på FNe?

Hadde du ønsket å bruke noe erfaringer eller praksis fra FNe mer i framtiden og eventuelt hva?

Hva ser du som meningsdannende og betydningsfulle i familieterapeutisk rettet praksis både på FNe og BUP?

Har du hatt noe nytte av FNe erfaringene i BUP sammenheng? Har det gjort noe forskjell for din

Hvordan bruker du familieterapi og systemisk praksis på nåværende jobb?

Kan du komme med noe eksempler hvordan du bruker familieterapi og systemisk praksis i BUP hverdag?

Vedlegg 4

Vil du delta i forskningsprosjektet?

Jeg er masterstudent i familierapi og systemisk praksis ved VID vitenskapelig høyskole og holder på med avsluttende masteroppgaven. Tittelen er: «Hvordan bruke systemisk tenkning og praksis i en BUP kontekst med bakgrunn fra intensiv familierapeutisk enhet?».

Jeg er interessert i hvordan man får kombinert og brukt sine familierapeutiske erfaringer og systemisk praksis på en barn- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk. Siden barn og ungdom lever i et gjensidig avhengighetsforhold med sine foresatte er familien en viktig del i behandlingen. Dermed tenker jeg at man bruker familierapi og systemisk praksis i en poliklinisk behandling spesielt da det har vært en naturlig del av jobben tidligere. Jeg er interessert i å se om det er noe variasjon eller noe spesifikt som peker seg ut som fellesnevner med tanke på praksisen.

Jeg vil spørre deg siden jeg vet at du som tidligere ansatt og i din praksis på Familie- og nettverksenhet har hovedsakelig brukt familierapeutiske tilnærminger og systemisk praksis over tid intensivt. Jeg har tenkt å intervju 4-5 tidligere ansatte fra FNe som jobber nå på poliklinikken, jeg vil gjerne få intervjuet ansatte på begge OUS BUP:ene BUP Oslo Nord og BUP Oslo Syd. Det var ønske i forbindelse med nedlegging av enheten å få mer av den kompetansen på OUS BUP. Dere har jobbet 18 måned på poliklinikken og gjort noe erfaringer med å bruke eller kombinere familierapi og systemisk praksis i BUP kontekst.

Jeg har tenkt å bruke et semi strukturert kvalitativt intervju som metode med lydopptak. Det blir bare et intervju av hver deltager og spørsmålene kommer til å handle om erfaringsutforskning av familierapi og systemisk praksis og bruk av det i det daglige polikliniske arbeidet.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Du kan når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Alle dine personopplysninger blir slettet. Det blir ikke noe konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere trekker deg fra prosjektet.

Jeg vil kun bruke opplysningene om deg til denne masteroppgaven. Jeg behandler opplysningene konfidensielt og i samsvar med personvernregelverket.

Opplysningene anonymiseres når prosjektet avsluttes etter planen oktober 2021.

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

Dine rettigheter

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

- innsyn i hvilke opplysninger vi behandler om deg, og å få utlevert en kopi av opplysningene
- å få rettet opplysninger om deg som er feil eller misvisende
- å få slettet personopplysninger om deg
- å sende klage til Datatilsynet om behandlingen av dine personopplysninger

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

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

Med vennlig hilsen

(Forsker/veileder)

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet «Hvordan bruke systemisk tenkning og praksis i en BUP kontekst med bakgrunn fra intensiv familierapeutisk enhet?» og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

å delta i intervju

Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Deloitte.

Oslo Universitetssykehus
Barne- og ungdomspsykiatrisk avdeling
Evaluering av dagtjenester

14. januar 2018



M

Vedlegg Transkript

57: mmm.. Hva tenker du det har med å gjøre, at ledernivå oppover, var ikke helt 58.med

59.D3: mmm.. sukk...Jeg tror det, jeg tror egentlig det, at det at..eh jeg tror kanskje 60.det...

at innledningen på det... hadde kanskje egentlig mest med.. eh.. aksept for

61.familieterapeutisk jobbing i psykiatrisk.. eh, a... i psykiatrien da.. eh...i det, i det

62.likksom, liksom at det ikke på en måte var.. eeh, øhm, eh.. det var ikke

63.implementert godt nok, og tilliten til at familieterapi som fag.. kunne stå stødig nok

64.på egne bein... uten å ha, psykiatere, og leger, og liksom den tradisjonelle

65.psykiatri.. ehm.. tenkningen da.. eeh.. som en, som en del av tilbudet ... det det

66.var liksom.. tjah.. det var litt sånn ... det tok litt tid, før det satt seg.

67.I: men den satt seg til slutt

68.D3: den gjorde det etterhvert, den gjorde det.. eh...det var jo ett.. når jeg tenker

69.meg om, det var jo representanter fra andre faggrupper, som absolutt.. eh.hmh..

70.hadde.. eh.. god forståelse for familieterapi, og utøvde familieterapi, og hadde,

71.kompetanse, og utdanning, innanfor familieterapifeltet... men det var en periode

72.for dette satt seg godt da... mmm

73.I: Ja... det, FNe ble til... og FNe ble det slutt med.. og ansatte ble overført til

74.poliklinikker. Hadde du, noe forventninger for poliklinikken, når det gjelder de

75.erfaringene som du hadde gjort ... i løpet av den tiden på FNe ? Hvordan du

76.kunne bruke de erfaringene i en poliklinisk sammenheng?

77.D3: Jeg tror ikke... eh.. jeg tror først og fremst, at jeg var.. at jeg, stilte, litt sånn

78.først o ..litt sånn med, med, at jeg stilte meg liksom... åpen for liksom.. asså...

79.hvordan det skulle skje... Også forventningene... jeg syns jo her.. ju.. her har det

80.ligget prosesser, og det har vært flere samtaler, og det har vært mange...eh..

81.drøftelser da på... mellom ledere, og tillitsvalgte, og ansatte og mange møter, og

82.sånn...sånt at, på det tidspunktet, som jeg holdte på å flytte over til BUP... så var

83.det litt sånn.. eh.. at jeg måtte... eh... at jeg måtte bare se, hvordan det gikk...

84.sånn s... det var litt sånn mitt utgangspunkt, også... eh... jeg opplevde jo, at det

85.som ble sagt, og måten jeg ble tatt i mot på, var veldig inviterende... og var

86.veldig.. eh.. de var veldig sånn.. eh.. var sånn positiv mottagelse, som

87.arbeidstaker, og med, at de hadde kjennskap til, at jeg liksom hadde

88.kombinasjonen av psykiatrisk sykepleier og familieterapi, som bakgrunn.... så det

89.var liksom, det var liksom kart blansj på en måte... eller kart blanch.. ja.. jeg

90.tenkte, at jeg måtte finne ut av det etterhvert... så det var ikke så.... jeg hadde ikke
91.noe sånn definerte forventninger

92.I: Nå har du vært der i to år

93.D3: drøyt to år, to år.. ja, drøyt... mmm