



Å lære å kjenne godt

-En kvalitativ studie av relasjonsarbeid i utfordrende  
utredninger av autismespekterforstyrrelser

Frida Bjerke Os

VID vitenskapelige høgskole

Oslo

Masteroppgave

Master i Helsefremmende relasjonsarbeid

Antall ord: 26378

Dato 15.05.2023

## Forord

Da er tiden kommet for å endelig sette punktum for en lang prosess med videreutdanning og mastergradsstudier. Livet som deltidsstudent ved siden av jobb har vært fylt av både inspirasjon, motivasjon, viktig påfyll, frustrasjon, en pandemi, en graviditet, en mammaperm og en ny hverdag, med nye prioriteringer, som mamma. Det er med stolthet og et snev av utmattelse jeg nå leverer fra meg masteroppgaven.

Gjennom arbeidet med denne masteroppgaven har jeg fått dykke dypt ned i en problemstilling jeg lenge har reflektert rundt og ønsket å forstå mer av. Allerede har jeg fått kjenne på gevinsten denne prosessen har gitt meg. I min yrkeshverdag har jeg det siste året kjent på dypere kunnskap og en større faglig trygghet. Jeg vil takke samtlige deltakere som har delt sin kunnskap og erfaring med meg. Jeg er smertelig klar over hvilken hektisk arbeidshverdag dere har, og takker ydmykt for at dere satte av tid til å delta!

Takk også til min veileder, Helene Eidsmo Bardar. Din erfaring og kunnskap har lært meg mye, og har vært en stor trygghet gjennom hele prosessen. Takk for faglige råd og veiledning, fantastisk tilgjengelighet, vennlighet og til tider en god dose forståelse og omsorg.

Takk Emil! Selv om det er jeg som har måttet gjøre jobben, så har det å legge til rette for at jeg skulle få gjort den følt som et felles prosjekt. Dette har krevd noe av deg også! Takk for alle vannglass, skåler med smågodt, klemmer og strenge beskjeder om at jeg kommer til å klare det. Og takk til verdens beste Agnes for verdens beste avbrekk! Nå gleder jeg meg til en mer behagelig hverdag med dere! HURRA!

Oslo, mai 2023

Frida Bjerke Os

## Sammendrag

Denne studien omhandler relasjonsarbeid i utredninger av barn mellom 1-12 år, der det utfordrende å vite om vanskene skyldes autismspekterforstyrrelser (ASF) eller omsorgssvikt. Dette er to tilstander som kan ha et likt symptomuttrykk, selv om årsak, behandling og prognose er ulike. Konsekvensene av å forstå barnets vansker feil, kan få store konsekvenser for barnet. Derfor er dette er viktig tema å bringe frem ny kunnskap om, også fordi det allerede eksisterende forskningsgrunnlaget er tynt.

Studiens hensikt har vært å beskrive fagpersoners erfaringer med relasjonsarbeidet med barnet og barnets familie i utredningene, med utgangspunkt i følgende problemstillingen: «Hvilke erfaringer har fagpersoner med relasjonsarbeid i utredninger av barn, der de er i tvil om barnets vansker skyldes ASF eller omsorgssvikt?»

Gjennom kvalitative forskningsintervjuer med fire fagpersoner, som arbeider med ASF-utredninger, har problemstillingen blitt belyst. Intervjuene ble transkribert og analysert i tråd med prinsippene til Malteruds modell for systematiske tekstkondensering (Malterud, 2011). Analysen er gjennomført med utgangspunkt i en fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme.

Funnene viser at deltakerne anerkjenner relasjonsarbeidet som relevant og viktig for en god utredning. Spesielt relasjonsarbeidet med foreldrene blir trukket frem. Å skape en trygghet hos foreldrene om at de kan snakke om alt, hvor sentralt det er at foreldrene opplever det som skjer i utredningene som nyttig og å validere foreldrenes vanskelige situasjon, trekkes frem. Videre beskriver deltakerne viktigheten med å etablere en relasjon til barnet for å få til en god utredning. Å se barnet i relasjon til foreldrene beskrives som viktig for å forstå hva barnets vansker handler om. Deltakerne beskriver også erfaringer med å bruke relasjonen til å kjenne etter hvordan det er å være sammen med barnet. I de tilfellene der en bekymring for barnets omsorgssituasjon må settes ord på, beskriver deltakerne at de frykter at familien slutter å møte opp til videre utredning og behandling. Å kommunisere en slik bekymring til foreldrene beskrives som utfordrende.

Drøftet opp mot teori om relasjonsarbeid, Skjervheims «Deltakar og tilskodar» og Kierkegaards hjelpekunst, viser studien at deltakerne møter barnet og foreldrene med et subjektsyn, en empatisk holdning og likeverd. Foreldrene blir omtalt som samarbeidspartnere og ordet samarbeid brukes også om relasjonen til barnet i testsituasjon. Utredningen er noe deltakerne samhandler med barnet og familien om. Samarbeidet kan derimot settes på spill dersom en bekymring for barnets omsorgssituasjon må settes ord på.

Nøkkelord: Autismespekterforstyrrelser, omsorgssvikt, relasjonsarbeid, utredning, differensialdiagnostisering.

## Abstract

This study concerns how professionals work on building relations in assessments of children between 1-12 years, in cases where it's difficult to know if the child's struggles are due to Autism Spectrum Disorders (ASD) or neglect. These conditions may have a similar symptom expression, but differ in cause, treatment and prognosis. A wrong conclusion can have major consequences for the child. Hence, this is a subject that is important to research, but also because the already existing research is insufficient.

The purpose of this study has been to describe the experience of professionals in building relations to the child and the child's family in these assessments, based on the following research question: "What experiences do professionals have with building relations in assessments with children, where they are in doubt as to whether the child's struggles are due to ASD or neglect?"

The research question has been illuminated through qualitative research interviews with four professionals with experience with diagnosing ASD. The interviews were transcribed and analysed based on the principles of Malterud's model of systematic text condensation (Malterud, 2011). The analysis has been carried out based on a phenomenological-hermeneutic approach.

The findings mainly show that the participants acknowledge the building of relations as important for a good assessment. Building relations with the parents is emphasised. In particular, emphasis is placed upon creating a sense of security in the parents that they can talk about everything, how central it is that the parents perceive what happens in the diagnostic processes as useful and to validate the parents' difficult situation. Furthermore, the participants describe the importance of establishing a relation to the child in order to achieve a good assessment. In cases where a concern about whether the child is neglected needs to be expressed, a fear that the family will stop showing up for further appointments is described. Communicating this type of concern to the parents is described as challenging.

Discussed in terms of the theory of building relations, Skjervheim's "Deltakar og tilskodar" and Kierkegaard's art of helping, the study shows that the participants meet the child and the parents with subjectification. The parents are mentioned as cooperating partners. The word cooperation is also used about the relation to the child in test situations. However, cooperation can be at risk if a concern about the child's care giving situation needs to be expressed.

Key Words: Autism Spectrum Disorders, Neglect, building relations, assessment, differential diagnosis.

# Innholdsfortegnelse

1 Innledning.....	1
1.1 Presentasjon av tema .....	1
1.2 Bakgrunn for valg av tema og studiens formål .....	1
1.3 Problemstilling.....	2
1.4 Avgrensninger og begrepsavklaring .....	3
1.4.1 Barn .....	3
1.4.2 Utredninger av autismspekterforstyrrelser .....	3
1.4.3 Fagpersoner .....	3
1.4.4 Omsorgssvikt .....	3
1.4.5 Relasjonsarbeid .....	4
1.5 Tidligere forskning, rapporter og offentlige publikasjoner om temaet.....	4
1.6 Oppgavens struktur .....	8
2 Teoretisk rammeverk .....	9
2.1 Psykiatrisk diagnostisering.....	9
2.2 ASF .....	11
2.2.1 Hva er ASF? .....	11
2.2.2 Forekomst.....	13
2.2.3 Diagnostisering .....	13
2.3 Omsorgssvikt .....	14
2.3.1 Hva er omsorgssvikt?.....	14
2.3.2 Forekomst.....	16
2.3.3 Konsekvenser av omsorgssvikt .....	18
2.4 Tilknytningsteori .....	18
2.4.1 Hva er tilknytningsteori? .....	18

2.4.2 Tilknytningsforstyrrelse .....	21
2.4.3 Tilknytning ved ASF.....	22
2.5 ASF og omsorgssvikt – differensialdiagnostikk og komorbiditet .....	23
2.5.1 Fellestrekk og ulikheter .....	23
2.5.2 Komorbiditet – Når det ikke er enten/eller, men både/og.....	26
2.6 Relasjonsarbeid .....	27
2.6.1 Hva innebærer relasjonsarbeid?.....	27
2.6.2 Relasjonskompetanse.....	28
2.6.3 Å møte den andre som et subjekt .....	29
3 Metode .....	31
3.1 Kvalitativ metode.....	31
3.2 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme .....	31
3.3 Forforståelse.....	32
3.4 Datainnsamling.....	34
3.4.1 Kvalitative intervjuer .....	34
3.4.2 Utvalg.....	35
3.4.3 Intervjuguide .....	36
3.4.4 Gjennomføring av intervjuer .....	37
3.4.5 Transkribering.....	38
3.5 Analyse av data.....	39
3.5.1 Systematisk tekstkondensering.....	39
3.5.2 Analysens fire trinn.....	40
3.6 Etske overveielser .....	44
3.6.1 Informert samtykke .....	44
3.6.2 Behandling av personopplysninger og konfidensialitet.....	45
3.6.3 Konsekvenser av å delta i forskningen .....	46



3.6.4 Maktforhold.....	47
3.7 Vurdering av forskningens kvalitet .....	47
3.8 Litteratursøk .....	49
4 Presentasjon av funn .....	50
4.1 Å ta imot foreldrene .....	50
4.1.1 Å skape en trygghet hos foreldrene om at de kan snakke om alt .....	50
4.1.2 Syns foreldrene det vi gjør er nyttig for dem?.....	51
4.1.3 Å validere den vanskelige situasjonen foreldrene står i .....	52
4.2 Barnet i relasjon.....	53
4.2.1 Å etablere en relasjon til barnet.....	53
4.2.2 Å se barnet i relasjon til foreldrene .....	55
4.2.3 Å kjenne etter hvordan det er å være sammen med barnet.....	56
4.3 Når en bekymring for omsorgssituasjonen må settes ord på.....	57
4.3.1 Frykten for å miste familien.....	57
4.3.2 Å kommunisere bekymringen til foreldrene.....	58
5 Drøfting.....	60
5.1 Relasjonsarbeid med barnet.....	60
5.1.1 Ulike beskrivelser av viktigheten av relasjonen til barnet .....	60
5.1.2 Å se hele barnet, utover kartleggingstestene.....	63
5.1.3 Å bruke relasjonen som verktøy.....	64
5.2 Relasjonsarbeid med foreldrene .....	65
5.2.1 Fokus på familiens sårbare og vanskelige situasjon .....	65
5.2.2 Relasjonen bidrar til åpenhet .....	68
5.2.3 Strategier når en bekymring for omsorgssituasjonen må settes ord på .....	70
6. Konklusjon .....	73
Litteraturliste.....	76

Vedlegg 1: Informasjonsskriv/samtykkeskjema .....	81
Vedlegg 2: Intervjuguide .....	85
Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD .....	87
Vedlegg 4: Skjema litteratursøk.....	88

# 1 Innledning

## 1.1 Presentasjon av tema

Temaet for denne studien er fagpersoners bruk av relasjonsarbeid i utredninger av barn, der det er uklart om barnets vansker skyldes autismspekterforstyrrelser (ASF), omsorgssvikt eller en kombinasjon av disse. I eget yrkesliv har jeg selv erfart hvordan barn med ASF og barn som har opplevd omsorgssvikt kan ha like symptomer, i form av vansker med sosialt samspill. Dette har jeg opplevd at kan gjøre det utfordrende å forstå og avklare hva barnets utfordringer skyldes, og hva som vil være gode hjelpetiltak.

Jeg vil rette fokuset mot relasjonsarbeidet i disse utredningsprosessene, mellom utreder og barnet og barnets familie. Broberg et al. (2006, s. 111) trekker frem opprinnelsen til begrepet diagnose, som kommer fra greske *Diagnosis*. *Dia* betyr grundig og *Gignaskein* betyr lære å kjenne. Diagnose betyr altså å lære å kjenne godt. Når vi skal utrede et barn med tanke på en diagnose, er det dermed å lære barnet og barnets vansker å kjenne godt vi skal gjøre. Her tenker jeg relasjonsarbeid med barnet og barnets familie spiller en sentral rolle. Hvilke erfaringer har fagpersonene som utreder barn for ASF med relasjonsarbeid som et verktøy for å lære barnet å kjenne godt?

## 1.2 Bakgrunn for valg av tema og studiens formål

Stokke (2011a) har skrevet en rapport om kunnskapsstatus i forhold til likheter, komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer knyttet til ASF og tilknytningsforstyrrelse.

Komorbiditet betyr samsykelighet, altså at en person har flere lidelser samtidig (Malt & Hem, 2020). Differensialdiagnostikk betyr å vurdere hvilken, av flere mulige diagnoser, en står ovenfor (Bruusgaard, 2022). I rapporten skriver Stokke (2011a, s. 2 og 6) at både klinisk erfaring og faglitteraturen tilsier at det kan være svært vanskelig å skille mellom ASF og tilstander knyttet til omsorgssvikt, traumer eller mishandling, for eksempel tilknytningsforstyrrelser. Tilstandenes symptomuttrykk ligner hverandre, og det må gjøres vanskelige differensialdiagnostiske vurderinger for å skille de fra hverandre. Diagnosene ASF og tilknytningsforstyrrelse har flere likhetstrekk når det kommer til atferdstrekk hos barnet, men er ulike når det kommer til årsak, behandling og prognose. Der ASF anses å være et

resultat av biologiske/genetiske forhold, anses tilknytningsforstyrrelse å skyldes skadelige omsorgssituasjoner (Stokke, 2011b).

Siden 1990-årene har andelen barn som diagnostiseres med ASF økt betraktelig, både i Norge og i andre land (Súren et al., 2019). Samtidig har diagnosen ADHD vært hyppig diskutert i senere tid. Nordanger (2015) stiller spørsmålet «er ADHD alltid ADHD?» og trekker frem utfordringen med å skille tidligere traumeerfaringer fra ADHD. Jeg ønsker å undersøke paralleller til denne problemstillingen i forhold til ASF. Dette er det interessant og viktig å rette søkelyset mot for å forebygge at en ASF-diagnose kamuflerer omsorgssvikt, eller motsatt. Et dramatisk eksempel på dette som vi alle kjenner til er Alvdal-saken, der to barn ble utsatt for svært omfattende omsorgssvikt og seksuelle overgrep over flere år. Deres avvikende atferd ble forstått og forklart som uttrykk for medfødte autistiske trekk. Hjelpen ble rettet mot denne diagnosen, mens de fortsatte å leve med omsorgssvikt og overgrep over lang tid (NOU 2017: 12, s. 40). Stokke (2011a, s. 6) skriver i sin rapport om kunnskapsstatus i forhold til likheter, komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer knyttet til ASF og tilknytningsforstyrrelse, at konsekvensene av slik feildiagnostisering er alvorlig nettopp fordi det legges til grunn for vurderinger av barnets omsorgssituasjon og eventuelle inngripen i denne.

Hvordan selve den kliniske diagnostiseringen kan bli mer treffsikker, tilhører en annen studie enn min. I denne studien rettes, som sagt, fokuset mot relasjonsarbeidet mellom utreder og barnet og barnets familie i utredningsprosessene, og hvordan dette kan bidra til å lære barnet å kjenne godt. Studiens formål er å utforske og beskrive fagpersonenes egne erfaringer med relasjonsarbeid i disse utfordrende utredningene.

### 1.3 Problemstilling

Jeg har formulert følgende problemstilling:

*Hvilke erfaringer har fagpersoner med relasjonsarbeid i utredninger av barn, der de er i tvil om barnets vansker skyldes ASF eller omsorgssvikt?*

## 1.4 Avgrensninger og begrepsavklaring

### 1.4.1 Barn

Jeg har avgrenset denne studien til å omhandle utredninger av barn mellom 1-12 år for ASF. Med dette utelukker jeg spedbarn og ungdom, der symptomer, utredningsprosessen og foreldres rolle kan være noen annerledes.

### 1.4.2 Utredninger av autismspekterforstyrrelser

I min studie spør jeg etter fagpersonenes erfaringer med relasjonsarbeid i ASF-utredninger av barn. Med dette mener jeg utredninger hvor spesialisthelsetjenesten, i disse tilfellene Barne- og ungdomspsykiatrien eller Habiliteringstjenesten, utreder barn for ASF (Helse Sør-Øst, 2019, s. 4).

### 1.4.3 Fagpersoner

Med fagpersoner mener jeg fagpersonene ansatt i disse spesialisthelsetjenestene som arbeider med slike utredninger. Dette kan for eksempel være psykologer, psykiatere, vernepleiere og pedagoger.

### 1.4.4 Omsorgssvikt

Jeg har valgt å bruke begrepet omsorgssvikt i min problemstilling, selv om det er diagnosen reaktiv tilknytningsforstyrrelse som er differensialdiagnosen til ASF i ICD-10 (Stokke, 2011b). Grunnen til dette er at jeg ønsker å inkludere de sakene der man tenker at omsorgssituasjonen til barnet er årsaken til barnets utfordringer, uten at det innfrir til den konkrete diagnosen reaktiv tilknytningsforstyrrelse. Reaktiv tilknytningsforstyrrelse vil allikevel få stor oppmerksomhet i min studie som en mulig konsekvens av omsorgssvikt, og blir beskrevet ytterligere i kapittel 2.4.2.

Jeg kunne også ha valgt å bruke begrepet traumeerfaringer, slik Nordanger (2015) gjør når han skriver om alternative forståelser enn ADHD til et barns vansker, eller jeg kunne brukt begrepet skadelige omsorgssituasjoner, slik Stokke (2011b) gjør. Jeg valgte omsorgssvikt, da jeg opplever at dette er et kjent begrep for de fleste. Dette begrepet kan allikevel oppfattes av noen som avgrenset til de omsorgssituasjonene barneverntjenesten har definert som

«ikke godt nok» og dermed grepet inn. Jeg vil understreke at jeg i min studie også inkluderer de tilfellene hvor omsorgssituasjonen påvirker barnets fungering og utvikling, uten at barnevernet har funnet det nødvendig å gripe inn eller barneverntjenesten ikke enda har vært involvert. Jeg er interessert i de situasjonene der det kan stilles spørsmål ved om barnets vansker kan skyldes noe i miljøet rundt barnet, fremfor noe medfødt i barnet. Dette kan selvfølgelig også være påført barnet av andre enn barnets foreldre. Jeg vil gjøre grundig rede for begrepet omsorgssvikt i kapittel 2.3.

#### 1.4.5 Relasjonsarbeid

Med relasjonsarbeid mener jeg arbeidet fagpersonene som leder utredningen legger ned i å skape relasjoner til, bli kjent med og etablere tillit hos barnet og dets familie. Jeg kommer nærmere inn på dette begrepet i kapittel 2.6.

### 1.5 Tidligere forskning, rapporter og offentlige publikasjoner om temaet

I mitt arbeid med å sette meg inn i tidligere forskning på temaet, har jeg ikke funnet annen forskning på relasjonsarbeid i slike utfordrende utredningsprosesser. Utfordringene med å skille ASF og omsorgssvikt har derimot i noen grad vært trukket frem og forsket på. Jeg vil videre gi en kort oversikt over tidligere forskning, rapporter og offentlige publikasjoner som er relevante for min studie.

Gunn Stokke (2011a) ved Nasjonal kompetanseenhet for autisme, har skrevet «Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse. Kunnskapsstatus i forhold til likheter, komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer». Hun trekker, i likhet med meg, frem at dette er et tema det er forsket lite på. Rapportens målsetning var å beskrive hvilken kunnskap som da eksisterte om hvordan ASF og tilknytningsforstyrrelser kan skilles fra hverandre. Både diagnosemanualene og faglitteraturen trekker frem hvordan disse tilstandene kan ligne hverandre og at det er vanskelig differensialdiagnostisk arbeid å skille dem fra hverandre (Stokke, 2011a, s. 5). Stokke (2011a, s. 5) legger vekt på de alvorlige konsekvensene av feildiagnostikk vil kunne ha for det enkelte barn. Rapporten baserer seg på litteratursøk, gjennomgang av oversiktsartikler, sentrale fagbøker og diagnosemanualer, samt kontakt med sentrale fagfolk (Stokke, 2011a, s. 7). Den presenterer oppsummering av

kunnskapen som fantes om tilknytning, kjennetegn ved ASF og tilknytningsforstyrrelser, likheter og forskjeller mellom dem, tilstander som ligner, men som ikke oppfyller diagnosekriteriene til verken ASF eller tilknytningsforstyrrelse og kliniske utfordringer en står ovenfor ved diagnostisering av disse tilstandene (Stokke, 2011a, s. 8). Stokkes funn vil bli grundig presentert i kapittel 2, med særlig fokus på hennes funn om likheter og forskjeller mellom diagnosene. Kort oppsummert kan jeg si at Stokke (2011a, s. 63) legger vekt på at man som utreder må gjøre mer grunnleggende vurderinger, utover det å vurdere atferden til barnet slik den fremstår for oss, for å klare å skille disse tilstandene fra hverandre. Dette handler blant annet om å gå i dybden for å finne ut om barnet har en underliggende evne til sosial gjensidighet, selv om den synlige atferden er preget av tilbaketrekking. Stokke (2011a, s. 64) trekker videre frem det å fokusere på om barnets vansker varierer på tvers av ulike situasjoner og personer, endring over tid ved endrede omsorgsvilkår og barnets tilknytning til nære omsorgspersoner som de mest lovende holdepunkter for å lande på riktig diagnose. Utredningen bør også gjennomføres av fagpersoner med god kunnskap om både ASF og tilknytningsforstyrrelse (Stokke, 2011a, s. 69). Kunnskapsstatusen er over ti år gammel, men er allikevel et av de mest relevante norske dokumentene om temaet. Dette viser at dette fremdeles er et lite utforsket tema, som bør løftes frem. Tidsskrift for Norsk Psykologforening har også publisert en bearbeidet og forkortet versjon av rapporten (Stokke, 2011b).

Utfordringen med å skille omsorgssvikt og tilknytningsforstyrrelser var også tema på regjeringens konferanse «Du ser det ikke før du tror det» i 2013 og rapporten som ble utgitt i etterkant (Departementene, 2013). Konferansen ble arrangert av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Målet var å gi felles kunnskap om hvordan vi kan oppdage og hjelpe barn som opplever omsorgssvikt, vold og seksuelle overgrep. Fagpersoner fra barneverntjenester, barnehager, helsestasjoner, tannhelsetjenester, Pedagogisk Psykologiske tjenester, sykehus, politi, krisesentre og familievernkontor deltok (Departementene, 2013, s. 4). Grindheim bidro inn i konferansen med foredraget «Autisme eller tilknytningsforstyrrelse?». Hun presenterte de to ulike diagnosene, fellestrekk i symptombeskrivelsene, hvilke momenter som skiller de ulike diagnosene fra hverandre, konsekvenser av feildiagnostisering og anbefalinger til

utredningsarbeidet. Foredraget baserer seg i stor grad på Stokkes (2011a) rapport (Departementene, 2013, s. 51-53). Også Grindheim trakk frem at det finnes få systematiske studier om hvordan vi kan skille mellom ASF og tilknytningsforstyrrelser (Departementene, 2013, s. 51).

Mayes et al. (2017) har i sin forskningsartikkel «Autism and reactive attachment/ disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation» forsket på likheter og forskjeller mellom ASF og Reactive attachment Disorder (RAD) og Disinhibited Social Engagement Disorder (DSED). Dette er to undergrupper av tilknytningsforstyrrelser i diagnosemanualen DSM-5. Også de trekker frem at det finnes lite forskning i feltet på dette. Studiens hensikt var å finne ut om barn kan oppfylle kriteriene for både ASF og RAD/DSED, og å identifisere spesifikke symptomer som kan bidra til å skille lidelsene fra hverandre. Utvalget besto av 20 barn med diagnosen RAD/DSED og 486 barn diagnostisert med ASF. Utvalget ble delt inn i tre grupper; barn diagnostisert med RAD/DSED uten ASF, barn diagnostisert med RAD/DSED og ASF og barn med ASF uten RAD/DSED. Forskerne sammenlignet deretter deres totale score på CASD, som er en sjekklister for symptomer på ASF. På denne måten identifiserte de ni symptomer som var unike for ASF-diagnosen, og som dermed kan brukes til å gjøre differensialdiagnostiske vurderinger. Disse ni unike ASF-symptomene er:

- Begrensede og tvangsmessige interesser
- Repeterende, stereotyp lek
- Stereotypier
- Trang til bevegelse
- Ubehag i store folkemengder
- Fascinasjon for repeterende bevegelser
- Kresenhet i matveien
- Normal motorisk utvikling, men forsinket språkutvikling
- Uvanlige frykter/angster.

Forskerne konkluderer også med at barn kan oppfylle kriteriene for både ASF og RAD/DSED samtidig. Fordi diagnosene har ulike årsaksforklaringer, mener de det er ulogisk at å tenke at et barn ikke kan ha begge lidelsene samtidig (Mayes et al., 2017).



Temaet tas også opp i NOU 2017: 12 «Svikt og svik». I utredningen går Barnevoldsutvalget gjennom alvorlige saker der barn og ungdom har vært utsatt for grov vold, seksuelle overgrep og alvorlig omsorgssvikt for å avdekke hvorvidt, i hvilken grad og på hvilken måte det har forekommet svikt i det offentlige tjenesteapparatets håndtering av disse sakene, og komme med anbefalinger til hvordan dette kan unngås i fremtiden. Et av områdene de hvor de finner svikt er manglende forståelse av årsaker til symptomer, atferdsuttrykk og andre tegn. Et fremtredende funn er hvordan vurderinger av barns psykiske helse og utvikling ble gjort uten å undersøke om barnets vansker kunne henge sammen med belastende omsorgssituasjon. De finner eksempler på manglende vurdering av vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt som en mulig differensialdiagnose. Diagnoser ble satt uten at omsorgssituasjonen var tilstrekkelig undersøkt. Barn som strevde med blant annet sosial tilbaketrekning, forsinket språklig utvikling, oppmerksomhets- og konsentrasjonsvansker, atferdsvansker og sosiale tilpasningsvansker hadde fått diagnoser i tilfeller hvor refleksjoner rundt årsaksforklaringer som vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt var nærmest fraværende i sakens dokumenter. ADHD var den hyppigste diagnosen de fant, men også Aspergers syndrom blir trukket frem. Konsekvensen av dette var forsinket diagnostikk og at barn ble værende i skadelige omsorgssituasjoner. Tjenstepersoner trekker selv frem manglende kunnskap om hvordan omsorgssvikt kommer til uttrykk som mulig årsak til feiltolkningene av barns atferd (NOU 2017: 12, s. 59). I utvalgets anbefalinger kommer det frem at de ser det som nødvendig å styrke både kompetansen og kapasiteten i helsevesenet for å bedre fange opp vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt mot barn. Det legges vekt på at man i psykisk helsevern må kjenne til hvordan utslag på noen diagnoser kan skjule erfaringer med omsorgssvikt og håndtere tolkning av kartleggingsverktøy med dette for øye. Kunnskap om hva ulike diagnoser sier om årsaksforhold, kan bidra til at man ikke låser seg til årsaksforklaringer som ser bort fra barnets omsorgssituasjon. De ønsker rutinemessige undersøkelser av barns omsorgssituasjon i slike utredningsprosesser (NOU 2017: 12, s. 73-74).

Det er også verdt å nevne masteroppgaven «Autisme, omsorgssvikt eller begge deler? Årsaksforklaringer av barns atferd - en kvalitativ studie av utfordringer i barnevernssaker» (Christensen, 2014). Masteroppgaven undersøker noe av det samme temaet som min studie, men Christensen (2014, s. V) har valgt å undersøke problemstillingen i barnevernstjenestens

arbeid. Hennes konklusjoner er at det oppleves som utfordrende å forstå hvilken atferd som skyldes ASF og hvilken som skyldes omsorgssvikt. Godt samarbeid mellom barneverntjenesten og barnets foreldre trekkes frem som viktig for å få et riktig bilde av situasjonen. Å forstå hva barnets atferd skyldes, krever ifølge informantene, en særskilt kompetanse på ASF i barneverntjenesten (Christensen, 2014, s. 66-69).

## 1.6 Oppgavens struktur

Oppgaven er delt inn i 6 kapitler. Videre vil det teoretiske grunnlaget for studien og drøftingen presenteres i kapittel 2. I kapittel 3 presenterer jeg metoden jeg har benyttet i studien, samt gjør rede for hvordan jeg har gått frem for å planlegge studien, innhente data og analysere disse. Her vil også valg jeg tatt underveis presenteres og begrunnes. I kapittel 4 presenteres funn. Funnene drøftes videre opp mot relevant teori i kapittel 5. Kapittel 6 er en oppsummering av konklusjonen på problemstillingen med avsluttende kommentarer. Her vil også implikasjoner for videre forskning presenteres.

## 2 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet vil jeg presentere oppgavens teoretiske rammeverk. Først vil jeg presentere hva psykiatrisk diagnostisering går ut på og en debatt som foregår omkring dette. Videre vil jeg gjøre rede for ASF, omsorgssvikt og tilknytningsteori, før jeg presenterer likheter og forskjeller mellom ASF og omsorgssvikt. Avslutningsvis vil jeg presentere relevant teori omkring relasjoner og relasjonsarbeid.

### 2.1 Psykiatrisk diagnostisering

Vi har to ulike internasjonale diagnose-systemer for psykiatrisk diagnostikk; Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorder (DSM) utarbeidet av American Psychiatric Association og WHO's International Classification of Diseases (ICD) (Nøvik & Lea, 2019a). I Norge er vi som medlem av WHO forpliktet å benytte ICD (Broberg et al., 2006, s. 118). Per dags dato er det versjonen ICD-10 som benyttes i Norge. En revidert versjon, ICD-11, er utarbeidet og ble godkjent av WHO i 2015. Den norske versjonen, tilpasset norske forhold, er under arbeid, men foreløpig ikke tatt i bruk (Braut, 2022). Jeg vil videre i oppgaven forholde meg til ICD-10.

De psykiatriske diagnose-systemene hevder å være deskriptive, og kun beskrive symptom-bilde, ikke si noe om årsak, i motsetning til den medisinske diagnostiseringsmodellen. Målet med diagnose-systemene var et diagnostisk system der ulike psykologer og psykiatere fra ulike teoretiske retninger som ser ulikt på årsakssammenhenger og hvilken behandling som er best, kunne enes om hva som for eksempel var en depresjon ut fra symptomene (Broberg et al., 2006, s. 118-119).

Både DSM og ICD er såkalte multiaksiale systemer. Det innebærer at ulike typer informasjon om pasienten samles inn for å gi et mest mulig allsidig og helhetlig bilde av pasientens utfordringer (Broberg et al., 2006, s. 120-122). Nøvik & Lea (2019b) skriver at det multiaksiale systemet beskriver ulike fasetter ved psykisk sykdom hos barn og ungdom, og at dette er nødvendig for å forstå de ofte komplekse vanskene. I norsk barne- og ungdomspsykiatri benyttes det multiaksiale systemet basert på ICD-10 som standard diagnose-system. Det består av 6 akser; klinisk psykiatrisk syndrom, spesifikke utviklingsforstyrrelser, psykisk utviklingshemming, somatiske tilstander, avvikende

psykososiale forhold og global vurdering av funksjonsnivå (Nøvik & Lea, 2019b). Dermed legger diagnosemanualene opp til at også barnets omsorgssituasjon (akse 5) skal kartlegges og vurderes før diagnose kan settes.

Det er et viktig punkt som skiller psykiatrisk diagnostisering fra annen medisinsk diagnostisering. I medisinsk diagnostisering har vi kunnskapen om årsaken til symptomene. Medisinsk diagnostisering baserer seg på antakelser om at samme årsak fører til samme symptom hos alle mennesker, uavhengig av for eksempel alder. Ser man et symptom kan man resonere seg frem til årsaken. I tillegg er pasienten enten syk eller frisk. Dette er momenter som kan være utfordrende i psykiatrisk diagnostisering. Psykiatrisk diagnostisering bygger på en forståelse av at symptomer i form av avvikende utvikling kan tre frem ulikt i ulike aldre og at samme årsak kan tre frem som ulik utvikling (symptom) hos ulike individer. Dette kan også føre til at ulike fagpersoner kan konkludere ulikt om hvilken diagnose pasienten har og hvilke årsaker som kan føre til de ulike diagnosene. En løsning på denne utfordringen har blitt å sette diagnoser, ikke basert på spesifikke årsaker, men på observerbare symptomer. Vi sorterer på den måten det som ligner på hverandre (symptomer) i kategorier (diagnoser) (Broberg et al., 2006, s. 114-117). To personer kan med utgangspunkt i dette få samme diagnose fordi de har observerbare symptomer som ligner på hverandre, selv om årsaksbildet er svært ulikt. En person kan også få en psykiatrisk diagnose, uten at vi har en forståelse om hva årsakene til symptomene er. Dette er relevant for min problemstilling nettopp fordi ASF og tilstander forbundet med omsorgssvikt, som for eksempel tilknytningsforstyrrelser, kan være like i uttrykk, men ha ulike årsaker. Nøvik & Lea (2019c) skriver at diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatrien er en utfordrende, men viktig oppgave. De beskriver de diagnostiske klassifikasjonene som et verktøy for å ordne den enorme mengden informasjon i slike utredninger. De beskriver det som et hjelpemiddel for å kommunisere med barnet, familien og andre involverte instanser og å ta beslutninger om forebyggende tiltak, behandling og tilrettelegging for barnet.

Samtidig rettes det også kritikk mot nettopp denne tilnærmingen ved psykiatrisk diagnostisering. Kritikerne trekker frem at fokuset på symptomer fremfor atferd, retter fokuset mot barnet isolert sett og ikke barnets atferd som en mulig reaksjon på for eksempel dysfunksjoner i familien (Broberg et al., 2006, s. 117). Slik kritikk presenteres også i NOU

2017: 12 «Svikt og svik» (s. 73). Her skriver Barnevoldsutvalget svikt i forståelsen av årsaker til symptomer og atferdsuttrykk i norsk barne- og ungdomspsykiatri. De trekker frem hvordan barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (BUP) benytter verktøy hvor det kartlegges i hvilken grad barnet oppfyller kriterier for ulike diagnoser som kun er deskriptive og sier lite om årsakene til symptomene. Barnevoldsutvalget har inntrykk av at en rekke vansker som er vanlig for barn som utsettes for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt ikke ses i sammenheng med slike årsaksforhold, men kobles til andre årsaksforklaringer. Også Nøvik & Lea (2019c) trekker frem at ukritisk bruk av diagnoser kan føre til at sosiale og psykologiske faktorer undervurderes.

Dette kan sies å være på tross av de multiaksiale systemenes intensjon om å undersøke og samle inn informasjon som gir et mest mulig helhetlig bilde av pasientens utfordringer. Landmark & Stänicke (2016, s. 290) skriver at en psykiatrisk diagnose i seg selv ikke sier noe om bakenforliggende årsaker, opprettholdende faktorer eller forsterkende faktorer. De argumenter for at vi trenger bredere årsaksforklaringer enn dette når vi skal hjelpe et barn og en familie. Symptomene uttrykker at noe er i veien, men for å forstå hvorfor, må vi bli kjent med barnet og familien, skriver de. I denne prosessen i diagnostisering tenker jeg relasjonsarbeidet står svært sentralt.

## 2.2 ASF

### 2.2.1 Hva er ASF?

Autismespekterforstyrrelser er en betegnelse på tilstander som hører sammen på grunn av underliggende likheter (Stokke, 2011a, s. 25). Det er særlig avvik i utviklingen på tre områder som kjennetegner ASF:

- Evne til gjensidig sosial interaksjon
- Evne til kommunikasjon
- Forekomst av begrensede, stereotype og repetitive interesser og aktiviteter.

(Helse Sør-Øst, 2019, s. 5)

Avvikene skal utgjøre et gjennomgående trekk ved personens fungering og vurderes opp mot kognitivt utviklingsnivå. Symptombildet er svært individuelt og varierer ut fra alder,

kjønn, evnenivå, språkfunksjon, og eventuelle tilleggsvansker (Helse Sør-Øst, 2019, s. 5). Mer detaljert strever personer med ASF ofte med sosial omgang, spesielt med jevnaldrende. De kan ha vansker med å oppfatte sosiale spilleregler, normer og forventninger fra andre og være varere på endringer i rutiner og omgivelsene. Mimikk og kroppsspråk kan være vanskelig å forstå. ASF preger også evnen til selektiv tilknytning og kognisjon generelt (Landmark & Stänicke, 2016, s. 300).

ICD-10 (Direktoratet for e-helse, u.å.) benytter ikke betegnelsen ASF, men Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, med en rekke underdiagnoser som vi finner i kapittel F84:

- F84.0 Barneautisme
- F84.1 Atypisk autisme
- F84.2 Rett syndrom
- F84.3 Annen disintegrativ forstyrrelse i barndommen
- F84.4 Forstyrrelser med overaktivitet assosiert med mental retardasjon og bevegelsesstereotyper
- F84.5 Asperger syndrom
- F84.8 Andre gjennomgripende utviklingsforstyrrelser
- F84.9 Gjennomgripende utviklingsforstyrrelse, uspesifisert

DSM-5 har erstattet begrepet gjennomgripende utviklingsforstyrrelse med Autismespekterforstyrrelser, og det samme vil skje ved implementeringen av ICD-11 (Helse Sør-Øst, 2019, s. 5). Surén et al. (2019) skriver også at underdiagnosene har blitt fjernet i DSM-5 og vil bli fjernet i ICD-11, til fordel for spekterbegrepet. Ifølge Helse Sør-Øst (2019, s. 5) benyttes begrepet ASF i fagmiljøene allerede i dag. Dette er også min erfaring fra praksis. Derfor er det dette begrepet jeg benytter videre i rapporten når jeg sikter til diagnoser i ICD-10 F84.

I dag er det bred enighet om at autisme skyldes medfødte biologiske årsaker, og genetisk disposisjon anses å være den viktigste risikofaktoren. Sosiale og psykologiske faktorer anses ikke å forårsake ASF (Stokke, 2011a, s. 26). Diagnosen regnes dermed som en nevrobiologisk forstyrrelse (Landmark & Stänicke, 2016, s. 290).

### 2.2.2 Forekomst

Folkehelseinstituttet (2020) anslår at ca. 1.5% av norske barn får en ASF-diagnose før de når voksen alder. Surén et al. (2019) har forsket på diagnostisering av barn med ASF i Norge og oppgir at det er store forskjeller mellom kjønnene. 1,1% av guttene i Norge hadde fått en ASF diagnose ved fylte åtte år, mens bare 0,3 % av jentene. Dette kan tyde på at en del jenter ikke oppdages, eller får diagnosen senere i livet enn gutter. Surén et al. (2019) trekker også frem i sine funn at det i Norge er signifikante forskjeller i diagnostisering av barn med ASF i ulike deler av landet. Dette kan handle om at barn i enkelte fylker oppdages sent. Samtidig legger de vekt på at det er viktig å undersøke på hvilket grunnlag diagnosen stilles i ulike fylker (Surén et al., 2019).

### 2.2.3 Diagnostisering

I følge Surén et al. (2019) diagnostiseres autisme som regel fra to års alder i Norge. De finner svært få barn under to år som har fått en ASF-diagnose. De første symptomene trer allikevel vanligvis frem i løpet av barnets tre første leveår (Autismeforeningen i Norge, 2012). Tidlig diagnostikk og iverksetting av tiltak, bedrer prognosene for utviklingen til personer med ASF, og utredningen bør derfor skje så tidlig som mulig (Helse Sør-Øst, 2019, s. 4).

Regional kompetansetjeneste for autisme, ADHD, Tourettes syndrom og narkolepsi ved Helse Sør-Øst har utarbeidet regionale retningslinjer for utredning og diagnostisering av ASF (Helse Sør-Øst, 2019). Utredning av barn og voksne med mistanke om ASF gjøres som oftest i spesialisthelsetjenesten, enten ved habiliteringstjenesten eller psykisk helsevern. Diagnosen settes ikke på bakgrunn av en enkelt test eller prøve, men på bakgrunn av helhetlige vurderinger av personens atferd i ulike situasjoner og kunnskap om utviklingshistorien (Helse Sør-Øst, 2019, s. 4). Henvisning til en utredning i spesialisthelsetjenesten kan komme fra lege, psykologspesialist eller leder i barneverntjenesten. Barnets foresatte må være kjent med innholdet i og ha samtykket til en slik henvisning (Helse Sør-Øst, 2019, s. 5).

Retningslinjene sier at utredningen skal gjøres av et tverrfaglig team bestående av lege, psykolog og eventuelt andre yrkesgrupper. Videre anbefales det at en utredning inkluderer anamnese (utviklingshistorie), medisinsk utredning, kognitiv utredning, samt kartlegging av språkfunksjon, sosiale og kommunikative ferdigheter, lek og forestillingsevne, adaptiv

fungering og komorbide somatiske og psykiatriske tilstander (Helse Sør-Øst, 2019, s. 8). Surén et al. (2019) anbefaler at standardiserte diagnostiske instrumenter benyttes. ADI-R er et foreldreintervju som skal kartlegge barnets utvikling og symptomer på ASF. ADOS er en lekeobservasjon av barnet som skal avdekke barnets sosiale og kommunikative fungering og atferd (Súren et al., 2019).

Retningslinjene legger vekt på viktigheten av å se barnet i ulike situasjoner som en del av utredningen, som hjem, barnehage og skole (Helse Sør-Øst, 2019, s. 6). Personer som omgås barnet i det daglige, for eksempel foreldre, lærere eller lignende, skal involveres i utredningen. De kan bidra med viktig informasjon og vil være viktige for gjennomføring av tiltak og behandling i etterkant av utredningen (Helse Sør-Øst, 2019, s. 5).

Psykiatrisk tilleggspromatikk er svært vanlig for personer med ASF, på alle alderstrinn og blant hele spekteret av evnenivå. Det er derfor viktig at dette også utredes og behandles (Helse Sør-Øst, 2019, s. 11). Det skal også gjøres differensialdiagnostiske vurderinger som en del av autismentredningen, blant annet av tilknytningsforstyrrelse (Helse Sør-Øst, 2019, s. 12).

## 2.3 Omsorgssvikt

### 2.3.1 Hva er omsorgssvikt?

Killén (2004, s. 16) definerer omsorgssvikt som situasjoner der foreldre, eller de som har omsorgen, utsetter et barn for fysiske og/eller psykiske overgrep eller forsømmer det på en slik måte at barnets helse og utvikling er i fare. Kvello (2011, s. 31-32) skriver at det finnes en rekke begreper for ikke god nok barneomsorg, og at det er kompliserte prosesser det er vanskelig å finne dekkende begreper for. Hovedpoenget er, ifølge han, at dette handler om kvaliteten på voksen-barn-relasjoner, ikke om enkelthendelser eller -handlinger. Han legger i likhet med Killén vekt på at også mangel på omsorg er skadelige for barnets utvikling, ikke bare omsorgssituasjoner der omsorgspersonene påfører barnet skade. Det finnes ingen universell definisjon av omsorgssvikt. Grenseoppgangene for hva som er ikke god nok omsorg for barn varierer mellom kulturer og ulike tidsepoker, men også ut fra barnets



forutsetninger og behov. Dette gjør både begrepsavklaringen og arbeidet med disse sakene ekstra utfordrende (Kvello, 2011, s. 32-37).

Killén (2004, s. 16) deler omsorgssvikt inn i fire grupper:

- vannskjøtsel
- fysiske overgrep
- psykiske overgrep
- seksuelle overgrep

Mellom disse gruppene av omsorgssvikt kan det være uklare skillelinjer, de utelukker ikke hverandre gjensidig, men kan like gjerne finne sted parallelt eller til ulike tider i barnets oppvekst (Killén, 2004, s. 35). Det er en betydelig samforekomst av de ulike formene for omsorgssvikt, og utsettes et barn for én form, er det betydelig økt risiko for at det også kan utsettes for de andre (Kvello, 2011, s. 37). Videre vil jeg gi en kort presentasjon av disse fire gruppene.

Vannskjøtsel handler primært om fravær av omsorg. Ved emosjonell vannskjøtsel er ikke omsorgspersonene tilstrekkelig emosjonelt tilgjengelige for barna og nedprioriterer barnas behov fremfor egne. Ved materiell vannskjøtsel får ikke barnet dekket behov for mat, klær, stell, medisinsk hjelp osv. Det er ikke snakk om enkeltsituasjoner, men for lite/for dårlig omsorg over tid. Denne formen for omsorgssvikt kan påvirke både barnets fysiske og psykiske utvikling. Barnet kan utvikle alvorlige helseproblemer, og manglende respons og stimulering kan hemme barnets psykomotoriske utvikling, språkutvikling og kontaktevne. Det kan gå utover barnets forventning om at det vil få hjelp hvis det gråter og barnets utforskertrang, og på denne måten bidra til passivitet ovenfor omgivelsene. Det kan også prege barnets selvoppfatning og opplevelse av verdi. Noen barn utvikler en enorm evne til å kompensere for foreldrenes mangler og påtar seg tidlig en slags voksenrolle (Killén, 2004, s. 36-39).

Fysiske overgrep inkluderer både barn som skades ved aktiv handling eller manglende tilsyn og beskyttelse. Skader som dette vil ofte være synlige for omverdenen, som blåmerker, brannsår eller brudd. De kanskje mest alvorlige skadene, som hodeskader, vil derimot ikke

være umiddelbart synlige for omverden (Killén, 2004, s. 39-40). Killén (2004, s. 41-43) skriver at mens de fysiske skadene etter fysiske overgrep gror og blekner, vil de emosjonelle og psykologiske konsekvensene være langvarige. Barnet lever videre med frykten for nye overgrep, mistilliten til voksenpersoner og omverdenen vokser, barnet kan gå videre i livet med en forventning om å bli avvist og opplevelsen av verdi er preget. Barnet kan utvikle destruktive overlevelsesstrategier som er lite hensiktsmessige å ta med seg videre i livet. Killén (2004, s. 42) tar til orde for å heve blikket fra selve den fysiske skaden og rette fokuset mot det følelsesmessige klimaet det fysiske overgrepet fant sted i, som ofte vil være av en mer gjennomgripende og langvarig karakter. Det er dette som er alvorlig på sikt for barnet.

Psykiske overgrep omtales av Killén (2004, s. 43) som svært mangefasettert og kanskje den vanskeligste gruppen å definere. Hennes definisjon er: «[...] en kronisk holdning eller handling hos foreldre eller annen omsorgsgiver, som er ødeleggende for, eller forhindrer utviklingen av, et positivt selvbilde hos barnet. Barnet lever med en kronisk bekymring for om foreldrene vil være i stand til å ta vare på og beskytte barnet og seg selv.» (Killén 2004, s. 43). Dette kan for eksempel gjelde barn som oppleves annerledes enn de er, og behandles deretter (for eksempel tillegges negative egenskaper, sykdom og sårbarheter), som har foreldre som lever i voldelige samlivssituasjoner, er rusmisbrukere eller psykisk syke, barn som lever i ubearbeidede skillsmisseprosesser, barn i isolerte trossamfunn og enslige mindreårige asylsøkere som har blitt skilt fra tilknytningspersonene sine (Killén 2004, s. 44-54).

Seksuelle overgrep i omsorgssviktsammenheng innebærer at barn blir engasjert i seksuelle aktiviteter som de ikke er emosjonelt, seksuelt eller utviklingsmessig modne for av voksne omsorgspersoner. Overgrepene kan være fysisk voldelige, men også psykisk voldelige gjennom at barnet ofte blir tillagt skyld og ansvar og trues til taushet. Barnet kan oppleve maktesløshet og er modenhetsmessig ofte ikke i stand til å forstå rekkevidden av eller gi et informert samtykke til slik seksuell aktivitet (Killén, 2004, s. 55-59).

### 2.3.2 Forekomst

Killén (2004, s. 16) trekker frem at vi møter på flere utfordringer hvis vi skal forsøke å få oversikt over omfanget av omsorgssvikt. Dette er ifølge henne vanskelig blant annet fordi

både barn og foreldre kan forsøke å dekke over omsorgssviktsituasjonen, både for seg selv og omverdenen. Barns lojalitet overfor foreldre er sterk, og barn kan derfor både forsøke å skjule og føle skyld i egen situasjon. Noen former for omsorgssvikt, som psykiske overgrep, er også svært vanskelig å kartlegge grunnet at det kan ta svært lang tid før symptomene/uttrykksformene kommer til syne eller blir kjent for oss (Killén, 2004, s. 18). Kanskje vil konsekvensene først bli synlige når barnet har blitt voksen, skal inn i nære parforhold eller selv bli forelder. Dette gjør det vanskelig å få en fullstendig oversikt over her og nå-situasjonen.

Også ved oss fagpersoner er det faktorer som kan gjøre det utfordrende å få en god oversikt over omfanget av omsorgssvikt. Å ta inn over oss og erkjenne at barn utsettes for omsorgssvikt og overgrep er smertefullt og stiller oss overfor personlige og faglige utfordringer. Sterke motsetningsfylte følelser i oss kan gjøre at vi lukker øynene for selv å få det litt bedre, mens barnet og familien fremdeles blir lidende. Å formidle til foreldre at vi som fagpersoner er bekymret for barnets omsorgssituasjon, er en utfordrende situasjon både emosjonelt og faglig. Vi kan bli møtt med sterke reaksjoner fra foreldrene selv, fra omgivelsene og vårt eget profesjonelle nettverk. Dette kan gjøre at vi nøler med å sette ord på og dele vår bekymring for barnet (Killén, 2004, s. 21-22).

Hvis vi allikevel skal forsøke å anslå omfanget av barn som opplever omsorgssvikt i Norge i dag, rapporterer Statistisk sentralbyrå (2022) at 42 397 norske barn mellom 0-17 år fikk tiltak fra barneverntjenesten i 2021. De rapporterer også at det totale antallet barn mellom 0-17 år i 2021 var 1 108 523 (Dyrhaug, 2022). Antallet som mottok barneverntiltak, utgjør dermed 3,8%. Dette tallet sier kun noe om de avdekkede tilfellene av omsorgssvikt, og kan også være noe upresist fordi barneverntjenesten i de mindre alvorlige sakene er avhengig av frivillighet fra foreldrene for å iverksette tiltak. Jeg vil her presisere at det ikke er snakk om omsorgssvikt i alle sakene barnevernet iverksetter tiltak. Barnevernet kan også iverksette tiltak på bakgrunn av for eksempel bekymring for barnets atferd og økonomiske utfordringer.

### 2.3.3 Konsekvenser av omsorgssvikt

Jeg har allerede presentert en rekke mulige konsekvenser av de ulike gruppene omsorgssvikt. Killén (2004, s. 62-65) skriver at de mer overordna konsekvensene av omsorgssvikt er alvorlige, og inkluderer i stor grad sosiale og psykiske vansker som psykisk sykdom, vansker med å etablere og vedlikeholde positive relasjoner, rusmisbruk, kriminalitet, utfordringer med utdanning og jobb, men også at barnet utfører omsorgssvikt når de selv blir foreldre. Kvello (2011, s. 43-44) trekker frem viktigheten av å huske at ulike barn kan reagere ulikt på samme påvirkning, og likt på ulik påvirkning. Samme risikofaktor ved barns omsorgssituasjon kan gi svært ulike konsekvenser hos forskjellige barn og ulike risikofaktorer kan gi samme konsekvens. Barn har svært ulik robusthet (resiliens) og faktorer utenfor omsorgssituasjonen, for eksempel skolen, kan bidra i positiv eller negativ retning. Jo tidligere i livet barnet opplever omsorgssvikt og jo flere former for omsorgssvikt, jo dårligere prognose.

En mulig konsekvens av omsorgssvikt er utfordringer med tilknytning og i verste fall tilknytningsforstyrrelse. Dette skal jeg presentere videre i kapittel 2.4.

## 2.4 Tilknytningsteori

### 2.4.1 Hva er tilknytningsteori?

Tilknytningsteori omhandler hvordan tilknytning, et psykologisk bånd mellom barnet og dets nærmeste omsorgspersoner, utvikles til mentale representasjoner hos barnet, kalt indre arbeidsmodeller. Representasjonene omhandler barnets oppfatning av seg selv, viktige nærstående personer og samspillet mellom dem. Disse indre arbeidsmodellene tar barnet med seg videre i livet, som en del av dets personlighet, og vil påvirke hvordan barnet forholder seg til seg selv og andre (Broberg et al., 2006, s. 93).

Den britiske barnepsykiateren og psykoanalytikeren John Bowlby regnes som tilknytningsteoriens opphavsmann. Etter andre verdenskrig fikk han i oppdrag av WHO å sette sammen kunnskapen om hjemløse barn og hva som kunne gjøres for å hjelpe dem. En viktig del av denne forskningen var studier av barns reaksjon på atskillelse fra foreldre i forbindelse med opphold på sykehus eller barnehjem. Dette ga oss viktig forståelse av

hvordan barns sinne og fortvilelse var et sunt tegn på tilknytningen og behovet for sine nære omsorgspersoner. På slutten av 1960-tallet ga han ut *Attachment and Loss*, med fokus på hvordan atskillelse, omsorgssvikt og forsømmelse tidlig i livet påvirket barnets utvikling og gir konsekvenser de tar med seg videre i livet (Broberg et al., 2006, s. 93-94).

Et barn kan ikke la være å knytte seg til sin omsorgsperson, selv om omsorgspersonen er uegnet. At et barn er tilknyttet sin omsorgsperson, sier ingenting om kvaliteten på omsorgen. Kvaliteten på tilknytningen derimot, vil variere og ha konsekvenser for barnets videre utvikling. Tilknytningsteorien hevder å være kulturfri i den forstand at alle barn i alle undersøkte kulturer knytter seg til en eller flere omsorgspersoner. Utover dette kan formen på omsorgen være svært varierende fra kultur til kultur. (Broberg et al., 2006, s. 96).

Broberg et al. (2006, s. 100) skriver at den tidlige tilknytningsrelasjonen mellom barn og foreldre inneholder tre ingredienser som er viktige for den videre psykiske helsen til barnet:

1. Verdsetting av nære relasjoner og et ønske om å inngå i disse uten frykt for å bli forlatt.
2. Evne til å regulere sterke følelser uten å bli overmannet av dem.
3. Evne til å se andre mennesker som individer med egne følelser og hensikter som man verdsetter og må ta hensyn til.

Mary Ainsworth videreutviklet tilknytningsteorien med metoden Strange Situation Procedure som gjør det mulig å studere samspillet og tilknytningen mellom barn (12-18 måneder) og deres omsorgspersoner. Hun skilte opprinnelig mellom tre ulike tilknytningsmønstre; en trygg og to utrygge som benevnes som utrygg unnvikende og utrygg ambivalent tilknytning. Senere har det utrygge mønsteret desorganisert tilknytning kommet til (Broberg et al., 2006, s. 102-106). Dette kjennetegner de fire ulike mønstrene:

- *Trygg tilknytning*: Barnet har erfart tilstrekkelig at omsorgspersonene er tilgjengelige, forstår det og vil hjelpe, og bruker dem som en trygg base å vende tilbake til i sin utforsking av verden. Disse barna mestrer å veksle mellom utforskning og trygghetssøking.
- *Utrygg unnvikende*: Kjennetegnes ved at barnet ikke viser behov for å bruke forelderen som trygg base. Barnet har erfart at nærhet er mer tilgjengelig om det

ikke gir uttrykk for at det trenger omsorg og trøst, og at det lønner seg å holde disse behovene for seg selv.

- *Utrygg ambivalent*: Kjennetegnes ved at nærhet og samspill til omsorgspersonen primært er på omsorgspersonens vilkår og uforutsigbart for barnet. Barnet lærer at det ikke selv kan regulere samspillet, og kan enten bli passivt eller motsatsen hvor de blir årvåkne, klengete og sutrete.
- *Desorganisert tilknytning*: Samspillet mellom barn og omsorgspersoner bygger i stor grad på frykt. Et eksempel er når omsorgspersonen, som er den barnet skal søke mot i truende situasjoner, er den som er trusselen. Dette skaper en umulig konfliktsituasjon for barnet. Barna kan ikke benytte foreldre som trygg base, selv om de er fysisk tilgjengelige, og barna har ingen tilknytningsstrategier som kan hjelpe dem å regulere frykt og uro. Risikogrupper er barn som utsettes for psykisk eller fysisk mishandling, barn av foreldre med rusmisbruk, psykisk sykdom eller ubearbeidede traumer. Disse barna risikerer å utvikle kaotiske og usammenhengende indre arbeidsmodeller som ødelegger evnen til relasjoner med andre. (Broberg et al., 2006, s. 102-106 og 165)

Både den trygge og de utrygge, men organiserte mønstrene (unnvikende og ambivalent) representerer normalutvikling, og øker ikke sjansen alene for utvikling av psykopatologi. På tross av lite og for dårlig forskning, er det grunn til å tro at desorganisert tilknytning er en risikofaktor for relasjonsvansker og utagerende atferdsproblemer senere i livet (Broberg et al., 2006, s. 107-108). Killén (2004, s. 130-131) skriver at barn med desorganisert tilknytning står i fare for å utvikle alvorlig problemer. Hun trekker frem aggresjonsproblemer, impulsivitet, frykt for nærhet og behov for å kontrollere omgivelsene.

Barn som utsettes for omsorgssvikt risikerer å utvikle et utrygt tilknytningsmønster. Erfaringene de har med seg hjemmefra vil, ifølge tilknytningsteorien, prege barnets forventinger og tillitt til omverden og synet på seg selv, gjennom indre arbeidsmodeller. Dette vil forme deres måte å nærme seg andre mennesker og sosiale situasjoner på og hvordan de løser videre utviklingsoppgaver på (Killén, 2004, s. 129-130).

## 2.4.2 Tilknytningsforstyrrelse

Tilknytningsforstyrrelse refererer til en rekke tilstander og vansker hos barn og unge preget av utfordringer med tilknytning og relasjoner til andre, samt avvikende sosial fungering på tvers av kontekst. Tilstanden antas å skyldes skadelige omsorgsvilkår. Den oppstår i løpet barnet fem første leveår, og kan ikke forklares med generell utviklingsforsinkelse eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelse (Stokke, 2011a, s. 17- 18; Stokke 2011b).

Tilknytningsforstyrrelse er ingen formell diagnose, men ICD-10 (Direktoratet for e-helse, u.å.) omtaler følgende diagnoser i kapittel 94 Forstyrrelse i sosial fungering med debut i barne- og ungdomsalder:

- F 94.1 Reaktiv tilknytningsforstyrrelse i barndommen
- F 94.2 Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse i barndommen

I ICD-10 (Direktoratet for e-helse, u.å.) kjennetegnes Reaktiv tilknytningsforstyrrelse ved fryktsomhet, økt vaksomhet, tristhet, dårlig sosialt samspill med jevnaldrende, aggresjon rettet mot seg selv og andre, samt i noen tilfelles også veksthemming. Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse kjennetegnes ved diffus udiskriminerende kontaktform, oppmerksomhetsøkende og ukritisk vennlig atferd, samt unyanserte forhold til jevnaldrende (Direktoratet for e-helse, u. å.). DSM-IV slår derimot sammen disse to diagnosene i betegnelsen Reactive Attachment Disorder (RAD), og i forskningslitteraturen benyttes stort sett samlebetegnelsen RAD om begge disse diagnosene (Stokke, 2011b). Stokke (2011a og 2011b) benytter samlebetegnelsen RAD, og det samme vil gjøre videre i min masteroppgave.

RAD er en sjelden tilstand, og rammer under 1% av befolkningen. Disse tallene er noe usikre (Stokke 2011a, s. 19). Tilstanden anses å være stabil dersom barnet blir værende i et skadelig omsorgsmiljø, men det forventes betydelig bedring dersom barnet flyttes til vedvarende gode omsorgsvilkår. Udiskriminerende tilknytningsforstyrrelse viser seg å være noe mer stabil, også dersom barnets omsorgsmiljø endres (Stokke, 2011a, s. 19).

### 2.4.3 Tilknytning ved ASF

Vi har tidligere trodd at barn med ASF ikke var i stand til å utvikle tilknytning til sine omsorgspersoner, på grunn av sine utfordringer med sosial interaksjon og kommunikasjon. I dag vet vi derimot at barn med ASF utvikler selektiv tilknytning til sine nære omsorgspersoner. Tilknytningsadferden hos barn med ASF synes å være funksjonelt lik som hos andre barn. De er i stand til å bruke sine foreldre som trygg base, og Ainsworths fremmedsituasjon kan benyttes for å kartlegge tilknytningsatferden til barn med ASF (Stokke, 2011a, s. 14). Samtidig viser Stokke (2011a, s. 14-15) til forskning som viser at barn med ASF statistisk sett har noe høyere forekomst av utrygg tilknytning enn andre barn. Alvorlighetsgraden av ASF og grad av utviklingshemming synes begge å forsterke økt risiko for utrygg tilknytning.

Landmark & Stänicke (2016, s. 307-309) trekker frem at nevrobiologiske forstyrrelser som ASF, kan føre til negative konsekvenser for synkroniteten i samspillet mellom barnet og omsorgspersonene. Med synkronitet menes omsorgspersonenes kontinuerlige inntoning til og regulering av barnet, som foreldre til barn med ASF kan oppleve som utfordrende. Manglende synkronitet kan igjen føre til utrygg tilknytning, redusert affektregulering og mentalisering hos barnet. Blir ikke barnet regulert og opplever trygghet ved foreldrenes regulering, må det regulere seg selv. Behovet for kontroll kan da bli sterkt, og dette kan komme til uttrykk i rigiditet.

Landmark og Stänicke (2016, s. 304) understreker også at barn med nevrobiologiske vansker, som andre barn, vil danne indre arbeidsmodeller i form av forventinger til respons og tilgjengelighet fra omsorgspersonene ut fra de samspillserfaringene de har. Som andre barn tar disse barna med seg disse indre arbeidsmodellene videre i livet og de ville kunne spille seg ut i møte med nye relasjoner. Barn med ASF vil kunne ha med seg vanskelige samspillserfaringer nettopp på grunn av sine nevrobiologiske sårbarheter, som igjen kan gjøre at foreldre opplever samspillet med barnet vanskelig. Dette er momenter som viser hvorfor trygg tilknytning kan være utfordrende å etablere for barn med ASF.



## 2.5 ASF og omsorgssvikt – differensialdiagnostikk og komorbiditet

Videre vil jeg presentere hvilke symptomer barn med en ASF-diagnose og barn som har vært utsatt for omsorgssvikt kan dele, hvordan vi kan skille dem fra hverandre og de tilfellene der det er snakk om en kombinasjon. Jeg vil omtale barn med diagnosen RAD og barn har vært utsatt for omsorgssvikt uten å ha fått denne diagnosen om hverandre.

### 2.5.1 Fellestrekk og ulikheter

Som nevnt kan det være svært utfordrende å skille ASF fra tilstander som skyldes omsorgssvikt (Stokke, 2011a, s. 2). I dag er det offisielt ikke mulig å diagnostisere et barn med både ASF og RAD. Diagnosemanualene nevner gjensidig disse diagnosene som differensialdiagnoser som må utelukkes. ICD-10 stiller som krav at barnet har en normal evne til sosial samhandling for å sette en RAD-diagnose, mens en ASF-diagnose kjennetegnes av kvalitativ svikt i evnen til gjensidig sosial samhandling (Stokke 2011a, s. 31-32). I en utredningssituasjon må en altså, ifølge diagnosemanualene, lande på én av disse, og utelukke den andre. Da er det viktig å ha god oversikt over likheter og forskjeller ved de to diagnosene.

Stokke (2011a; 2011b) og Grindheim (gjengitt fra Departementene, 2013) skriver at det finnes få systematiske studier om hva som skiller disse og at de funnene vi har er noe motstridende. Allikevel vet vi noe om hva som kjennetegner de ulike tilstandene og kan si noe om hva som er likt og ulikt, i tillegg til ulik årsak som allerede er presentert.

Både ASF og RAD kjennetegnes ved avvikende sosial fungering som skal være til stede i barnehagealder, selv om det hos noen ikke blir synlig før kravene til sosial kommunikasjon øker når de blir eldre (Stokke, 2011b; Departementene, 2013). Den avvikende sosiale fungeringen dreier seg om sosial tilbaketrukkethet, vansker med å initiere og regulere sosial kontakt, avvikende blikkontakt, manglende trøstesøkende atferd og redusert sosialt engasjement og gjensidighet (Stokke, 2011b). Begge tilstandene er også forbundet med vansker i vennsksapsrelasjoner med jevnaldrende (Departementene, 2013).

Felles oppmerksomhet handler om hvordan små barn bruker øyekontakt og gester til å koordinere egen og andres oppmerksomhet mot et tredje objekt eller hendelse. Et eksempel kan være hvordan en ett/toåring retter foreldrenes fokus mot det den selv er opptatt av, som en politibil som kjører forbi. På denne måten kan foreldrene dele opplevelsen med barnet og dele sin kunnskap om hva det de sammen observerer. Et annet eksempel på felles oppmerksomhet er hvordan barnet bruker omsorgspersonenes, eller andres, emosjonelle uttrykk for å vurdere om en situasjon er trygg eller utrygg. Å mestre dette er svært sentralt for barnets sosiale og kognitive utvikling (Stokke, 2011a, s. 38). Stokke (2011b) skriver at problemer med felles oppmerksomhet er et velkjent kjennetegn ved ASF. Det er ikke like typisk ved RAD, men denne evnen *kan* påvirkes av barnets tidlige omsorgsmiljø.

Theory of mind handler om barnets evne til å ta andres perspektiv og tilskrive mentale tilstander hos både seg selv og andre. Det handler om å forstå hvordan en situasjon ser ut fra noen andres perspektiv, og forstå og gjenkjenne egne og andres følelser, ønsker, og intensjoner. Kort sagt handler dette om mentaliseringsferdigheter. Utfordringer med dette er velkjent både hos barn med ASF og barn som har opplevd skadelige omsorgssituasjoner (Stokke, 2011a, s. 39; Stokke, 2011b).

Som nevnt tidligere kan barn med ASF etablere selektiv tilknytning til omsorgspersonene. Dette er i motsetning til barn med RAD, som strever med dette (Stokke, 2011b). Utfordringer med emosjonsregulering defineres av Stokke (2011b) som et ikke-spesifikt trekk ved begge diagnosene.

Et av de tre områdene med avvikende utvikling ved ASF er utfordringer med språk og kommunikasjon. Dette kan handle om forsinket eller fraværende talespråk og språkforståelse, og mestring av den sosiale bruken av språk. Dette er ikke en del av RAD-diagnosene, men barn med RAD, og som har levd under dårlige omsorgsbetingelser, kan allikevel vise forsinket språkutvikling. Det er allikevel ikke snakk om slike grunnleggende vansker som ved ASF (Stokke, 2011b).

Kognitiv forsinkelse er et vanlig, men ikke nødvendig trekk ved ASF, mens det ikke er forbundet med RAD. Samtidig vet vi at barn som har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt

og/eller mishandling, ofte kan ha kognitive forsinkelser (Stokke, 2011b; Departementene, 2013).

Vedvarende stereotypier og begrensede interesser er mer typisk for ASF enn RAD, selv om det også er sett her. Dette vil også vedvare hos barn med ASF tross miljøendringer, i motsetning til RAD (Stokke, 2011b).

I tillegg til disse ferdighetene barnet har eller strever med er et viktig skille hvordan barnet responderer på endrede omsorgsvilkår. ICD-10 stiller krav om at det finnes en intakt, underliggende evne, kapasitet til normal sosial fungering for å stille en RAD-diagnose. Denne underliggende evnen kan avdekkes ved å se hvordan barnet responderer på endring av omsorgsmiljø og opplæring i sosial fungering. Barnet er da i stand til å lære seg å fungere normalt sosialt med riktig opplæring og i riktig miljø. Et barn med ASF har derimot en grunnleggende svikt i denne evnen, og vil ikke vise samme progresjon og bedring ved disse tiltakene (Stokke, 2011b). Disse prosessene vil ofte ikke bli synlig i en utredningsprosess. Jeg vil understreke hvordan dette viser viktigheten av å evaluere tiltak og behandling som blir iverksatt.

Med dagens forståelse av genetikk som viktig årsak til ASF, vil det også være relevant ved differensialdiagnostiske vurderinger å undersøke om det er andre i barnets nære familie med en ASF-diagnose. Dette vil peke i retning av at barnets vansker handler om nettopp dette (Stokke, 2011b).

Grindheim (gjengitt fra Departementene, 2013) trekker frem at det er avgjørende å avdekke kvaliteten på omsorgssituasjonen for å skille ASF og RAD. RAD kan utelukkes om man er helt sikre på at barnet har levd og lever under gode omsorgsvilkår. ASF kan ikke på samme måte utelukkes selv om man vet at barnet har vært utsatt for omsorgssvikt (Stokke, 2011b). Et relevant spørsmål her er om det er mulig å være helt sikker på om barnet har levd under bare gode omsorgsvilkår, men det tilhører en annen studie.

Oppsummert kan vi si at ASF og RAD skiller seg fra hverandre hva gjelder årsak, respons på endring av omsorgssituasjon, selektiv tilknytning til omsorgspersonene, stereotypier og

begrensede interesser og i noen grad også ved vansker med felles oppmerksomhet og språk- og kommunikasjonsvansker (Stokke, 2011b). I tillegg viser forskningen til Mayes et al. (2017) hvordan de ni unike symptomene for ASF kan brukes som viktige differensialdiagnostiske punkter.

En flerfaglig utredning med kompetanse innenfor både ASF, barnevern og tilknytningsfeltet, er viktig for å få til god differensialdiagnostikk (Departementene, 2013; Stokke, 2011b). Å vurdere effekten av tiltak vil være viktig. Det er selvfølgelig en utfordring at dette tar lang tid å erfare. Videre legger de vekt på testing og observasjon av barnet på tvers av situasjoner og med ulike personer, og vurdering av tilknytningskvalitet er viktig. Anamnesen blir trukket frem som sentral, inkludert familieanamnese hvor omsorgssituasjonen til barnet blir kartlagt (Stokke, 2011b; Departementene, 2013).

#### 2.5.2 Komorbiditet – Når det ikke er enten/eller, men både/og

Som nevnt er diagnosene RAD og ASF gjensidig utelukkende i dagens diagnosemanualer, men samtidig er det opplagt at et barn med ASF også kan leve under omsorgsvilkår som ikke er gode nok. Vi vet til og med at de er ekstra utsatt. Stokke (2011a, s. 59) skriver at barn med ASF trolig har like stor, eller mulig noe høyere, risiko som andre barn for å utsettes for omsorgssvikt. Transaksjonsmodellen tar utgangspunkt i at samspill mellom mennesker skjer ved en gjensidig påvirkning av hverandre. Med utgangspunkt i transaksjonsmodellen tenker vi at barnets fremtoning, karakteristika, er med å påvirke hvordan omsorgspersonene møter barnet og utøver omsorg. Visse karakteristika øker sannsynligheten for at barnet utsettes for omsorgssvikt. Barn med funksjonshemninger har økt risiko sammenlignet med øvrige barn (Kvello, 2011, s. 40). Barn med medfødte nevrobiologiske forstyrrelser, som ASF, kan påvirke sitt omsorgsmiljø ved å være relasjonelt krevende. De kan være vanskelige å forstå, og dermed tone seg inn på og regulere. Dette kan gjøre det vanskelig å få til et godt nok samspill mellom barn og foreldre. (Landmark & Stänicke, 2016, s. 291 og 307).

I praksis vet vi dermed at ASF og omsorgssvikt ikke er gjensidig utelukkende. En utredningsprosess må derfor vurdere omsorgssituasjonen, selv om barnets symptomer kvalifiserer til en ASF-diagnose. Stokke (2011a, s. 32) trekker også frem at det vi i dag vet om barn med ASF og tilknytning, indikerer at de kan utvikle en forstyrrelse i sin tilknytning. Det

er allikevel viktig å understreke at ansvaret alltid ligger hos omsorgspersonene også i en transaksjonsmodellteknisk (Kvello, 2011, s. 40).

## 2.6 Relasjonsarbeid

### 2.6.1 Hva innebærer relasjonsarbeid?

Begreper relasjon betyr forhold, forbindelse eller samhörighet (Aubert, 2020). Altså at noe står i forhold til noe annet eller har en forbindelse til noe annet. Vi inngår alle i relasjoner, både private, men også profesjonelle. I yrker der vi jobber med andre mennesker, er oppgaven ofte å legge til rette for en form for endring hos den andre. I dette endringsarbeidet blir fagpersonens viktigste oppgave å være på en slik måte at hen fremmer slik endring hos den andre. Da blir kvaliteten på relasjonen mellom fagperson og den andre helt avgjørende. Vi vet at relasjonen til hjelperen ofte kan bety mer enn teknikkene og metodene som brukes (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 19).

Aamodt (2014, s. 36) legger vekt på det gjensidige og interaktive forholdet der begge parter påvirker hverandre, i sin forståelse av relasjon i helse- og sosialfaglig arbeid. Denne forståelsen finner vi igjen i transaksjonsmodellen, som jeg presenterte i kapittel 2.5.2. I dette legger hun at pasienten/klientens atferd i relasjon til meg som fagperson, aldri kan ses og forstås uten å ta i betraktning at jeg er med og påvirker den. Noe av det jeg tenker skiller profesjonelle relasjoner fra private er at selv om begge parter påvirker relasjonen, er fagpersonen ansvarlig for relasjonen i en annen grad enn pasienten. Da er det viktig at fagpersonen er bevisst sitt eget bidrag inn i relasjonen.

Begrepet relasjonsarbeid er ikke klart definert i faglitteraturen. Gjennom samtaler med kollegaer, studenter, deltakere og andre gjennom denne prosessen, har bredden i forståelser av dette begrepet kommet frem gang på gang. Noen har oppfattet at det handler om arbeidet med relasjonen til barnet og familien en jobber med, andre har spurt om det er arbeidet med relasjonen mellom foreldre og barn jeg er tenker på, mens andre igjen har tenkt på relasjonen mellom kollegaer som sammen utfører en utredning. Med utgangspunkt i Aamodts (2014, s. 36) ovenfor nevnte tanker om relasjon, definerer jeg i denne studien relasjonsarbeid som arbeidet fagpersonen legger ned for å oppnå en relasjon til den hen skal

hjelpe, som vil bidra til denne hjelpen. Jeg har innledningsvis presentert at begrepet diagnose betyr «å lære å kjenne godt». Relasjonsarbeidet i en ASF-utredning tenker jeg at dreier seg om arbeidet fagpersonen gjør for å få til en relasjon mellom seg og barnet og barnets familie som bidrar til å lære barnet og barnets vansker å kjenne godt. Videre vil jeg presentere begrepet relasjonskompetanse og trekke frem noen momenter ved relasjonsarbeidet jeg tenker er sentrale for min problemstilling.

### 2.6.2 Relasjonskompetanse

Fagpersoner som jobber med mennesker, i vårt tilfelle utreder barn for ASF, møter på andre utfordringer enn vi gjør i private relasjoner. Vi er derfor avhengige av relasjonskompetanse, i tillegg til handlingskompetanse, som en del av vår faglige kompetanse. Der handlingskompetanse dreier seg om kunnskap om og ferdigheter til å gjøre noe med eller for den andre, for eksempel kjenne til fremgangsmåten i en kartleggingstest, defineres relasjonskompetanse som å forstå og samhandle med de menneskene vi møter i vår jobb på en god og hensiktsmessig måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9-11).

En fagperson med relasjonskompetanse kommuniserer på en måte som gir mening for den andre parten, ivaretar samhandlingens overordnede mål, krenker ikke den andre parten, ivaretar den andres legitime interesser og holder fokus på pasientens behov fremfor egne når disse står opp mot hverandre. Videre kjennetegnes relasjonskompetanse ved situasjonsforståelse, kulturell sensitivitet, selvinnsikt og en empatisk holdning (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 10).

Fagpersonen må både mestre å etablere kontakt og relasjon til pasienten, stå i og vedlikeholde relasjonen over tid og avslutte den på en god måte (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 9-10). Overført til vår kontekst, hvor fagpersonen som skal utrede barnet, tenker jeg det å mestre kontakt- og relasjonsetableringen vil være svært sentralt. Å vedlikeholde relasjonen over tid vil spille en mindre rolle, men er fortsatt et element. I en utredningssammenheng skal det etableres en relasjon til barn og foreldre som er ment i de fleste tilfeller å være kortvarig. Utredningsforløp kan ha ulik form, enten en time nå og da over en viss tid eller et kortere, men intenst, forløp hvor utredningen finner sted hver dag i for eksempel 10 dager. Selv om mange av barna og familiene vil fortsette til veiledning eller behandling i etterkant

av utredningen, vil dette være en ny situasjon med ofte nye fagpersoner. Barnet og familien har forhåpentligvis åpnet seg, vist frem det mest sårbare og fått tillitt til at fagpersonen kan hjelpe, og så skal relasjonen plutselig avsluttes, kanskje før hjelpen i form av tiltak/behandling er satt i gang. Å mestre å avslutte en relasjon blir dermed svært viktig i kortvarige utredningssituasjoner.

### 2.6.3 Å møte den andre som et subjekt

Røkenes og Hanssen (2012, s. 11) trekker frem det å møte den andre som et subjekt som et viktig element i fagpersoners relasjonskompetanse. Å møte den andre som et subjekt innebærer å anerkjenne den andre som et selvstendig, handlende individ, vise respekt for dens integritet og medbestemmelse. Et objekt håndterer man, eller gjør noe med, mens et subjekt forholder vi oss til gjennom kommunikasjon og samhandling (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 13). Overført til utredningssituasjonen kan vi si det handler om at utredningen ikke er noe utreder gjør med barnet, men at utreder forholder seg til og samhandler med barnet og familien for å komme frem til en forståelse. Den somatiske legeundersøkelsen vil kanskje til en viss grad være å forholde seg til barnet som et objekt, for eksempel å ta blodprøver, men i testsituasjoner, intervju med foreldre og samspillsobservasjoner holder ikke dette. Her må utreder forholde seg til, kommunisere og samhandle med barnet og foreldrene som subjekter, for å skape relasjonen som trengs for å få en dypere forståelse av hva barnets vansker handler om.

Filosofen Hans Skjervheim (1996) er opptatt av subjektsynet i møte og kommunikasjon med andre mennesker i sitt essay «Deltakar og tilskodar». Han bruker begrepet deltaker om å møte den andre som et subjekt. Ved å innta denne deltakende posisjonen i relasjon til den andre, lar jeg meg engasjere av det den andre sier. Jeg tar det på alvor, som noe jeg må forholde meg til. Hen og jeg er sammen om et felles problem, og står i en treleddet relasjon. Jeg forholder meg til det som blir sagt som en påstand jeg må ta til ettertanke, og som kan diskuteres (Skjervheim, 1996, s. 72-80). Motsatsen blir en tilskuerposisjon hvor jeg forholder meg til den andre som et objekt. Det som den andre sier blir fra denne posisjonen oppfattet som et faktum jeg ikke behøver å ta inn over meg eller diskutere. Vi står ikke sammen om å forstå, relasjonen er toleddet. Her blir det lett å konstatere fremfor å delta i relasjonen (Skjervheim, 1996, s. 72-80). Skjervheim (1996, S. 74) skriver at dette er noe vi tenderer mot

å gjøre når vi ikke klarer å ta det som blir sagt på alvor. Skjervheim (1996, s. 73) trekker frem nettopp psykiatrisk utredning som en relasjon som risikerer å bli toledet med en fagperson i tilskuerposisjon. Pasienten blir objektivisert og gjort til en kasus, fremfor en likeverdig part i relasjonen som deler et felles problem med meg, hvor vi sammen må jobbe oss frem til en felles forståelse. Det han frykter kan bli en konsekvens av dette, er depersonalisering og eliminering av det etiske aspektet i en relasjon (Skjervheim, 1996, s. 86). Han trekker også frem at det han tror ofte er grunnen til at pasienter i terapi lukker seg for terapeuten som en forsvarsmekanisme, er nettopp opplevelsen av å bli objektivisert og at dette kan oppleves som et angrep en må beskytte seg mot. Dette er noe terapeuten må jobbe for å unngå (Skjervheim, 1996, s. 75).

Skjervheims (1996) synspunkter på deltaker og tilskuer i relasjon til andre, er relevant for utredningssituasjoner der man skal lære barnet og barnets vansker å kjenne godt. Det handler om å ha spørsmålet om hva barnets vansker skyldes, felles. Utreder, foreldre og delvis barnet er sammen om dette problemet og utfordringen. Da må fagpersonen engasjere seg i familien, ta det som blir sagt til ettertanke og unngå at de lukker seg.



## 3 Metode

I dette kapitlet presenteres metodiske valg jeg har gjort underveis i prosessen med denne studien. Jeg vil gjøre rede for den vitenskapsteoretiske forståelsesrammen, og min egen forforståelse, og vise til hvordan dette har satt sitt preg på både valg jeg har tatt underveis og resultatene jeg har kommet frem til. Kapitlet vil også presentere hele datainnhentingprosessen, fra rekruttering av deltakere, gjennomføring av intervjuer til bearbeiding og analysing av data. Avslutningsvis vil jeg gjøre rede for etiske overveielser gjennom denne prosessen og reflektere over studiens styrker og svakheter, samt forskningskriterier.

### 3.1 Kvalitativ metode

Jeg har benyttet kvalitativ metode i denne studien. Et mål med kvalitative studier er å oppnå forståelse av sosiale fenomener. Gjennom nær kontakt mellom forsker og deltaker, for eksempel gjennom intervjuer og observasjoner, kan forskeren utvikle forståelse av fenomenet gjennom deltakernes erfaringer, opplevelser, refleksjoner eller handlinger (Thagaard, 2018. s. 11). Der kvantitative metoder gjerne forholder seg til opptelling og utbredelse av fenomener, ligger fokuset ved kvalitative metoder på fortolkninger av fenomenene (Johannessen et al., 2010, s. 99).

Johannessen et al. (2010, s. 99) skriver at problemstillingen bør avgjøre valg av metode. Min problemstilling egner seg godt til kvalitativ metode nettopp fordi den spør etter fagpersonenes forståelse av og erfaringer med fenomenet, ikke etter utbredelse. For å oppnå forståelse av relasjonsarbeidets rolle i disse ASF-utredningene, trenger jeg innsikt i deltakernes opplevelser, refleksjoner og erfaringer med dette.

### 3.2 Vitenskapsteoretisk forståelsesramme

Prosjektet har en fenomenologisk-hermeneutisk vitenskapsteoretisk forståelsesramme. Ettersom jeg ønsker å forstå fagpersonenes erfaringer og opplevelser er fenomenologien relevant. Retningen er utbredt i kvalitativ forskning og representerer et kunnskapssyn som tar utgangspunkt i at virkeligheten er slik mennesker oppfatter at den er, og ikke ligger klar til å bli oppdaget uavhengig av vår bevissthet om den. Fenomenologien tar utgangspunkt i

subjektive opplevelser og enkeltpersoners erfaringer, som er nettopp det jeg er ute etter å få innsikt i. Fenomenet studeres fra en «innenfra-perspektiv». Gjennom å ta informantenes perspektiv og få frem beskrivelser av verden slik de opplever den, kan vi komme nærmere en forståelse av fenomenet (Thomassen, 2006, s. 170; Kvale & Brinkmann, 2021, s. 44-45; Thagaard, 2018, s. 36). Thomassen (2006, s. 170) trekker frem fenomenologien som spesielt egnet til å få frem kunnskap om praksisutøvelse. Gjennom et «nedenfra-perspektiv» bygges forståelsen nedenfra gjennom å få frem hva praktikerne faktisk gjør og hvordan de forstår og gir mening til sin praksisutøvelse. Jeg er ute etter fagpersonenes erfaring med, og opplevelse av, hvordan de utfører relasjonsarbeidet og deres forståelse av hvilken rolle det spiller i utredningsprosessen. Altså deres praksisutøvelse.

I fenomenologiske studier skal forskerens forforståelse settes til side i fenomenologiske studier for at «saken selv», fenomenet, skal tre frem. Dette betyr at det ikke er plass til mine egne antagelser og forforståelse om temaet i intervjusituasjonen. Jeg som forsker må forsøke å stille så nøytral som mulig, spørsmålene i intervjuguiden må være åpne og gi rom for at det er deltakernes oppfatninger som kommer frem, ikke mine. I hermeneutiske studier derimot, anses forskerens forforståelse som et produktivt utgangspunkt. Her er tanken at vi gjennom vår forforståelse og forståelseshorisont gir fenomenet mening og stiller spørsmål som gir studien retning. Underveis i studien vil vår forforståelse settes på prøve, korrigeres og skape ny kunnskap, i en hermeneutisk prosess. Hermeneutikken har påvirket senere fenomenologi, som anerkjenner at forforståelsen aldri vil kunne settes helt til side (Thomassen, 2006, s. 161 og 171). Dette har det også vært viktig for meg å anerkjenne gjennom hele prosessen. Selv om jeg har etterstrebet å sette mine egne antakelser i parentes, anerkjenner jeg at de har vært til stede og preget valg jeg har tatt underveis. Hvor jeg velger jeg å rette søkelyset, baserer seg på mine antakelser om fenomenet. Derfor defineres jeg prosjektet som fenomenologisk-hermeneutisk. Jeg vil videre gjøre rede for min forforståelse i kapittel 3.3.

### 3.3 Forforståelse

Forforståelse handler om det vi tar med oss inn i forskningsprosessen fra start. Før prosjektet starter, har vi allerede en rekke erfaringer, hypoteser, faglige perspektiver og en

teoretisk referanseramme. Dette vil påvirke hele prosessen, fra hvordan vi samler inn data til hvordan vi leser de (Malterud, 2011, s. 40). I annerkjennelsen av at det er uopnåelig å sette min forforståelse helt til side, blir det viktig å heller være bevisst, åpen og ærlig om min forforståelse, slik at det blir tydelig, både for meg og alle som leser, hvordan den kan ha påvirket studien. Dette bidrar til refleksivitet. Refleksivitet handler om at en som forsker gjennom hele prosessen må sette spørsmålsteget ved egne fremgangsmåter og konklusjoner. Hvordan har min forforståelse påvirket kunnskapsutviklingen? Dette bidrar til å unngå at studien kun bringer frem det forskeren allerede antar er svaret på problemstillingen på forhånd. For å få til denne refleksiviteten, må jeg først indentifisere posisjonen jeg har i møte med problemstillingen, altså forforståelsen min (Malterud, 2011, s. 18-19). I dette kapittelet skal jeg forsøke å gjøre dette.

Som utdannet barnevernspedagog, med videreutdanning i psykososialt arbeid med barn og unge, har jeg med meg noen faglige perspektiver og en teoretisk referanseramme som gjør at mitt fokus i møte med barn og familier sannsynligvis vil være noe annerledes enn en legers eller læreres. Jeg opplever at det er nettopp relasjonsarbeidet jeg med min faglige bakgrunn trekker frem og kan bidra med, i møte med andre profesjoner. Fra mitt ståsted er det helt avgjørende for alt arbeid hvor jeg skal hjelpe et annet menneske.

Jeg har også 13 års erfaring fra barnehagesektoren, syv av disse årene som støttepedagog for barn med vedtak om spesialpedagogisk hjelp. Jeg har med meg mange erfaringer med barn og familier som har vært gjennom ASF-utredninger. Jeg har fulgt dem i forkant, underveis og i etterkant av slike utredninger, og har selv vært med i deler av utredningsprosessen. Dermed har jeg med meg både erfaringer og hypoteser om hvordan slike prosesser foregår. Jeg har blant annet med meg erfaringer med frustrasjon over at ASF-diagnosen barnet har fått, gjør det vanskelig for oss som arbeider med familien videre å snakke om omsorgssituasjonen barnet lever i. Jeg har med meg erfaringer med bekymring for at feil diagnose er satt, og at hjelpetiltakene derfor er feil, fordi de som gjennomførte utredningene ikke tok seg god nok tid til å lære å kjenne barnet og familien godt. Samtidig sitter jeg på erfaringer med beundring for det arbeide som gjøres i disse utredningene og en enorm faglig respekt for de som utfører dem og tar disse svært vanskelige vurderingene. Dette er posisjonen jeg har i møte med min problemstilling.

Malterud (2011, s. 40) skriver at forforståelsen som regel er en viktig motivasjonsfaktor for hvorfor forskeren har valgt seg nettopp dette temaet. Dette kjenner jeg meg igjen i. Jeg er motivert av å få frem viktigheten av å klare å skille disse to årsaksforklaringene til barnets vansker, og å løfte relasjonsarbeidet frem i lyset. Samtidig har en viktig motivasjon for denne studien vært å lære mer om hva som foregår i de delene av en utredning som jeg i min rolle ikke er til stede i. Vi deltar ofte som informanter i forkant av utredningen, i den pedagogiske utredningen, for å kunne videreføre arbeidet som skjer der i etterkant av utredningen, og i oppsummeringsmøter der konklusjon og veiledning rundt hva barnet trenger videre blir presentert. Men alt som skjer når en utredningsinstitusjon skal bli kjent med et barn og en familie, samtaler med foreldrene om familiens situasjon, utviklingshistorien og utfordringer i deres dagligliv, har jeg ikke innblikk i hvordan foregår. Dermed er også min posisjon at jeg går inn i noe jeg ikke vet svaret på. Jeg har noen erfaringer med å tenke at barnet ikke ble forstått på riktig måte, men er også åpen og nysgjerrig på hvordan deltakerne selv opplever at relasjonsarbeidet utøves i møte med barnet og familiene

### 3.4 Datainnsamling

#### 3.4.1 Kvalitative intervjuer

Dataene er innsamlet gjennom kvalitative intervjuer. Denne datainnsamlingsmetoden gir mulighet for fylldige og detaljerte beskrivelser (Johannessen et al., 2010, s. 135). Metoden er velegnet for å få frem hvordan personer opplever og forstår seg selv eller omgivelsene (Thagaard, 2018, s. 12). Gjennom kvalitative intervjuer får deltakeren mulighet til å uttrykke seg forholdsvis fritt, og kan slik være med på å få frem det hen syns er det viktige og relevante ved fenomenet. Menneskers erfaringer og oppfatninger kommer best frem når deltakeren får denne friheten (Johannessen et al., 2010, s. 136). I min studie er det nettopp fylldige og detaljerte beskrivelser av fagpersonenes erfaring med og forståelse av problemstillingen jeg er ute etter. Jeg tenker en slik åpen, fri og fleksibel dialog vil fremme dette. I tillegg ønsket jeg at denne friheten deltakerne får til å trekke frem det de selv syns er viktig, skulle bidra til at min forforståelse ikke farget samtalsens retning i for stor grad, i tråd med fenomenologiske prinsipper.

Et alternativ til kvalitative intervjuer kunne vært fokusgruppeintervjuer. Her ville fagpersoner fra de ulike institusjonene møttes og drøftet mine spørsmål sammen i plenum. Metoden egner seg til å få kjennskap til variasjoner i holdninger og meninger om et tema innenfor et bestemt miljø (Thagaard, 2018, s. 92). Denne innsamlingsmetoden kunne også gitt meg gode og interessante data om temaet og gitt deltakerne nyttige innspill fra hverandre. Allikevel landet jeg på kvalitative intervjuer, ettersom jeg tenkte at noen av mine spørsmål kan oppfattes som noe nærgående og personlige og at jeg med fokusgruppeintervjuer kunne risikere at deltakerne kunne komme til å oppleve dette som å bli stilt til veggs på om de går grundig nok inn på å undersøke barnets omsorgssituasjon. Jeg vurderte derfor at deltakerne kunne komme til å føle behov for å forsvare seg i en større gruppe med kollegaer fra andre institusjoner, og at et intervju på tomannshånd derfor ville gi meg de ærligste og mest dyptgående svarene. I tillegg anså jeg det som en praktisk fordel å kunne avtale tidspunkter og sted for intervjuene med den enkelte, der jeg kunne imøtekomme den enkeltes behov i en travel hverdag.

### 3.4.2 Utvalg

Rekrutteringen av deltakere som kunne stille til intervju startet med å definere studiens populasjon, inkluderings- og ekskluderingskriterier. Studiens populasjon er fagpersoner som i sin arbeidshverdag utreder barn mellom 1-12 år for ASF. Min utvalgsstrategi kan defineres som strategisk, da deltakerne ble valgt ut på bakgrunn av egenskaper som er strategisk i forhold til problemstillingen (Thagaard, 2018, s. 54-55). Et inkluderingskriterium var at personen hadde direkte erfaring med utredning av ASF hos barn mellom 1-12 år. Jeg ekskluderte fagpersoner som bare jobbet med eldre barn og nyansatte med lite erfaring med utredning.

Jeg ønsket i utgangspunktet fire til seks deltakere med omtrent jevn fordeling mellom deltakere fra BUP og habiliteringstjenester. I første runde tok jeg kontakt med personer jeg kjente til ved tre aktuelle institusjoner på epost, og etterspurte om de selv ønsket å delta eller om de kunne videreformidle invitasjonen til kollegaer. Vedlagt lå informasjonsskriv som ga informasjon om studien (vedlegg 1). Dette var ikke nære venner, men personer jeg hadde møtt på i enkelte sammenhenger og visste om. Denne rekrutteringsmetoden kan defineres som en kombinasjon av tilgjengelighetsutvalg og snøballmetoden (Thagaard, 2018, s. 56).

Ingen av deltakerne jeg endte med å intervju var personer jeg kjente fra før, men jeg benyttet bekjentskaper til å komme i kontakt med deltakerne. Jeg sendte også en invitasjon til leder på ytterligere en institusjon hvor jeg ikke hadde noen bekjente. Jeg etterspurte en eller to deltakere fra hver institusjon. Etter hvert var det behov for å sende ytterligere flere invitasjoner for å få tilstrekkelig med deltakere. I denne prosessen sendte jeg eposter til ledere ved ulike aktuelle institusjoner, med forespørsel om de kunne forhøre seg med sine ansatte om noen ønsket å delta. I alt sendte jeg ut ni invitasjoner. Fire BUP-er fikk invitasjon, samt tre habiliteringstjenester og en enhet underlagt sykehuset som også gjør ASF-utredninger. Jeg fikk mye positiv respons på at dette var en viktig og aktuell problemstilling, men flere svarte at de fikk svært mange slike henvendelser, og at de dessverre ikke hadde kapasitet til å si ja. I alle tilfellene var det personer i lederstillinger som avgjorde at dette var noe de måtte nedprioritere i en hektisk hverdag. Én BUP svarte aldri.

Mitt endelige utvalg endte med fire deltakere; to deltakere fra ulike BUP-er, en fra en habiliteringstjeneste og en fra enheten underlagt sykehuset som også gjør ASF-utredninger. Tre av deltakerne hadde bakgrunn som psykolog, mens en deltaker var vernepleier. Alle deltakerne har mer enn ti års erfaring med dette arbeidet. Deltakeren som arbeidet ved en habiliteringstjeneste arbeidet ikke direkte med utredningsarbeid, men oppfølging av barn med ulike diagnoser. Hen hadde allikevel erfaring med at diagnoser i dette arbeidet ble omgjort og vurdert på nytt, og jeg vurderte derfor at deltakeren hadde nyttig erfaring med min problemstilling. Hen ble dermed inkludert.

### 3.4.3 Intervjuguide

Jeg benyttet en semistrukturert intervjuguide (vedlegg 2) i intervjuene. Dette innebærer en intervjuguide som ikke består av ferdig formulerte spørsmål, men en liste over temaer og generelle spørsmål som gir en fleksibilitet i intervjusituasjonen (Johannessen et al., 2010, s. 139).

Min intervjuguide besto av innledende spørsmål, hovedspørsmål og avsluttende spørsmål. Intensjonen med de innledende spørsmålet var å etablere en god kontakt og felles fokus omkring hva tema for intervjuet var. Hovedspørsmålene omhandler mer direkte min

problemstilling. Det avsluttende spørsmålet rundet av samtalen, samtidig som det ga deltakerne mulighet til å legge til ting eller kommentere det vi hadde snakket om. I tillegg hadde jeg notert underpunkter jeg kunne bruke som støtte til å lede samtalen hvis nødvendig og et eventuelt tilleggsspørsmål. Intervjuguiden ble utprøvd i et prøveintervju jeg gjorde med en kollega, som ga nyttige tilbakemeldinger på hvordan spørsmålene kunne oppfattes. Dette førte til noen justeringer av formuleringer, men ga meg også bekreftelse på at intervjuguiden ville gi meg svar på problemstillingen.

Jeg brukte den samme intervjuguiden i alle intervjuene, men omformulerte meg noe muntlig ut fra hvem jeg intervjuet. Jeg erfarte at intervjuguiden var nyttig og passe strukturert. Deltakerne oppfattet hva jeg spurte om, og jeg opplevde at spørsmålene var relevante for deltakernes arbeidshverdag. Intervjuguiden la til rette for å holde oss til det overordnede temaet, samtidig som deltakerne fikk frihet til selv å fylle samtalen med egne erfaringer og vinklinger som jeg ikke spurte direkte om. Jeg opplevde å få fyldige og frie beskrivelser. Underspørsmålene ble benyttet i varierende grad. I noen intervjuer ble underspørsmålene tatt opp av deltakeren selv underveis, i andre benyttet jeg dem for å holde samtalen innenfor tema, mens i andre igjen fylte deltakerne samtalen med egne aktuelle vinklinger og jeg fulgte disse.

#### 3.4.4 Gjennomføring av intervjuer

Intervjuene ble gjennomført i august-oktober 2022. Deltakerne fikk selv velge om de ønsker at jeg skulle komme til deres arbeidsplass eller om de ønsket å komme til mitt studiested. To valgte å komme til mitt studiested på grunn av mangel på rom på egen arbeidsplass. Disse intervjuene fant da sted på grupperom på VID. Jeg serverte vann og kaffe. De to andre intervjuene ble gjennomført på deltakernes arbeidsplass, på et uforstyrret rom.

Før intervjuene startet lot jeg deltakerne lese gjennom informasjonsskrivet (vedlegg 1) de også hadde fått tilsendt i forkant, og samlet inn samtykkeskjemaer med underskrift. Jeg presenterte meg selv og minnet kort om taushetsplikt, muligheten til å trekke seg og muligheten for gjennomlesning og sitatsjekk. Det ble tatt lydopptak av alle intervjuene med digital lydopptaker som lå på bordet mellom oss, synlig for deltakerne.

Intervjuene varte fra 1 til 1,5 time. Etter hvert intervju satte jeg meg ned så fort som mulig etterpå og noterte hovedinntrykkene av intervjuene. Jeg skrev ned refleksjoner rundt hvilke hovedtemaer vi hadde snakket om og hva jeg synes fungerte godt eller var utfordrende, både i forhold til min rolle, dialogen, konteksten og intervjuguiden.

#### 3.4.5 Transkribering

Kort tid etter at intervjuene var gjennomført, transkriberte jeg samtlige lydopptak. Å transkribere innebærer å endre intervjuet fra en muntlig samtale til et skriftlig materiale som gjør intervjusamtalen tilgjengelig for analyse. Å oversette intervjuene fra talespråk til skriftspråk er ikke ukomplisert og innebærer en rekke vurderinger og beslutninger som er avgjørende for kvaliteten på transkripsjonen. Transkripsjonen vil alltid være en svekket, dekontekstualisert gjengivelse av det muntlige intervjuet, der viktige elementer ved samtalen, som stemmeleie, intonasjon, kroppsspråk, åndedrett og ofte også ironi, går tapt (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 204-206). To ulike personer vil aldri gjengi det samme intervjuet helt likt skriftlig. De vil ta ulike valg, avgrensninger og vil tolke for eksempel tegnsetting ulikt. Noen vil være opptatt av å få frem ordrett hva som ble sagt ned til minste detalj, mens andre vil være opptatt av at innholdet og meningen kommer tydelig frem i transkripsjonen. Her vil for forståelsen spille en rolle i forhold til hva som vektlegges. Dette handler om validitet og reliabilitet. (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 211-113).

Ved å transkribere alle intervjuene selv, fikk jeg muligheten til allerede i denne fasen å få et førsteinntrykk og overblikk over datamaterialet mitt. Jeg transkriberte så raskt som mulig i etterkant, slik at jeg husket mest mulig av konteksten, som kunne styrke gjengivelsen og eventuelt det som var vanskelig å tyde i opptakene.

Jeg inkluderte alt som var hørbart på lydopptakene, inkludert pauser/stillhet, latter, sukk/stønn og eventuelle avbrytelser eller støy i omgivelsene. Navn, arbeidssted eller andre gjenkjennbare opplysninger som ble nevnt, ble anonymisert. Deltakerne ble omtalt som D1, D2, D3 og D4, og jeg som S. Eventuelle dialekter deltakerne hadde ble oversatt til bokmål både for bedre språklig flyt og anonymisering.



Jeg opplevde spesielt at tegnsettingen ga mange utfordrende situasjoner hvor jeg måtte velge en tolkning. Mente deltakeren dette som et sitat? Var denne formuleringen et retorisk spørsmål? Var setningen ferdig her, eller ble hun bare avbrutt? Jeg har etterstrebet å tolke slike situasjoner mest mulig likt gjennom hele transkriberingen. For å sikre dette lyttet jeg gjennom alle lydopptakene en ekstra gang mens jeg leste gjennom transkriberingene. Ellers var det få, men noen, episoder der det var vanskelig å høre hva som ble sagt. Her har jeg markert med et spørsmålstegn, for å klargjøre for meg selv i analyseprosessen at jeg har vært i tvil på hva som ble sagt. Datamaterialet jeg satt med etter transkribering var 73 sider.

## 3.5 Analyse av data

### 3.5.1 Systematisk tekstkondensering

I analyseprosessen skal data organiseres, fortolkes og sammenfattes. Forskeren stiller spørsmål til materialet med utgangspunkt i problemstillingen og finner svar i mønstre og kjennetegn som identifiseres, systematiseres og gjenfortelles. Refleksivitet, systematikk og dokumentasjon i analyseprosessen er det som skiller en vitenskapelig prosess fra annen synsing (Malterud, 2011, s. 91 og 94). Et krav til vitenskapelig forskning er intersubjektivitet (Thomassen, 2006, s. 98). Dette handler om transparens i analyseprosessen slik at andre kan følge prosessen fra rådata til konklusjon og slik forstå hvordan forskeren har kommet frem til sine konklusjoner. Da er det å benytte seg av en konkret strukturert modell og dokumentasjon av analyseprosessen sentralt (Malterud, 2011, s. 91). Slik er intersubjektivitet med på å styrke studiens validitet. I dette kapittelet skal jeg nettopp forklare hva jeg har gjort, og dermed vise hvordan jeg har kommet frem til mine funn og konklusjoner.

Analysemetoden jeg har benyttet i denne studien er Malteruds systematiske tekstkondensering. Dette er en trinnvis modell som egner seg for deskriptive, tverrgående analyser (Malterud, 2011, s. 96). Den egner seg godt til min studie som nettopp skal beskrive erfaringer med relasjonsarbeid i ASF-utredninger, på tvers av de ulike deltakerne. Malterud (2012, s. 796) skriver at metoden er eksplorerende, hvor målet er å beskrive essensen, det mest sentrale og relevante, i deltakernes erfaringer heller enn hele spekteret. Den egner seg derfor for studier med få deltakere og er et godt redskap for forskere med lite erfaring

(Malterud, 2012, s. 796-802). Dette er argumenter for hvorfor metoden er egnet for meg og mitt prosjekt. Metoden er induktiv, som innebærer at vi kommer frem til ny kunnskap ved å ta utgangspunkt i den enkelte deltakers beskrivelser, for å beskrive noe generelt og allmenngyldig. Med utgangspunkt i hva dataene forteller oss, bestemmes hva som blir presentert av ny kunnskap. Dette i motsetning til en deduktiv tilnærming, hvor man tar utgangspunkt i allerede eksisterende kunnskap, og analyserer funnene i lys av dette (Malterud, 2011, s. 104 og 175-176).

Også den vitenskapsteoretiske forankringen til systematisk tekstkondensering gjør at jeg finner den relevant for min studie. Malteruds metode er en videreutvikling av Giorgis fenomenologiske analyse. Den bygger på de samme fire trinnene og har med seg noe av det fenomenologiske ved at målet er å utvikle kunnskap om deltakernes erfaringer og livsverden. Men Malterud er samtidig mer pragmatisk i sin tilnærming til fenomenologi og målet om at forskerens forforståelse skal settes i parentes i møte med data. Hun anser dette som uopnåelig for de fleste forskere, særlig studenter, og sier heller at målet må være å ha et reflektert forhold til egen forforståelse og hvordan den kan påvirke vår analyseprosess. På denne måten skal lojaliteten ligge hos deltakerne i gjenfortellingen av deres erfaringer, slik at det er deres, og ikke forskerens, stemme som kommer frem (Malterud, 2011, s. 97-98 og Malterud, 2012, s. 796 og 802). I Malteruds modell er fenomenologien og det å sette egen forforståelse i parentes særlig viktig i enkelte av trinnene (Malterud, 2012, s. 804). Videre vil jeg presentere de fire trinnene i Malteruds modell, og min prosess med å analysere mine data gjennom disse fire trinnene.

### 3.5.2 Analysens fire trinn

#### *Trinn 1: Helhetsinntrykk*

I første trinn skal forskeren lese gjennom og bli kjent og fortrolig med materialet som skal ligge til grunn for analysen. Målet er å få et helhetsinntrykk, fra et slags fugleperspektiv, uten å systematisere og strukturere. Etter gjennomlesning skal fire til åtte foreløpige temaer som går igjen på tvers av intervjuene noteres. Her spiller fenomenologien en viktig rolle, da Malterud trekker frem viktigheten av å aktivt forsøke å sette egen forforståelse til side og stille oss mest mulig åpne for deltakernes stemmer og hva data egentlig forteller oss i utvelgelsen av de foreløpige temaene (Malterud, 2011, s. 98-99). Min prosess med å bli kjent

med datamaterialet startet allerede da jeg gjennomførte intervjuene og senere da jeg transkriberte dem. Da jeg også leste gjennom transkriberingene i sin helhet, begynte jeg å få god oversikt over innholdet. Jeg erfarte at jeg måtte være bevisst for ikke å rette fokuset mot hvilke temaer som ville egne seg best i en ferdig masteroppgave og som ville gi meg best mulig svar på problemstillingen. Jeg forsøkte å holde fokus vekk fra min forforståelse om hva den ferdige oppgaven skulle si noe om, og heller fokusere på hva deltakerne faktisk hadde snakket om. De foreløpige temaene jeg noterte meg var:

- Foreldre med egne utfordringer
- Når bekymring for omsorgssituasjonen må settes ord på
- Tillitt
- Hensiktsmessige problemforståelser
- Barnet i relasjon
- Hjemmebesøk

### *Trinn 2: Meningsbærende enheter*

I analysens andre trinn skal meningsbærende enheter identifiseres og kodes, og materialet på denne måten sorteres. De delene av datamaterialet som anses som irrelevant for problemstillingen blir lagt vekk (Malterud, 2011, s. 100). Dette innebar i mitt tilfelle primært presentasjon av deltakerne og meg, materialet som omhandlet prosedyrer for testing og utredning av ASF og deltakernes erfaringer med hvordan ASF og omsorgssvikt kan ha samme uttrykk. Her skiller Malterud seg fra Giorgi som anser hele materiale som relevant for å identifisere meningsbærende enheter (Malterud, 2011, s. 100).

De foreløpige temaene jeg satt med fra første trinn ble brukt som foreløpige kodegrupper. Ved å gå nøye gjennom materialet, identifiserte jeg meningsbærende enheter og kodet disse etter hvilken kodegruppe de tilhørte. Meningsbærende enheter er tekstbiter som på en eller annen måte inneholder kunnskap eller mening om problemstillingen og de foreløpige temaene fra første trinn (Malterud, 2011, s. 100-101). Jeg valgte å gjennomføre denne delen av prosessen med markeringstusjer og utskrift av materialet. Hver kodegruppe fikk hver sin farge og de meningsbærende enhetene ble markert med fargen til temaet de tilhørte. Var det noen meningsbærende enheter som tilhørte flere av kodegruppene, fikk de flere farger. Deretter klippet jeg de fra hverandre og sorterte de i kodegruppene. Nå var materialet

kuttet ned i mengde, de meningsbærende enhetene tatt ut av sin sammenheng, altså dekontekstualisert, og klare til å ses i sammenheng med andre meningsbærende enheter på tvers av intervjuene (Malterud, 2011, s. 104).

Malterud legger vekt på at modellen skal brukes dynamisk, og at det er viktig å være fleksibel og gå frem og tilbake mellom trinnene når en erfarer at det er nødvendig å revurdere og endre det som har blitt gjort (Malterud, 2011, s. 103). I arbeidet med koding ble jeg enda bedre kjent med materialet og hva hver enkelt kodegruppe inneholdt. Dette medførte at jeg oppdaget flere nødvendige endringer. For eksempel endret jeg navn på kodegruppen «tillitt» til «å ta imot foreldrene», da dette ga en riktigere inndeling av det som hadde kommet frem i intervjuene. Noen kodegrupper ble tatt bort fordi de var for små eller ikke i stor nok grad omhandlet relasjonsarbeid. Spesielt erfarte jeg at grenseoppgangene for hva som hørte til innenfor og utenfor de ulike kodegruppene måtte justeres flere ganger underveis. På denne måten beveget jeg meg fleksibelt frem og tilbake mellom trinn en og to. For hver gang en endring ble gjort, ble materialet gjennomgått og kodet på nytt for å være sikker på at alle meningsbærende enheter med relevans til kodegruppene ble med i kodingen.

Jeg satt nå igjen med tre kodegrupper jeg tok med meg videre til neste trinn:

- Å ta imot foreldrene
- Barnet i relasjon
- Å sette ord på en bekymring for omsorgssituasjonen

### *Trinn 3: Kondensering*

I tredje trinn ble kodegruppene igjen delt inn i to til tre subgrupper. Valg av subgrupper vil preges av forskerens faglige ståsted og perspektiv, og Malteruds modell beveger seg nå mer bort fra et tydelig fenomenologisk ståsted (Malterud, 2011, s. 105). Deretter ble innholdet i hver subgruppe abstrahert i et konsentrat. Slik jeg oppfatter Malterud (2011, s. 104-106), kan et konsentrat forklares som et kunstig sitat konstruert ved at meningen i alle de meningsbærende enhetene i hver subgruppe hentes ut og fortettes i én tekst som sammenfatter innholdet til hver subgruppe. Konsentratet skal skrives i jeg-form og deltakernes egne ord og uttrykk benyttes for at jeg som forsker skal være bevisst på at det er

deres stemme som skal representeres. Samtidig er det her relevant å trekke frem at min forforståelse er til stede og vil påvirke hvordan jeg forstår de ulike meningsbærende enhetene og hva jeg velger å fremheve (Malterud, 2011. s.105). Ulike forskere vil trekke frem ulike elementer fra ett og samme intervju. Dette gjenspeiler Malteruds noe pragmatiske fenomenologiske posisjon, og hermeneutikkens rolle i hennes modell.

Også denne fasen må gjennomføres dynamisk (Malterud, 2011, s. 106). I arbeidet med subgrupper og kondensater ble jeg enda bedre kjent med innholdet i hver av kodegruppene og oppdaget flere ganger nye nyanser og meningsbærende enheter som allikevel ikke tilhørte valgt kodegruppe. Meningsbærende enheter ble flyttet, fjernet og tilført. Materialet ble gjennomgått på nytt da innholdet i subgruppene ble tydelig for meg, for å være sikker på at jeg ikke hadde oversett meningsbærende enheter i materialet i trinn to. Til slutt plukket jeg ut et såkalt «gullsitat» i hver subgruppe. Slik jeg forstår Malteruds begrep «gullsitat», er dette et direkte sitat fra deltakerne som best mulig gjengir innholdet i hver av subgruppene (Malterud, 2011, s.107).

#### *Trinn 4: Sammenfatning*

I analysens fjerde trinn ble funnene fra de tidligere analysetrinnene sammenfattet for å kunne presentere den nye kunnskapen som har kommet frem for utenforstående lesere. Dette gjør jeg ved å gjenfortelle det hver av kodegruppene, nå kalt kategorier, og subgruppene forteller oss om problemstillingen. Med utgangspunkt i de kondenserte tekstene fra trinn tre og de meningsbærende enhetene, skrev jeg en analytisk tekst som presenterer funnene i hver kategori, med egne underkapitler til hver subgruppe. I denne gjenfortellingen skriver jeg i tredjepersons-form, for å vise at jeg er en gjenforteller av det noen andre har fortalt. Allikevel er det sentralt at forskeren viser stor grad av lojalitet ovenfor deltakerne og gjengir innholdet i tråd med det de har presentert. Dette sikrer jeg for eksempel ved å bruke begreper deltakerne selv har brukt (Malterud, 2011, s. 107-108).

Jeg opplevde at de mange rundene frem og tilbake i de tidligere trinnene bidro til at jeg nå hadde god oversikt over kategoriene og subgruppene, og hadde landet på en inndeling som fungerte godt. Prosessen med å skrive sammenfatningene gikk derfor mer effektivt, uten at store endringer i koding og inndelinger ble gjort. Gullsitatene, og noen flere sitater, ble satt

inn i teksten for å illustrere det typiske for hva deltakerne trakk frem i intervjuene. Deretter ga jeg kodegruppene nye overskrifter, basert på den nye kunnskapen, nye beskrivelser i mitt tilfelle, som har kommet frem i studien (Malterud, 2011, s. 108-109).

Avslutningsvis ble funnene validert ved at de meningsbærende enhetene jeg har basert kondenseringene i trinn tre og de analytiske tekstene i trinn fire på, ble lest på nytt i sin opprinnelige sammenheng, rekontekstualisert (Malterud, 2011, s. 109). Jeg leste intervjuene gjennom på nytt og sjekket at de analytiske tekstene, sitatene og den nye kunnskapen jeg har hentet ut fremdeles representerer det deltakerne faktisk sa i intervjuene. Jeg gikk også gjennom intervjuene på jakt etter data som motsier funnene og konklusjonene jeg har kommet frem til (Malterud, 2011, s. 109). Funnene presenteres i sin helhet i kapittel 4.

### 3.6 Ethiske overveielser

Som Thagaard (2018, s. 20) presiserer, kreves det i all vitenskapelig virksomhet at forskeren forholder seg til etiske prinsipper og retningslinjer. Dette handler om å utvise redelighet og nøyaktighet i hvordan vi presenterer forskningsresultatene. En rekke etiske overveielser har også vært aktuelle i mitt prosjekt for å etterstrebe en etisk forsvarsvarlig forskningsprosess. Disse presenteres videre i dette kapitlet.

#### 3.6.1 Informert samtykke

Utgangspunktet for ethvert forskningsprosjekt er at forskeren har deltakernes informerte samtykke. Dette innebærer at deltakerne har fått tilstrekkelig informasjon om hva deltakelse i prosjektet innebærer før de samtykker til å delta, og at samtykket til deltakelse er gitt frivillig uten ytre press. De skal få informasjon om at de når som helst kan trekke seg fra studien. Dette er viktig for å ivareta prinsippet om individets råderett over eget liv og kontroll over egne personopplysninger (Thagaard, 2018, s. 22-23; Kvale & Brinkmann, 2021, s. 104). Da jeg sendte ut invitasjoner til å delta per epost, lå det vedlagt et informasjonsskriv (vedlegg 1). Informasjonsskrivet var laget med utgangspunkt i Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) sin mal for slike informasjonsskriv. Her informerte jeg om prosjektets formål, hva det innbar å delta, behandling av personopplysninger og muligheten for å trekke seg fra prosjektet. Her fulgte også et samtykkeskjema med. Deltakerne fikk informasjon om

at de når som helst kunne trekke samtykke, ved å ta kontakt med meg på epost. De fikk også informasjon om at de kunne bli sitert i masteroppgaven, men at de hadde muligheten til å lese gjennom rapporten før publisering, for sitatsjekk. Budskapet ble gjentatt muntlig da vi møttes for intervju og deltakerne signerte samtykkeerklæringen før jeg startet lydopptaket og intervjuet.

### 3.6.2 Behandling av personopplysninger og konfidensialitet

Gjennom intervjuene har jeg samlet inn data som inneholder personopplysninger, det vil si informasjon som kan knyttes til personene jeg har intervjuet. I mitt prosjekt dreier dette seg om kontaktinformasjon om deltakerne, signerte samtykkeskjemaer på papir, lydopptak av intervjuene og innholdet i intervjuene som kunne gjøre personene gjenkjennelig ut fra kjønn, arbeidssted, stilling osv. Prosjektet falt derfor inn under personopplysningsloven fra 2001 og var meldepliktig (Thagaard, 2018, s. 21-22). Jeg har meldt inn prosjektet til NSD, som godkjente gjennomføringen (vedlegg 3).

For å ivareta kravet om konfidensialitet i forskningen skal både deltakerne anonymiseres i presentasjonen og resultatene og opplysninger om identifiserbare personer oppbevares på en sikker måte (Thagaard, 2018, s. 24-25). Dette er også viktig for at prinsippet om at å delta i forskningen ikke skal innebære urimelig belastning og negative konsekvenser (Thagaard, 2018, s. 26). Jeg har imøtekommet dette ved at kontaktinformasjon på deltakerne, samtykkeskjemaer, lydopptak og transkriberte intervjuer ikke har blitt lagret samme sted. Lydopptakene ble tatt opp med lydopptaker lånt på VIDs bibliotek. Lydopptakene ble slettet så fort transkriberingen var ferdige. I transkriberingen byttet jeg ut navn på deltakerne med koder (D1, D2 osv.). I masteroppgaven som skal publiseres har jeg vært bevisst på at deltakerne ikke kan gjenkjennes ved at det refereres til arbeidssted, kjønn, stilling, erfaringer og lignende, da det er snakk om et lite fagmiljø i et begrenset geografisk område. Samtidig ønsket jeg å synliggjøre i rapporten hva slags type institusjon deltakerne arbeidet ved. Kvale & Brinkmann (2021, s. 106) skriver at hvis publisering potensielt kan føre til gjenkjenning av deltakerne, bør de informeres om og samtykke til dette. Jeg informerte om dette i informasjonsskrivet, slik at deltakerne visste dette før de samtykket til å delta.

Et viktig etisk aspekt i mitt prosjekt var å ivareta konfidensialiteten til barna og familiene deltakerne fortalte om erfaringer med i intervjuene. Når jeg spurte deltakerne om deres erfaringer med relasjonsarbeid, innebærer svaret tredjepersoner, i form av barn og familier som har oppsøkt utredningsinstitusjonene fordi de står i en sårbar situasjon. Deres personvern er svært viktig å ivareta, og det skal ikke være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner i hverken lydopptak, transkriberinger eller selve masteroppgaven. Fagpersonene jeg intervjuet er bundet av taushetsplikt og må holde seg innenfor denne også i intervjuet, men for å være sikker, minnet jeg dem på dette innledningsvis. Videre var det mitt ansvar å anonymisere ytterligere dersom jeg opplevde at erfaringene som ble skildret på noen måte kunne gjenkjennes og spores tilbake til enkeltpersoner, ved for eksempel å skrive om og fjerne detaljer.

### 3.6.3 Konsekvenser av å delta i forskningen

Som forsker er det viktig at jeg har tenkt gjennom mulige konsekvenser min undersøkelse kan ha for deltakerne og gruppen de representerer. Det handler om å veie mulige negative konsekvenser opp mot nytteverdien kunnskapen forskningen frembringer kan gi (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 107). Slik jeg skriver innledningsvis, mener jeg at dette feltet er viktig å forske på for å unngå at en ASF-diagnose kamuflerer omsorgssvikt, eller motsatt, slik at barn ikke får den hjelpen de trenger.

Et etisk dilemma i kvalitativ forskning kan ofte være hvordan forskeren ønsker å få tak i så mye og dyp informasjon som mulig, men samtidig ikke krenke deltakernes integritet og grenser for hva de ønsker å dele. Det blir et spørsmål om målet kan rettferdiggjøre midlene (Kvale & Brinkmann, 2021, s. 95-96). Jeg ønsket også å få mest mulig informasjon ut av deltakerne gjennom intervjuene. Samtidig tenker jeg at det fenomenologiske intervjuet, samt en semistrukturert intervjuguide, kan ha bidratt til at deltakernes integritet og grenser ikke krenkes ved at de selv er med på å lede intervjuet i den retningen de selv ønsker, og gi den informasjonen de er komfortable med å gi. På denne måten håper jeg på å få dyp og grundig innsikt i deltakernes erfaringer, uten å krenke deres grenser og identitet.



### 3.6.4 Maktforhold

Jeg har tidligere i denne rapporten skrevet om hvordan det kvalitative intervjuet og en semistrukturert intervjuguide legger til rette for en gjensidig dialog der også den som intervjues kan påvirke retning og innhold i samtalen. Samtidig er det viktig som Kvale & Brinkmann (2021, s. 51) skriver, at også det kvalitative intervjuet vil ha preg av asymmetrisk relasjon mellom forsker og deltaker. Det er forskeren som setter agenda, stiller de overordnede spørsmålene, også med en semistrukturert intervjuguide, og som skaper konteksten for samtalen. Det er forskeren som tolker dataene og som plukker ut det han/hun opplever som viktig for å besvare problemstillingen. Dette har jeg forsøkt å være bevisst gjennom hele prosessen med rekruttering, intervjusettingen, transkribering, analyse av funn og gjengivelse av funn og sitater. Mitt ønske har vært å forvalte deltakernes tillit til meg, som de viste ved å samtykke til deltakelse, med respekt og redelighet. Jeg har etterstrebet å legge til rette for at de kan sette grenser hvis det noe de er ukomfortable med, og å formidle deres erfaringer i størst mulig grad med deres egne ord.

### 3.7 Vurdering av forskningens kvalitet

Thagaard (2018, s. 19) skriver at vurderinger av kvaliteten på forskning vurderes ut fra kriteriene validitet, reliabilitet og overførbarhet. Dette har allerede vært trukket frem, men jeg vil her samle mine vurderinger av disse kriteriene.

Validitet handler om forskningens gyldighet. Hva har studien egentlig funnet ut noe om? (Thagaard, 2018, s. 19 og 181; Malterud 2011, s. 18). Har mitt valg av metode, utvalg, intervjuguide og analysemetode bragt frem relevante svar på problemstillingen? Jeg fikk et rikt datamateriale som beskriver svært relevante erfaringer for min problemstilling. Dette kan handle om at metoden egnet seg til å få svar på nettopp dette, at problemstillingen var godt formulert for å kunne besvares, at intervjuguiden stiller de riktige spørsmålene for å få svar på nettopp det jeg lurer på og at jeg fikk tak i deltakere som satt på erfaringer om det jeg etterspurte. Jeg erfarte underveis at intervjuguiden fungerte godt. Testintervjuet jeg gjorde med en kollega og min kjennskap til slike utredninger, kan ha bidratt til dette. Begrepet «relasjonsarbeid» var noe fremmed for enkelte av deltakerne, og det kan ligge noe ulike tolkninger til grunn for svarene, men jeg opplever at datamaterialet viser at begrepet

fungerte for å få svar på det jeg lurte på. Gjennom å ha redegjort godt for hele forskningsprosessen, slik jeg i dette kapittelet har gjort, kan andre selv vurdere studiens validitet, gjennom det Malterud (2011, s. 17) omtaler som intersubjektivitet.

Begrepet reliabilitet handler om forskningens pålitelighet og er nært knyttet til transparens. Forskeren styrker studiens reliabilitet ved å gjøre grundig rede for hvordan dataene er innhentet og analysert, slik at utenforstående kan vurdere prosessen trinn for trinn (Thagaard, 2018, s. 188). I kapittel 3 har jeg gjort rede for alle ledd av min datainnsamling og vurderinger jeg har gjort underveis. Jeg har presentert hvordan jeg har fått kontakt med informantene, konteksten intervjuene ble gjennomført i og hvordan intervjuene har blitt bearbeidet gjennom lydopptak, transkribering og analyse. Malteruds trinnvise modell har hjulpet meg med å arbeide bevisst med å skille deltakernes egne stemmer fra mine tolkninger. Dette er også tydelig presentert ved at funn og drøfting presenteres hver for seg. Jeg hadde ingen relasjon til deltakerne fra før, men det er allikevel relevant å stille spørsmål om intervjusituasjonen kan ha skapt en opplevelse hos dem av at de måtte svare «korrekt» og beskrive positive erfaringer med relasjonsarbeid. Jeg også presentert min forforståelse grundig. Den har, som tidligere presisert, påvirket mange av valgene jeg har tatt, men også hvordan jeg har lest og forstått datamaterialet og hva jeg har valgt å tillegge vekt. Dette vil igjen trekkes frem i drøftingen.

Å vurdere forskningens overførbarhet dreier seg om å vurdere om min undersøkelse også kan gjelde i andre sammenhenger (Thagaard, 2018, s. 19). Jeg har gjennomført min undersøkelse i et begrenset geografisk område, med fokus på ASF-utredninger. Jeg tenker allikevel at det ikke er noen grunn til å tenke at funnene er unike for dette geografiske området eller ASF-utredninger. Jeg tenker at deltakernes anerkjennelse av relasjon som viktig for utredningsprosessen vil være gjeldene overalt, men også i andre type utredninger hvor årsaken til vanskene ikke kan avdekkes ved en enkel blodprøve eller annen medisinsk undersøkelse.

### 3.8 Litteratursøk

Jeg har gjennomført systematiske litteratursøk (vedlegg 4) for å finne frem til, og få oversikt over, relevant forskning og teori om temaet. Databasene jeg benyttet var Idunn, Academic Search Elite og PubMed. Jeg benyttet søkeord på både norsk og engelsk for å bli kjent med både norsk og internasjonal litteratur. Søkeordene jeg benyttet var «autisme», «autism», «autism spectrum disorder», «omsorgssvikt», «tilknytning», «child neglect», «neglect», «relasjonsarbeid», «utredning», «diagnosing» og «differential diagnosing». Ettersom søkene ga få treff, benyttet jeg i liten grad avgrensninger i søkene mine, utenom begrenset årstall for utgivelse.

Litteratursøket ga meg svært få relevante treff. For eksempel ga søket «Autisme\* AND tilknytning\* AND utredning» meg 18 treff, men etter å ga skummet gjennom sammendragene, fant jeg ingen av treffene relevante. Dette bekreftet min tanke om at dette er et tema det er gjort lite forskning på tidligere. Søkene ga ingen treff på forskning om relasjonsarbeid i ASF-utredninger og utredninger hvor en er i tvil om problemforståelsen, hverken norsk eller internasjonal. Jeg fant fagartikler og vitenskapelige, fagfellevurderte artikler om temaer som diagnoser generelt, utredning av ASF, tilknytning, relasjonskompetanse, reaksjoner på omsorgssvikt hos barn med ASF og likheter og forskjeller mellom ASF og RAD.

Videre har litteraturlisten til ulike artikler, fagbøker og andre masteroppgaver også vært et springbrett for å finne frem til relevant litteratur. Jeg har også gjennomgått relevante offentlige styringsdokumenter, slik som NOU-er og offentlige veiledere.

## 4 Presentasjon av funn

Denne studien har hatt som formål å beskrive fagpersoners erfaringer med relasjonsarbeid i ASF-utredninger der det er vanskelig å skille om barnets vansker skyldes ASF eller omsorgssvikt. I min analyse av de transkriberte intervjuene har det markert seg tre hovedkategorier med funn jeg mener er interessante å presentere; å ta imot foreldrene, barnet i relasjon og når en bekymring for omsorgssituasjonen må settes ord på. Hver av disse kategoriene blir i dette kapitlet presentert i hvert sitt underkapittel. Innen hver kategori er funnene igjen delt inn i ulike subgrupper.

### 4.1 Å ta imot foreldrene

Da jeg intervjuet deltakerne om deres erfaringer med relasjonsarbeid i ASF-utredninger og spurte dem om hva de tenker de gjør som er relasjonsarbeid, hva de finner nyttig og hva de finner utfordrende med dette arbeidet, var det tydelig flere beskrivelser av relasjonsarbeidet de gjør med foreldrene enn barna. Mitt datamateriale inneholdt en rik mengde beskrivelser av relasjonsarbeidet til foreldrene, og jeg har valgt ut tre subgrupper som vil presenteres videre i kapittel 4.1.

#### 4.1.1 Å skape en trygghet hos foreldrene om at de kan snakke om alt

I intervjuene er deltakerne tydelige på at de ønsker å oppnå en relasjon til foreldrene hvor foreldrene opplever at de kan snakke om alt og åpne seg om det barnet og familien strever med. En deltaker sier: «Men jeg tenker det relasjonsarbeidet for meg når jeg møter foreldre er jo, eller barna, er jo å, at de skal bli trygge og føle at her kan de liksom komme med hva de vil da. Og da må man jo opptre på en måte som gjør at de føler seg vel». Samtlige deltakere trekker frem viktigheten av at foreldrene føler seg trygge i møte med dem. Begrepene «trygg» og «trygghet» går igjen i alle intervjuene. En deltaker trekker frem at konsekvensen av å ikke få til denne tryggheten kan være at foreldrene sitter og later som at alt er greit. Da må hen bruke tid på å skape denne tryggheten for å komme noen vei.

For å skape en relasjon preget av at foreldrene føler seg trygge trekker deltakerne frem det å lytte, transparens og ærlighet. Gjennom å lytte på en slik måte at foreldrene får sagt det de har å si, uten å bli avbrutt, og føler seg forstått på sin opplevelse av situasjonen erfarer en

deltaker at foreldre kan åpne seg opp om det vanskeligste. Deltakeren trekker frem viktigheten av å lytte fremfor å bli «tiltaksåt» som viktig for å få til denne relasjonen. En annen deltaker er opptatt av transparens: «Jeg tenker at utgangspunktet for enhver relasjon er at de som kommer må vite hva vi skal». Ved å betrakte foreldrene som samarbeidspartnere og spille med åpne kort, ønsker de at foreldrene hele veien skal vite hva som skal skje under utredningen, hva barnet utredes for, hva slags informasjon de innheter og hva den skal brukes til. Flere deltakere er opptatt av å være ærlige med foreldrene, fremfor unnvikende i spørsmålet om barnets vansker skyldes ASF eller omsorgssituasjonen. I formidlingen av konklusjoner fra utredningene beskrives det at det er viktig å være ærlige på hva de er sikre på og hva de eventuelt er usikre på. Hvilke av barnets symptomer kan forklares av de grunnleggende vanskene barnet har med seg, og hvilke har blitt forsterket av andre typer påkjenninger. En annen trekker frem viktigheten av å ikke bli unnvikende i forhold til hva man faktisk er bekymret for, enten det er ASF eller omsorgssituasjonen, men ordsette dette ganske tidlig. Hen begrunner dette med viktigheten av tidlig innsats.

#### 4.1.2 Syns foreldrene det vi gjør er nyttig for dem?

Et annet interessant funn er deltakernes erfaring med hvor viktig det er å få til en felles agenda med foreldrene. Det som skjer i utredningen og i møte med hjelpeapparatet skal oppleves som nyttig for foreldrene. Foreldrene må ikke komme til utredningen for hjelpenes del og en deltaker sier at dette er noe de kan være enda mer bevisste på.

Deltakeren sier: «Ja, de kommer liksom innom også skal vi drive med noe, men er det viktig for dem liksom?»

Metakommunikasjon blir trukket frem som et middel for å få dette til, ved for eksempel å stille spørsmål om hvordan familien opplever å bli møtt eller om det har blitt snakket om noe som er viktig for dem. Det legges vekt på at dette er noe det kunne vært gjort mer av. En deltaker sier hen ofte pleier å starte timen med å spørre «Nå har jeg dette her vi har tenkt til å gjøre i dag, eller som er min plan, men så lurer jeg på; hvor er dere?» Hen sier videre: «Og noen ganger sa, så bruker man jo hele timen på det. Men da må man jo bare gjøre det, fordi at hvis de sitter der og er fylt opp av noe og jeg sitter der med mitt anamneseskjema, det er jo ikke noe vits».

Flere deltakere trekker frem det å bli enige om felles mål med foreldrene. En deltaker beskriver hvordan hen et lite stykke ut i utredningen, etter å ha dannet seg et visst inntrykk selv, tar en liten stopp og legger en felles plan for hva som skal gjøres videre sammen med familien. I valg av felles mål legger to deltakere vekt på viktigheten av å ta utgangspunkt i familiens egne behov og ønsker. En forteller om en erfaring med foreldre som kom til utredning med en opplevelse av at det var for mye som skjedde på en gang, og at det var for mange de skulle ha kontakt med. Deltakeren satte da sin egen plan om å gjennomføre utredningen på vent, holdt kontakten med familien, men lot de instansene familien selv syns var viktigst å få på plass gjøre det de skulle først. En annen deltaker med mye erfaring med å jobbe i familiens hjem trekker frem hvor viktig det er å tilpasse målene til familiens måte å leve på: «[...] men det er klart at hvis vi skal hjem der og jobbe så må vi være ydmyke i forhold til at sånn er det her og også at man ikke legger inn målsetninger som på en måte ikke er forenelig med den familien».

#### 4.1.3 Å validere den vanskelige situasjonen foreldrene står i

Alle deltakerne jeg intervjuet trekker frem at foreldrene som kommer til disse utredningene står i en veldig vanskelig og sårbar situasjon. Det trekkes frem at de kommer for å prate om noe av det tyngste i livene sine med noen de ikke kjenner fra før. Flere er opptatt av hvor vondt det er å streve med relasjonen til egne barn eller være bekymret for barnets utvikling: «Så jeg tenker at det er, det er jo noe av det verste foreldre gjør er å liksom erkjenne for seg selv at de er bekymret for barnet og kanskje kommer til å trenge hjelp». Foreldrene kan bekymre seg for barnets fremtid og en slik utredning kan, etter en deltakers erfaringer, være noe de har ventet lenge på, men som de samtidig kan være livredde for. Hen forteller at noen foreldre utsetter eller avlyser og sier videre: «Så vi er klar over at for mange er det et sånt før og etter».

Deltakerne er opptatt av det å anerkjenne, validere og romme denne vanskelige situasjonen som viktig i relasjonsarbeidet for å få til et godt samarbeid og en god utredning. De forteller at det er viktig med respekt for de som kommer, og tidlig i møte med foreldrene validere, gjennom å sette ord på en forståelse for den vanskelige situasjonen, og vise at de kan romme dette. En deltaker sier: «Og at vi, ganske tidlig liksom at vi ordsetter det. At det er vondt, ikke sant. Å ha sånt strev [...]». Omsorg og ivaretagelse av foreldrene underveis i

utredningen trekkes også frem, ved å gi dem tid og å ta de imot hvis de har mer å fortelle etter hvert, men også ved å servere vann, kaffe og te.

En deltaker har erfart at noen foreldre møter til utredningen med en opplevelse av å være totalt mislykket. De har kanskje vært lenge i hjelpeapparatet, fått mye råd og veiledning fra ulike hold uten at det har løst utfordringene, og noen har kanskje også fått høre at det kan være noe ved måten de er foreldre på som er årsaken. Hen er opptatt av den dynamiske relasjonen mellom barnet og foreldrene og barnets bidrag inn i relasjonen. Barna i disse utredningen kan streve med kontakt og sosial og emosjonell gjensidighet. De kan gi foreldrene mindre eller sjeldnere tilbakemeldinger som smil, vise glede over å bli hentet i barnehagen og lignende, som deltakeren mener alle foreldre trenger for å klare å stå i de utfordrende sidene ved å være forelder. Hen tror at noen foreldre treffes veldig av dette og gransker seg selv for å forstå hva som har gått galt. Dermed blir det viktig å være bevisst hvilke tilbakemeldinger man gir foreldrene på deres oppdragerstil.

En annen deltaker trekker frem foreldrenes skam og flauhet over barnets atferd eller den vanskelige situasjonen de står i. Hen erfarer at å fjerne denne skammen ved å understreke for foreldrene at dette er noe de har sett før og at det er helt i orden er viktig i relasjonsarbeidet med foreldrene.

## 4.2 Barnet i relasjon

Selv om deltakerne i intervjuene legger mye vekt på relasjonsarbeidet de gjør med foreldrene, beskriver de også ulike erfaringer med relasjonsarbeidet med barnet. Disse funnene har jeg delt inn i tre subgrupper som blir presentert nedenfor.

### 4.2.1 Å etablere en relasjon til barnet

Deltakerne beskriver betydningen av å etablere en relasjon til barnet for å få til en god utredning. Flere deltakere legger stor vekt på å etablere en relasjon til barnet før de går i gang med selve utredningen og testene. Relasjonen omtales da som en forutsetning for en god utredning, og i et intervju trekkes det frem at dette er annerledes i utredninger av ASF enn av diagnoser som kan settes ved en blodprøve eller røntgenbilde. En deltaker trekker

frem at hvis ikke de får til et godt samarbeid med barnet i testsituasjonen, så må de ta forbehold i testresultatet og konklusjonene. Deltakeren sier: «Og det er klart at du får ikke gjort noe utredning som er verdt noen ting hvis ikke du etablerer en god relasjon». Samtidig beskriver en deltaker at hen ikke legger så stor vekt på å bygge en relasjon til barnet under utredningen. For eksempel ved barnehagebesøk i forkant av utredningen, forsøker deltakeren å forholde seg som en nøytral observatør, fremfor å ha fokus på å etablere en relasjon til barnet. Hen uttrykker videre at hen tenker at det å bygge en relasjon til barnet skjer mer i leketerapi og behandlingsdelen. Hen uttrykker videre: «Også, ja så tar vi jo ADOS. Det er jo med barnet. Men det er jo ikke, altså det er jo ikke først og fremst for å skape en relasjon til barnet. Det er jo mer som en sånn vurdering av barnet. Ja. mhm».

Å etablere en relasjon til barnet handler for deltakerne om å være gode personer som legger til rette for at barnet skal yte sitt beste, at barnet får bli litt kjent med de som skal gjennomføre utredningen og stedet de er på og å gi barnet et sted å fortelle hvis det er noe de vil snakke om. Videre nevnes det at det er viktig å bli kjent med barnets interesser, tempo, tåleevne, hvordan en bør forholde seg til han/henne, barnets uttrykk og hva de synes er lett og vanskelig. En deltaker trekker frem at det å bli litt kjent før man starter med testing nok ble litt glemt før, og nok får mer fokus i BUP enn på habiliteringen i vår tid.

Det deltakerne gjør for å etablere denne relasjonen til barnet innledningsvis i utredningsprosessen er å forsøke å inngå i lek og samhandling med barnet, enten i førstegangssamtalen, på lekerommet eller ute i barnehagene eller skolen i forkant av utredningen. Underveis i utredningen benyttes pausene til småprat og lek, for eksempel litt fotball i gangen. En deltaker snakker om betydningen av å vise interesse for det barnet er opptatt av og å oppsøke barnet fremfor å vente på at barnet skal oppsøke dem, uten å presse seg på. Deltakeren legger vekt på at å bli kjent må ta den tiden det tar. En annen deltaker beskriver hvordan de tilbyr barnet et møte i en strukturert situasjon, uten for mange forstyrrende elementer: «Vi lager ofte struktur på dagen så de vet litt hvor de har oss». I selve testsituasjonen kommer det frem at det er sentralt at barnet skal føle seg så trygg som mulig. En deltaker beskriver at hen hele tiden forsøker å kupere følelsen av å ikke mestre gjennom å respondere med masse aksept for det barnet ikke mestrer og en genuin interesse for å forstå barnets vansker.



Flere deltakere legger videre vekt på at de er nøye på å ikke etablere en relasjon der barnet knytter seg veldig til dem, ettersom relasjonen ikke skal vare. Fokuset ligger på å etablere en relasjon som skal legge til rette for at barnet kan yte sitt beste og at de kan gjøre sine vurderinger av barnet, mens en dypere og mer langvarig relasjon kommer først i eventuelt behandlingsforløp.

#### 4.2.2 Å se barnet i relasjon til foreldrene

Noe som går igjen i intervjuene er at deltakerne erfarer at det å se barn og foreldre i samspill gir viktig informasjon for å forstå hva barnets utfordringer dreier seg om. Disse observasjonene gjøres ved å se barn og foreldre sammen i rommet under samtaler og tester, ved at det tas samspillsopptak av barnet med hver av foreldrene som senere kan brukes til veiledning av foreldrene og mer miljøterapeutiske observasjoner i pauser, spisesituasjoner og lignende.

Det deltakerne er opptatt av å observere er hvordan foreldrene snakker om og til barnet og hvordan barnet agerer i forhold til foreldrene. «[...] da lytter vi jo også ut hvordan foreldrene snakker om barnet, hvordan også de agerer i familiesamtalene vi har, altså hvordan de tar imot barnet, hvordan de prøver å ramme det inn, snakke om det, ja...». Allerede i første møte beskriver en deltaker hvordan det er mye informasjon å hente i forhold til hvordan foreldrene hjelper barnet inn på et nytt sted og har forståelse for at det kan være vanskelig. Samtidig trekker en annen deltaker frem at disse observasjonene ofte er enklere å gjøre på yngre barn. Eldre barn kan komme uten foreldrene sine til deler av utredningen, og vil også naturlig bruke omsorgspersonene mindre i løpet av en økt. Mens de yngre barna skal bruke foreldrene sine mye og deltakeren sier: «Så hvis ikke det bruker foreldrene, så er, ja...».

Deltakerne er også opptatt av at informasjonen de får om barnet i relasjon til foreldrene i disse observasjonene må brukes til å se om barnet viser en annen atferd i møte med voksne på andre arenaer. Er barnet i bedre kontakt på andre arenaer kan det medføre at deltakerne blir i tvil om hvilken problemforståelse og diagnose som er den rette. Beskrives mye av den samme funksjonen og atferden på ulike arenaer, blir deltakerne sikrere på sin konklusjon.

#### 4.2.3 Å kjenne etter hvordan det er å være sammen med barnet

Flere deltakere forteller at de må basere konklusjonene sine på egne vurderinger av barnets samspillsferdigheter i tillegg til beskrivelser fra foreldre og andre som kjenner barnet godt. For å danne seg et eget inntrykk bruker de relasjonen mellom seg og barnet. En deltaker sier: «Så da bruker jeg jo liksom relasjon til å kjenne etter hvordan det er å være sammen med dette barnet?» For eksempel kan tid med barnet på lekerom eller ADOS-intervjuet benyttes til å kjenne etter hvordan det er å være i relasjon til barnet. Deltakerne beskriver at de i denne relasjonen kjenner etter om dette er et barn de kan få kontakt med, om barnet tar initiativene de kommer med og kan bygge videre på dem, om barnet vil vise dem ting de blir opptatt av, om de får blikkontakt med barnet, om barnet har evnen til å se på en liten bok sammen med dem, om de forstår humor, om de kan late som og om det er et barn som virker trist eller engstelig. Og også i en testsituasjon beskriver deltakerne at de kan observere veldig mye på relasjon. Hvordan forholder barnet seg til nye mennesker og en ny situasjon? Hva sier de mellom oppgavene? «Også blir det jo opp til oss da, å se når du oppfører deg ganske sånn forutsigbart, ehm kommer de litt mer etter hvert? Tørr de tittle litt mer på deg? Kan de bli litt mer levende? Kan de si noe spontant?» Samtidig uttrykker en deltaker at hen også kjenner etter hvordan det er å være i relasjon til barnet, men presiserer at hen ikke setter noen diagnoser ut fra det.

En deltaker er opptatt av at barn med symptomer på ASF jo kan være vanskelig å komme i kontakt med. «Altså det, du kan være, oppleve at du er litt som luft». Hen beskriver at det ikke alltid blir noen lek, men at det også gir veldig mye informasjon ettersom de fleste barn vil synes det er litt spennende med nye leker og vil hvert fall i løpet av en time møte blikket til en ny vennlig voksen som viser interesse for det.

For å komme nærmere en forståelse av om barnets vansker skyldes ASF eller omsorgssituasjonen beskriver deltakerne at de bruker relasjonen til å kjenne etter hva slags relasjonskompetanse og/eller relasjonserfaring barnet har. Hvis det er vanskelig å få til et gjensidig samspill med barnet, stiller en deltaker seg følgende spørsmål: «Er det fordi at de er engstelige liksom? Eller er det fordi at de, de har ikke den relasjonserfaringen? Eller er det fordi at de ikke har kompetansen?» Deltakeren blir spesielt opptatt av barnets relasjonserfaringer hvis hen føler de har fått litt kontakt også plutselig neste dag er det som

at de aldri har sett hverandre før og en må begynne helt på nytt: «Eller de barna som da du har fått kontakt med, også i neste øyeblikk så kaster de ting på deg eller river i stykker alle testarkene og kaster dem ut av vinduet, da blir du veldig sånn oy, dette er en relasjonsforstyrrelse. Jeg er veldig ryddig, jeg er veldig, vi fikk til et samarbeid i går også plutselig brytes kontakten». For å kunne finne ut av dette er det ifølge en deltaker et kjempepoeng at barnet møter de sammen menneskene hver dag i utredningsløpet, slik at de kan se på kontakten.

### 4.3 Når en bekymring for omsorgssituasjonen må settes ord på

#### 4.3.1 Frykten for å miste familien

Et funn som tydelig går igjen i intervjuene er at deltakerne er klare på at de ikke vurderer om omsorgssituasjonen til barnet er god nok og at det er barneverntjenestens jobb. En av deltakerne uttrykker det slik: «Også er det jo noe med at vi er jo ikke barneverntjenesten heller, så vi skal jo ikke gjøre en vurdering sånn sett av omsorgsbasen».

Samtidig er deltakerne tydelig på at de sender bekymringsmelding til barnevernet hvis de er bekymret for omsorgssituasjonen og mener den må vurderes. Det deltakerne da opplever er at relasjonen til foreldrene kan bli satt på spill og at de kan miste barnet og familien, ettersom deres hjelpetilbud er frivillig for familien å benytte seg av. Det å gå fra å være foreldrenes samarbeidspartnere i en utredningsprosess til å bli bekymret for barnets omsorgssituasjon oppleves som utfordrende og deltakerne har erfart at foreldre kan føle seg dolket i ryggen. Det kommer frem at dette ikke skjer veldig ofte, men at det kan skje. En av deltakerne kommer med følgende eksempel hvor det kan skje: «Eh, men det er jo ofte, eller det vi er redd for er liksom at hvis vi ikke får foreldrene med til å skjønne at dette er en hjelp da, ikke sant. De er jo kanskje redde for at de skal, at barnet skal bli tatt bort, ja. Eh, så forsvinner de jo bare, og det er jo den der...». En annen deltaker trekker frem at dette kan være konsekvensen hvis foreldrene har mye å skjule som pirkes for mye borti.

Deltakerne frykter å miste muligheten til å hjelpe barnet hvis de mister familien. Hvis barnevernet henlegger bekymringsmeldingen, vil barnet stå helt uten hjelpere, og er da avhengig av at andre instanser barnet er i kontakt med ser det samme og melder bekymring

på nytt. På tross av dette oppgir deltakerne at de allikevel sender bekymringsmelding hvis de er bekymret. «Nei, jeg tenker at for vår integritet så må vi melde, ikke sant, når vi ser at noe ikke er riktig. Og det kan ikke være foreldrenes relasjon som står øverst da» sier en deltaker. Videre understrekes det at de heller ikke får hjulpet barnet hvis problemet ligger i omsorgssituasjonen. Da må barnevernet på banen.

#### 4.3.2 Å kommunisere bekymringen til foreldrene

Når deltakerne har blitt bekymret for et barns omsorgssituasjon og skal melde eller har meldt til barnevernet, må de kommunisere med foreldrene om dette. Dette er noe deltakerne beskriver som vanskelig. En deltaker forteller «Ja, for det er jo vanskelig å si, å være direkte om sånne ting». Intervjuene inneholder mange beskrivelser av hvordan deltakerne kommuniserer rundt dette til foreldrene. Det kommer frem at deltakerne aldri melder bekymring til barneverntjenesten uten å si ifra til foreldrene og de forsøker alltid å få foreldrene med på at de trenger hjelp. Da er det ifølge en deltaker viktig at de ikke fremstår som moralpoliti, men klarer å si ifra om bekymringen på en måte som gjør at foreldrene stoler på dem. Dette er avgjørende for å kunne hjelpe familien. Det oppleves nyttig i denne kommunikasjonen at det allerede i en oppstartssamtale hvor planen for utredningen presenteres nevnes at barnevernet kan kobles på hvis det blir aktuelt. En deltaker uttrykker det slik: «He, he, det skumle er allerede nevnt liksom, sånn at ikke det kommer veldig overraskende på at vi samarbeider med barnevernet når ting blir strevsomt da. Det må kanskje, det må også gjentas, men at vi har et sånt dette gjelder for alle, oversikten da».

Det som også kommer frem i intervjuene er at deltakerne legger vekt på barnets bidrag inn i relasjonen mellom barn og foreldre, og at ikke hele forklaringen ligger hos foreldrene. I sin kommunikasjon med foreldre omkring en bekymring for omsorgssituasjonen, legger deltakerne vekt på at barnets symptomer og vansker gjør at foreldrene har en ekstra krevende foreldreoppgave som det er lett å forstå at de trenger hjelp og veiledning med å mestre. En deltaker sier: «Også sier vi implisitt at dette ville, dette her krever mer enn vanlig gode foreldre». En annen deltaker uttrykket det slik: «Altså jeg tror nok at vi legger frem det som at vi ser at det her er et barn som har mye symptomer, at det er veldig vanskelig, vi forstår det ikke helt, men vi ser også at dere har et strev hjemme som er betydningsfullt [...]».

En deltaker er også opptatt av at hen tror erfaring har mye å si for hvordan man opplever det å kommunisere med foreldre om dette. Hen opplever det ikke selv som vanskelig, men tror hen som nyutdannet syns det var vanskeligere.

## 5 Drøfting

Hensikten med denne studien har vært å beskrive fagpersoners erfaringer med relasjonsarbeid i utredninger hvor de er i tvil om barnets vansker skyldes ASF eller omsorgssvikt. Overordnet vil jeg si at min studie viser at deltakerne har bred erfaring med at relasjonsarbeid som en stor og viktig del av ASF-utredninger av barn. Allikevel kommer det frem noen individuelle forskjeller, spesielt i vektlegging av relasjonsarbeidet med barnet. Når jeg spurte fagpersonene hva de gjør som de opplever at kan kalles relasjonsarbeid, var det flere som måtte tenke seg om og som ikke var vant til begrepet relasjonsarbeid. Men når de begynte å fortelle, kom det fyldige beskrivelser av hvordan de mer eller mindre bevisst jobber relasjonelt med barnet og familien. De bruker relasjonen til å få til en grundigst mulig utredning hvor de kan få en forståelse av hva barnets vansker handler om.

I dette kapittelet skal jeg besvare min problemstilling ved å drøfte funnene jeg har presentert i kapittel 4 opp mot teori og tidligere forskning presentert i kapittel 1 og 2. Jeg har valgt å dele opp kapittelet i to deler hvor jeg drøfter relasjonsarbeidet med barnet og med foreldrene hver for seg. Dette er en naturlig inndeling ettersom deltakerne snakket om relasjonsarbeid med barnet og foreldrene separat, som to forskjellige relasjonsarbeid. Som jeg tidligere også har understreket er arbeidet med foreldrene særlig viktig når barn i denne aldersgruppen utredes og mottar behandling.

### 5.1 Relasjonsarbeid med barnet

#### 5.1.1 Ulike beskrivelser av viktigheten av relasjonen til barnet

Som beskrevet i kapittel 4.2.1 er hovedvekten av deltakernes erfaringer at det å etablere en relasjon til barnet er avgjørende for å få til en god utredning, og slik forstå hva barnets vansker skyldes. Flere snakker om relasjonen som en forutsetning for en god utredning. En deltaker uttrykker det slik: «Og det er klart at du får ikke gjort noe utredning som er verdt noen ting hvis du ikke etablerer en god relasjon». Deltakeren sier også at hen må ta forbehold i konklusjonen hvis hen ikke fikk til et godt samarbeid med barnet i testsituasjonen. Funnene viser at det dreier seg om å la barnet bli litt kjent med de som skal gjennomføre testene og stedet de er på og å kunne legge til rette for at barnet yter sitt beste i testsituasjon. Deltakerne beskriver at relasjonsetableringen skjer i lek og samhandling med

barnet både i timene, i pauser på lekerommet og ute i barnehagen/skolen i forkant av utredningen.

Samtidig er det noen motsetninger i mine data når det gjelder relasjonens betydning i utredningsarbeidet. Der en deltaker trekker frem relasjonen som en forutsetning, beskriver en annen deltaker at relasjonen til barnet spiller en mindre rolle for vurderingene hen gjør omkring hva barnets vansker handler om. Når jeg spør denne deltakeren om hen ved besøk ute i barnehagene er der for å skape en relasjon til barnet eller om det er en nøytral observasjon, svarer hen at hen forsøker å holde seg nøytral. Deltakeren omtaler altså ikke barnehagebesøket som et ledd i relasjonsbyggingen, slik andre deltakere gjør. Videre sier deltakeren at det å bygge en relasjon til barnet er mer aktuelt i behandlingsdelen, ved for eksempel leketerapi. Jeg tenker det her er viktig å ta med i betraktningen at relasjonsarbeid er et begrep vi har sett at ikke er klart definert i litteraturen, og kan dermed forstås på ulike måter. Deltakerens svar kan handle om at hen definerer relasjonsarbeid annerledes enn andre deltakere og derfor svarer annerledes. Hen sier videre at en selvfølgelig må danne seg sitt eget inntrykk av barnet gjennom å samspille med det for å gjøre en god vurdering, slik andre deltakere også trekker frem. Det er altså snakk om ulike nyanser av vektleggingen av relasjonen, ikke diametrale motsetninger. Allikevel tenker jeg at dette kan tyde på individuelle forskjeller og ulik praksis når det kommer til relasjonens betydning for vurderingene som gjøres.

Her vil jeg også trekke frem min forforståelse. Erfaringene jeg hadde med meg inn i prosjektet, med frustrasjon over diagnostisering av barn jeg har opplevd har vært satt uten at utreder har blitt godt nok kjent med barnet, kan også ha påvirket min forståelse av det deltakeren sier. Dette betyr ikke at det da er feil, men at en annen forsker kanskje ville ha forstått deltakeren annerledes, eller ikke tillagt disse utsagnene like mye vekt som jeg har gjort.

Ulik praksis for utredning og diagnostisering av ASF ble også omtalt av Surén et al. (2019). De finner signifikante fylkesvise forskjeller i diagnostisering av barn med ASF. Deres forskning dreier seg om mer enn relasjonsarbeidet i utredningene, og de konkluderer med at det er grunn til å tro at noen barn med ASF, spesielt jenter, ikke fanges opp av helsevesenet,

eventuelt veldig sent. Min studie tar kun for seg noen få utredningsinstitusjoner lokalisert i et begrenset geografisk område, men mine funn kan tolkes dit at også internt i dette geografiske området vil relasjonsarbeidet i utredningen vektlegges noe ulikt fra institusjon til institusjon eller fagperson til fagperson. Det er bred politisk enighet i Norge om at befolkningen skal sikres likeverdig tilgang til helse- og omsorgstjenester av god kvalitet, uavhengig av blant annet bosted. (NOU 2018: 16, s. 25). Jeg tenker dette også bør gjelde for relasjonsarbeidet og anerkjennelsen av dets betydning for å forstå et barns vansker. Røkenes & Hanssen (2012, s. 11) skriver at det er vanskelig å forstille seg at en i arbeid med mennesker finner handlinger eller situasjoner der relasjon overhodet ikke har en betydning. Handling kan ikke skilles fra samhandling, skriver de. Ut fra denne tankegangen bør relasjonsarbeid alltid anses som relevant i arbeid med mennesker, også i utredningsarbeid.

I kapittel 2.6.3 presenterte jeg to ulike tilnærminger i møte med andre mennesker; objektposisjonen og subjektposisjonen, som Skjervheim (1996) omtaler som deltakerposisjon og tilskuerposisjon. Jeg tenker at mine funn angående ulik praksis og vektlegging av relasjon til barnet i disse utredningene kan ses i lys av disse begrepene. Som nevnt skriver Røkenes & Hanssen (2012, s. 13) at et objekt er noe man håndterer eller gjør noe med, mens et subjekt forholder vi oss til gjennom kommunikasjon og samhandling. En deltaker uttrykker seg slik: «Også, ja så tar vi jo ADOS. Det er jo med barnet. Men det er jo ikke, altså det er jo ikke først og fremst for å skape en relasjon til barnet. Det er jo mer som en sånn vurdering av barnet. Ja. mhm». Formuleringen «vurdering av barnet» tenker jeg at kan forstås som at deltakeren inntar en objektposisjon der ADOS er noe hen gjør med barnet, ikke samhandler med barnet om. Et eksempel på det motsatte, der barnet blir møtt som et subjekt deltakeren forholder seg til, kan være når en annen deltaker uttrykker at samarbeidet i testsituasjonen er avgjørende for om hen stoler på resultatene. Her er utreder og barnet sammen om testsituasjonen, de samhandler. Det er dette Skjervheim (1996, s. 71-72) omtaler som en treleddet relasjon; vi er sammen om noe tredje, i denne sammenhengen testingen. Som presentert i kapittel 2.6.3, mener Skjervheim (1996, s. 75 og 86) at dette bidrar til både å bevare det etiske aspektet ved relasjonsarbeidet, men også åpenhet fra pasienten. Jeg forstår dette som at subjektposisjonen i møte med barnet kan være med på å gi utreder dypere innsikt i hva barnets vansker skyldes, enn en objektposisjon.



### 5.1.2 Å se hele barnet, utover kartleggingstestene

I kapittel 1.5 presenterte jeg NOU 2017: 12 «Svikt og svik». I rapporten beskriver voldsutvalget blant annet svikt i form av manglende forståelse av årsaker til symptomer, atferdsuttrykk og andre tegn. Diagnoser var satt uten at andre årsaker til vanskene, som omsorgssvikt, overgrep og ble vurdert (NOU 2017: 12, s. 50-54). Jeg har flere ganger vært inne på hvordan en ASF-utredning innebærer en rekke momenter utreder skal gjennom. Mye av det er standardiserte kartleggingstester med strenge instruksjoner for hvordan det skal gjennomføres og hvordan resultatene skal tolkes. Dette er gode hjelpemidler for å forstå hva barnets utfordringer skyldes og å se mønstre som kan gi oss noen svar på hva som vil være gode hjelpetiltak. Samtidig trekker Røkenes & Hanssen (2012, s. 17-18) frem at det å i for stor grad være bundet til teorier, metoder, teknikker og rutiner kan bidra til å redusere pasienten til et objekt som må tilpasses vår teori eller metode, uten å ta hensyn til hvor ulike vi mennesker er, og vi står i fare for å miste noe vesentlig underveis. Røkenes & Hanssen (2012, s. 16) viser til Skjervheims begrep «det instrumentalistiske mistak». Begrepet viser til når vi forsøker å overføre måten vi forholder oss til naturfenomener som kan forklares, til mennesker som må forstås. Med utgangspunkt i disse betraktningene kan vi se for oss at hvis en ASF-utredning består kun av slike standardiserte kartleggingsverktøy med instruksjoner om hvordan de skal brukes helt likt på alle barn, vil vi få svar på om barnet scorer innenfor ASF-diagnosens kriterier for denne testen, men vil vi egentlig ha forstått helheten i barnets vansker? Har vi lært barnet og barnets vansker å kjenne godt, før vi setter en diagnose? Har vi vurdert andre årsaksforklaringer? Våre metoder må også fange opp indre opplevelser, følelser, vilje og selvbilde for å se hele mennesket, skriver Røkenes & Hanssen (2012, s. 18). Jeg tenker relasjonsarbeidet og subjektposisjonen spiller en sentral rolle nettopp i å fange opp disse tingene, og derfor bør vektlegges som et viktig supplement til kartleggingstestene hvis vi skal kunne si vi har lært barnet å kjenne godt under en utredning. Mine funn presenterer i hovedsak at subjektsynet og relasjonen til barnet blir vektlagt. Når deltakeren sier, som tidligere nevnt, at relasjon er en forutsetning for en god utredning, kan det forstås som at deltakeren ivaretar denne helheten og slike unngår det instrumentalistiske mistak. Dette er noe jeg tenker vil være med å bidra til å unngå flere av svikene NOU 2017: 12 presenterer. Det er allikevel verdt å merke seg de individuelle forskjellene i verdsetting av relasjonen til barnet i mine funn.

### 5.1.3 Å bruke relasjonen som verktøy

Hvorvidt et barn har en underliggende evne til normal sosial fungering eller ikke, er som nevnt et moment som kan bidra til å avklare om barnets symptomuttrykk skyldes ASF eller omsorgssvikt. Stokke (2011b) skriver at dette kan avdekkes ved å se hvordan barnet responderer på endring av omsorgsmiljø. Deltakerne i min studie trekker frem en annen tilnærming til å forstå dette. De beskriver at de bruker relasjonen mellom seg og barnet til å kjenne etter om barnet har denne underliggende evnen, både i testsituasjon og i lekesituasjoner. En deltaker uttrykker det slik: «Så da bruker jeg jo liksom relasjonen til å kjenne etter hvordan er det å være sammen med dette barnet?» En annen deltaker uttrykker at hen bruker relasjonen til å kjenne etter om barnets strev i sosialt samspill med dem handler om deres relasjonskompetanse eller -erfaringer. Det er viktig å understreke at det her snakkes om barnets medfødte evne til å inngå i sosiale relasjoner, ikke den profesjonelle relasjonskompetansen jeg beskriver i kapittel 2.6.2. Jeg forstår det deltakerne sier som at de gjennom å være i relasjon til barnet, og opptre forutsigbart og på en måte vi tenker er gode forhold for å få til en relasjon, kjenner etter om barnet etter hvert trer frem med denne underliggende ferdigheten til normal sosial fungering når forholdene ligger til rette for det. Samtidig trekker de frem at plutselige endringer i kontakten fra en dag til en annen gjør dem oppmerksomme på barnets relasjonserfaringer. Deltakerne trekker altså frem erfaringer med en annen og raskere måte å vurdere om barnet har denne underliggende evnen eller ikke, hvor relasjonen er verktøyet.

Deltakeren erfarer altså at relasjonsarbeidet brukes og er viktig for å forstå om barnets vansker skyldes ASF og manglende evne til å inngå i relasjoner, eller vonde erfaringer med å være i relasjon til andre mennesker, som for eksempel ved omsorgssvikt. De anerkjenner med dette viktigheten av relasjonsarbeid. Det er ikke bare testresultatene, men også relasjonelle faktorer de setter diagnoser ut fra. I beskrivelsen av disse erfaringene ligger det også en erkjennelse av det jeg har beskrevet i kapittel 2.6.1 at Aamodt (2014, s. 36) er opptatt av i sin definisjon av profesjonelle relasjoner, nemlig at pasientens atferd i relasjon til utreder alltid må forstås ut fra at utreder er med og påvirker dette. Deltakerne anerkjenner slik jeg tolker det at de må opptre på en spesiell måte i relasjonen for at barnet skal vise sin relasjonskompetanse og/eller -erfaring. Det er en erkjennelse av eget bidrag inn i relasjonen for hva de får tilbake fra barnet. Det er slik jeg forstår en av deltakerne når hen

sier «Også er det jo opp til oss da, å se når du oppfører deg ganske sånn forutsigbart, ehm kommer de litt mer etter hvert? Tørr de tittle litt mer på deg? Kan de bli litt mer levende? Kan de si noe spontant?»

I dette tenker jeg det også ligger en beskrivelse av en deltakerposisjon fra fagpersonens side i relasjonen til barnet, slik Skjervheim (1996, s. 72-80) beskriver. Når deltakeren sier «Så da bruker jeg liksom relasjonen til å kjenne etter hvordan er det å være sammen med dette barnet?» beskriver hen, slik jeg tolker det, at hen forholder seg til barnet som et subjekt. Utredningen er ikke noe hen gjør med barnet, men hen forholder seg til og samhandler med barnet for å komme frem til en forståelse av barnets vansker.

Samtidig er det, som tidligere drøftet, individuelle forskjeller i deltakernes vektlegging av relasjonen til barnet i utredningen. Som presentert i kapittel 4.2.3 er det en deltaker som beskriver at hen kjenner på hvordan det er å være i relasjon til barnet underveis i utredningen, samtidig som hen eksplisitt uttrykker at hen ikke setter noen diagnoser ut fra det. Denne deltakeren bruker også samspill med barnet til å kjenne etter hvordan barnet er å være sammen med. Samtidig uttrykker deltakeren at dette ikke har like stor betydning for vurderingene som gjøres som andre deltakere gjør.

## 5.2 Relasjonsarbeid med foreldrene

Som tidligere nevnt trakk deltakerne relasjonsarbeidet med barnets foreldre frem i større grad enn relasjonsarbeidet med barnet. Og i motsetning til de noe motstridende funnene som omhandler relasjonsarbeidet med barnet, er deltakerne mer samstemte i sine erfaringer med viktigheten av relasjonsarbeidet med foreldrene.

### 5.2.1 Fokus på familiens sårbare og vanskelige situasjon

En av de beskrivelsene som tydeligst går igjen i mine data er hvordan deltakerne er opptatt av at foreldrene og familiene som kommer til utredningen er i en sårbar og vanskelig situasjon. En deltaker uttrykker det slik: «Så jeg tenker det, det er jo noe av det verste foreldre gjør er å liksom erkjenne for seg selv at de er bekymret for barnet og kanskje kommer til å trenge hjelp». Deltakerne er opptatt av at en slik utredning er en stor og

avgjørende hendelse for foreldre og mange har bekymret seg i lang tid. De er der og skal snakke om det som er vanskelig. Deltakerne beskriver at de opplever at det da er viktig å anerkjenne og validere den vanskelige situasjonen de står i. De ønsker å formidle en forståelse for det som er vanskelig og at de kan romme det. En deltaker sier: «Og at vi, ganske tidlig liksom at vi ordsetter det. At det er vondt, ikke sant. Å ha sånt strev [...]».

Hvor sårbart og vanskelig denne situasjonen kan være for foreldrene beskrives også av Landmark & Stänicke (2016, s. 302). De skriver at mange foreldre til barn som har fått en ASF-diagnose har opplevd utredningsprosessen som smertefull, og at diagnosen oppleves voldsom å få. Videre trekker de frem viktigheten av å hjelpe foreldrene i å sortere og finne ord for det nye og fremmede de må forholde seg til, som kan oppleves overveldende, i tillegg til tiltak rettet mot barnet (Landmark & Stänicke, 2016, s. 303). Dette tenker jeg kan være noe av det deltakerne bidrar med når de, slik de beskriver, anerkjenner og setter ord på foreldrenes vanskelige situasjon.

Alle deltakerne beskriver at de legger vekt på dette i møte med foreldrene. Her ser jeg, i likhet med i kapittel 5.1, beskrivelser av relasjonsarbeid preget av en subjektposisjon. Deltakernes beskrivelser bærer preg av at de samhandler og forholder seg til foreldrene og deres situasjon, slik Røkenes & Hanssen (2012, s. 13) beskriver subjektposisjonen. Deltakerne møter også foreldrene i disse beskrivelsene med det Røkenes & Hanssen (2012, s. 178) betegner som en grunnleggende holdning til den andre som likeverdig. De anerkjenner foreldrenes opplevelse som en subjektiv sannhet for dem, likeverdig som fagpersonens opplevelse av situasjonen. Jeg forstår også deltakernes beskrivelser av dette som et uttrykk for deltakernes empati med foreldrene. Empati innebærer å leve seg inn i en annens indre, subjektive opplevelse, både innholdsmessig og emosjonelt. Emosjonene til den andre kan ofte være vanskeligere å sette seg inn i enn innholdet, og det er viktig at vi som fagpersoner kan kjenne på den andres følelsen, uten å overta dem og gjøre dem til våre egne (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 181). Jeg opplever at deltakerne i min studie har med dette perspektivet i sine beskrivelser av viktigheten av å anerkjenne og validere foreldrenes sårbare situasjon. Sitatene ovenfor viser at deltakerne beskriver at de gir foreldrenes emosjoner plass gjennom å sette ord på det som er vondt og vanskelig.

Et viktig element i å møte den andre med en empatisk holdning er å forstå, og klare å formidle denne forståelsen tilbake til den andre. Ved å formidle vår forståelse får den andre muligheten til å bekrefte, korrigere eller nyansere vår forståelse, som igjen bidrar til at vi får økt kjennskap til den andres situasjon og opplevelse. Her er både det innholdsmessige vi verbalt bekrefter at vi har forstått og den emosjonelle speilingen vi gjør med kroppsspråk, stemmeleie og mimikk viktig. Spesielt gjennom det sistnevnte formidler vi anerkjennelse, validering og respekt for den andres opplevelse (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 189-190). Når deltakeren i sitatet over sier at hen ganske tidlig ordsetter at det er vondt å ha et sånt strev, beskriver hen at hen gjør nettopp dette. Hen speiler og formidler sin forståelse av foreldrenes situasjon tilbake til foreldre, slik at de kan erfare denne empatiske holdningen, og eventuelt korrigere.

I beskrivelsene av hvordan deltakerne validerer foreldrenes opplevelser og situasjon, finner jeg også igjen Kierkegaards tanker om hjelpekunsten. Han sier:

At man, når det i sandhed skal lykkes en at føre et menneske hen til et bestemt sted, først og fremmest må passe på at finde ham der, hvor han er, og begynde der. Dette er hemmeligheden ved al hjelpekunst. Enhver der ikke kan det, han er selv i en indbildning, når han mener at kunne hjælpe den anden. For i sannhed at kunne hjælpe en anden, må jeg forstå mere end han – men dog vel først og fremmest forstå det, han forstår. Når jeg ikke gør det, så hjælper min mere-forståen ham slet ikke.  
(Kierkegaard 1859 gjengitt fra i Røkenes & Hanssen, 2012, s. 178)

Når deltakerne beskriver viktigheten av å validere foreldrenes vanskelige situasjon tenker jeg de gjør nettopp det Kierkegaard her sier; de møter den andre, i denne sammenhengen foreldrene, der de er og starter der. De tar det viktigste først; de formidler til foreldrene at de forstår at de står i en vanskelig situasjon med bekymring og kanskje samspillsutfordringer med barnet sitt, og også frykt for hva utredningen vil bringe av svar. Kun ved å starte her, vil utreder kunne hjelpe familien, ifølge Kierkegaard. Senere i prosessen kan de bidra med sin merforståelse, gjennom å dele sin kunnskap om hva som kan hjelpe på den vanskelige situasjonen. I denne sammenhengen vil dette kunne være veiledning av hvordan møte barnet sitt med de utfordringene det har.

En fallgrube jeg allikevel tenker det er viktig å unngå er å ikke la foreldrenes opplevelse av barnets vansker og situasjon i for stor grad styre utredningsprosessen og hvilke problemforståelser som holdes oppe. I kapittel 4.1.2 presenterte jeg funn som omhandler hvordan deltakerne erfarer at det er viktig å ta utgangspunkt i hva foreldrene har behov for og opplever som nyttig hjelp. Dette representerer også i stor grad Kierkegaards tanker om hjelpekunsten. Deltakerne beskriver at de møter foreldrene der de er og på deres behov. Deltakerne trekker særlig frem dette i forbindelse med hva samtalene med foreldrene skal dreie seg om. Jeg tenker at dette er viktig og grunnleggende for å etablere den samarbeidsrelasjonen til foreldrene utreder er avhengig av for å lære barnet og barnets vansker å kjenne godt. Samtidig må utreder være bevisst på å ikke la foreldrenes forståelse av barnet, og hva de tenker vil være nyttig hjelp, stå i veien for en grundig og objektiv utredning. Det må også være rom for å stille seg undrende til barnets livserfaringer og omsorgssituasjon, selv om foreldrene selv ikke opplever dette som kilden til vanskene. I en av deltakernes beskrivelser, kommer det frem at hen gjør nettopp dette: «Nei, jeg tenker at for vår integritet så må vi melde, ikke sant, når vi ser at noe ikke er riktig. Og det kan ikke være foreldrenes relasjon som står øverst da». Kunsten vil være å få til en balansegang som både ivaretar foreldrenes opplevelser og behov, men som også stiller seg åpen for nye måter å forstå problemet på.

### 5.2.2 Relasjonen bidrar til åpenhet

Mine funn viser, som presentert i kapittel 4.1.1, at fagpersonene ønsker å oppnå en trygg relasjon der foreldrene opplever at det er trygt å snakke om alt, også det aller vanskeligste og mest sårbare. Dette er noe samtlige deltakere vektlegger i sine erfaringer med relasjonsarbeid med foreldrene. En deltaker sier: «Men jeg tenker det relasjonsarbeidet for meg når jeg møter foreldre er jo, eller barna, er jo å, at de skal bli trygge og føle at her kan de liksom komme med hva de vil da. Og da må man jo opptre på en måte som gjør at de føler seg vel».

Å få til denne åpenheten fra foreldrene er avgjørende for å kunne vurdere barnets vansker ut fra barnets helhetlige situasjon. Jeg tenker at for å kunne si at omsorgssituasjonen er undersøkt, slik Barnevoldsutvalget (NOU 2017: 12, s. 73-74) anbefaler, er utreder avhengig av å få til denne åpenheten fra foreldrene for å få innsikt i barnets omsorgssituasjon. Det

handler om åpenhet rundt barnets faktiske funksjonsnivå, strev og atferd, men også om egen hverdag, selv om dette ikke direkte handler om det henvisningen går ut på. Dette kan være utfordringer med foreldrerollen og samspill med egne barn, utfordringer med økonomi og jobb, utfordringer i parforholdet eller foreldres egne helseutfordringer, da spesielt psykiatri og rus. Jeg tenker det er i disse samtalene utreder har mulighet til å lære å kjenne barnets livssituasjon godt, og slik stå bedre stilt til å forstå om barnets vansker skyldes ASF eller barnets omsorgssituasjon.

Deltakernes erfaringer med hvor viktig en trygg relasjon er for å legge til rette for at foreldrene åpner seg opp om det som er vanskelig støttes som sagt av Skjervheim (1996, s. 75) når han skriver at en deltakende posisjon, subjektposisjon, i relasjonen mellom hjelper og den andre er avgjørende for at den andre åpner seg. Objektivisering bidrar til at pasienten lukker seg, sier han. Også Røkenes & Hanssen (2012, s. 191) er opptatt av relasjonens betydning for at den andre skal åpne seg. De skriver, som allerede nevnt, at klienten må føle seg trygg på at hen kan bli møtt med respekt uansett hva hen deler, og at dette kun er mulig å oppnå ved å anerkjenne og validere klientens opplevelser. Klientene selv rapporterer også at relasjonen til fagpersonen de møter er avgjørende. For at klienten, i vårt tilfelle foreldrene, skal åpne seg for den de møter, både fortelle om det som er vanskelig og være åpen for råd og innspill, er tillitt og at fagpersonen har tid og rom til å lytte og ta imot helt avgjørende (Røkenes & Hanssen, 2012, s. 180). Relasjonen mellom utreder og foreldre er altså helt avgjørende for hvor mye informasjon om barnets situasjon og vansker fagpersonene vil få. En deltaker har erfart at hvis hen ikke får til denne trygge relasjonen, kan konsekvensen være at foreldrene sitter og later som alt er greit. Det er selvsagt at utredningen da ikke vil gi nødvendig informasjon til å forstå hva barnets vansker handler om.

For å få til denne trygge relasjonen til foreldrene som bidrar til at de åpner seg, erfarer deltakerne at det er viktig å lytte, være transparent og ærlig med foreldrene. Foreldrene skal få sagt det de har å si, uten å bli avbrutt, og føler seg forstått på sin opplevelse. Foreldrene betraktes som samarbeidspartnere og skal gjennom hele utredningen vite hva som skal skje. «Jeg tenker at utgangspunktet for enhver relasjon er at de som kommer må vite hva vi skal» sier en deltaker. Ærlighet i vurderinger og konklusjoner trekkes også frem som viktig for å oppnå trygghet og åpenhet fra foreldrene. At foreldrene omtales av deltakerne som

samarbeidspartnere er godt eksempel på hvordan funnene mine viser at subjektposisjonen er godt ivaretatt i relasjonen mellom fagpersonene og foreldrene i disse utredningene, slik jeg har trukket frem flere ganger. Relasjonen mellom fagpersonen og foreldrene beskrives med dette som det Skjervheim (1996, s. 71-72) omtaler som treleddet, ved at de står sammen om utredningen som noe tredje. I begreper samarbeidspartnere ligger det implisitt at fagpersonene anser at de står sammen med foreldrene om å komme frem til en forståelse av barnets vansker.

I kapittel 2.6.1 presenterte jeg Aamodt (2014, s. 36) sine tanker om hvordan begge parter er med og påvirker hverandre gjensidig i en relasjon. Deltakernes beskrivelser av hva de gjør for å skape en slik trygg relasjon, som igjen bidrar til åpenhet fra foreldre, viser at deltakerne er bevisst hvordan de selv er med og påvirker foreldrenes atferd i møtet mellom dem. Beskrivelsene tyder på at fagpersonene tar ansvar for sitt bidrag inn i relasjonen, og reflekterer over hvordan de kan opptre ovenfor foreldrene, både for at foreldrene skal føle seg vel, men også for å få den informasjonen om barnets helhetlige situasjon som de trenger for å lære barnet å kjenne godt før de konkluderer med noen diagnose.

### 5.2.3 Strategier når en bekymring for omsorgssituasjonen må settes ord på

I kapittel 4.3 har jeg gjort rede for mine funn som omhandler relasjonsarbeidet mellom fagperson og foreldre når fagpersonen i en ASF-utredning blir bekymret for barnets omsorgssituasjon og må formidle denne bekymringen til foreldrene. Det dreier seg altså om situasjoner der barnet og familien er til utredning for ASF, men så opplever utreder å bli bekymret for om barnets vansker kan handle om omsorgssituasjonen. Det er viktig å understreke at disse situasjonene kan handle om at utreder erfarer at vanskene handler om omsorgssituasjonen og ikke ASF, men også de situasjonene deltakerne rapporterer at de opplever oftere, at bekymringen for omsorgssituasjonen kommer i tillegg til at de tenker at det er riktig å gi en ASF-diagnose. Altså at barnets vansker handler om en kombinasjon.

Å gå fra å være foreldrenes samarbeidspartnere til å bli bekymret for hvordan barnet blir ivaretatt av disse foreldrene beskrives av deltakerne som utfordrende. De forteller at det å sette ord på dette kan gjøre at de mister relasjonen og samarbeidet med foreldrene, og at i verste fall foreldrene avslutter samarbeidet og utredningsprosessen. Slutter foreldrene å



møte opp, vil de miste muligheten til å hjelpe barnet. I kapittel 2.3.2 presenterte jeg Killéns (2004, s. 21-22) tanker om hvordan omsorgssvikt kan være vanskelig for oss som fagpersoner å forholde oss til. Hun beskriver hvordan det smertefulle ved å ta inn over seg at et barn utsettes for omsorgssvikt kan gjøre at vi lukker øynene for dette, og at frykten for foreldrenes reaksjon kan gjøre at vi nøler med å sette ord på vår bekymring. Deltakerne bekymrer seg også for at hvis barnevernet da henlegger bekymringsmeldingen, vil barnet stå uten noen hjelpere. Deltakerne sier de allikevel melder hvis de er bekymret. Hvis utfordringene ligger i barnets omsorgssituasjon mener deltakerne at det ikke er noe de får gjort for å hjelpe. Dette er barnevernet mandat.

Hva skyldes det at relasjonen står på spill med en gang temaet omsorgssvikt kommer på banen? Røkenes & Hanssen (2012, s. 179) skriver at fagpersonen i møte med sårbare mennesker som er der fordi de trenger hjelp med noe, kan ramme den andres selvfølelse. Fagpersonen kan ramme den andres forhold til seg selv ved å få den andre til å føle seg for eksempel dum, redd, skamfull, avvist eller hjelpeløs. Jeg tenker dette er en relevant tilnærming til å forstå foreldrenes reaksjon i de tilfellene der relasjonen blir brutt av at foreldrenes omsorgsevne blir et tema i utredningen. Man vil ikke bli værende i en relasjon som gir disse negative opplevelsene av hvem man er, og løsningen kan da for noen foreldre bli å bryte relasjonen ved nettopp å ikke komme tilbake til fagpersonen. På denne måten kan selvfølelsen beskyttes. Røkenes & Hanssen (2012, s. 179) beskriver selvfølelsen som noe av det mest sentrale i et menneskes liv. Det står altså mye på spill for foreldrene når deres omsorgsevne blir et tema, og dette krever en sensitivitet i formidlingen fra fagpersonenes side. Deltakerne jeg intervjuet trekker frem at når de skal formidle en bekymring for barnets omsorgssituasjon til foreldrene legger de vekt på barnets bidrag inn i relasjonen. I kapittel 2.5.2 har jeg presentert transaksjonsmodellen, og hvordan barn og foreldre gjensidig påvirker hverandres bidrag i samspillet. Med utgangspunkt i en slik tenkning er det relevant å tenke at barn med symptomer forenelig med ASF, enten det skyldes ASF eller omsorgssituasjonen og erfaringer, vil kunne påvirke samspillet med sine foreldre. Deres utfordringer med kommunikasjon og gjensidig sosial interaksjon kan bidra til at foreldrene evner å møte deres behov for omsorg på en annen måte enn de ville klart å gjøre med et annet barn. En deltaker formulerer det slik: «Også sier vi implisitt at dette ville, dette her krever mer enn vanlig gode foreldre». Jeg forstår dette som at deltakeren forsøker å

formulere en bekymring som ivaretar åpenhet og ærlighet, samtidig som deltakerne forsøker å bevare samarbeidsposisjonen med foreldrene og slik bevare relasjonen. Gjennom å gi foreldrene støtte på det de står i som er utfordringer ikke alle foreldre møter på, skjermer deltakerne foreldrenes selvfølelse og relasjonen som samarbeidspartnere blir beskyttet. Jeg tenker det er relevant å stille spørsmål ved om denne strategien også kan handle om å slippe unna ubehaget Killén (2004, s. 21-22) beskriver at vi fagpersoner kan oppleve ved å erkjenne for oss selv hva barn utsettes for av omsorgssvikt.

Røkenes & Hanssen (2012, s. 178) skriver at relasjonen mellom fagperson og den som skal hjelpes er viktigere enn det som blir sagt og gjort. Det som fagpersonen sier tolkes av den andre ut fra hvilken relasjon de har. Er relasjonen trygg, kan kritiske kommentarer fra fagpersonen enklere bli tatt imot som hjelp. I en utrygg relasjon derimot, kan den samme kommentaren oppfattes som avvisning. Dette forteller noe om hvor viktig det er å jobbe med at relasjonen er på plass før ømtålige emner, som foreldrenes omsorgsevne, skal tas opp.

## 6. Konklusjon

I denne masteroppgaven har fagpersoners erfaringer med relasjonsarbeid i utredninger der de er i tvil om barnets vansker handler om ASF eller omsorgssvikt blitt undersøkt og beskrevet. Gjennom fire kvalitative dybdeintervjuer med fagpersoner som alle har lang erfaring med slike utredningsprosesser er disse erfaringene blitt beskrevet. Intervjuene ble videre transkribert, analysert i tråd med Malteruds tekstkondensering, fortolket og drøftet opp mot relevant teori omkring utredningsarbeid og relasjonsarbeid.

Intervjuene viser at selv om ikke alle deltakerne hadde et forhold til begrepet relasjonsarbeid, viste deres beskrivelser dyptgående erfaring med relasjonsarbeid slik jeg har definert begrepet i denne sammenhengen. Deltakernes beskriver at det å etablere og arbeide med relasjonen til barnet og familien er en stor del av utredningsprosessen. Deltakerne anerkjenner relasjonsarbeidet som relevant og viktig, både for å sørge for at utredningsprosessen blir en best mulig opplevelse for barnet og familien, men ikke minst for å lære barnet å kjenne godt og forstå hva barnets vansker handler om.

Fagpersonene beskriver i større grad fokus på relasjonsarbeid med foreldre enn barna når barn i aldersgruppen 1-12 år utredes for ASF. Mye av informasjonsinnhenting som gir forståelse av barnets vansker foregår i samtaler med foreldrene. Arbeidet med relasjonen for å få til en god dialog og et godt samarbeid går igjen i beskrivelsene. Studien viser også at fagpersonene er mer samstemte om viktigheten av relasjonsarbeid med foreldrene enn med barna. Å etablere og bygge en relasjon til barnet i utredningssammenheng beskrives av flere som helt sentralt for å få til en utredning og å komme frem til en forståelse av barnets vansker. Samtidig beskrives også erfaringer med at denne relasjonen har mindre å si for konklusjonen og at det å etablere en relasjon er mer sentralt i et langvarig behandlingsforløp enn i utredningssammenheng. Viktigheten av relasjonsarbeidet med foreldrene blir derimot jevnt over beskrevet som en sentral del av utredningsprosessen.

I mitt arbeid med å analysere og tolke intervjuene, har jeg funnet at et subjektsyn på barnet og familiene, der en empatisk holdning og likeverdighet står sentralt, preger fagpersonenes beskrivelser av måten de møter barnet og familien på. Dette kommer til syne gjennom

beskrivelser av at utredningen er noe de samhandler med barnet og foreldrene om, ikke noe de gjør med dem. Foreldrene omtales som samarbeidspartnere og samarbeid med barnet i testsituasjonen beskrives som avgjørende. Også Kierkegaards tanker om hjelpekunsten, som legger vekt på å starte der den andre er og begynne der, er å finne i deltakernes beskrivelser av hvordan de gir foreldrene tid og rom til å snakke om egne tanker og følelser omkring sin situasjon, og validerer disse.

Studien har også gitt innsikt i hvordan det å bli bekymret for omsorgssituasjonen til et barn som er i en utredningsprosess for ASF, oppleves som utfordrende for fagpersonene. Samarbeidsposisjonen til foreldrene bli da satt på spill, og deltakerne beskriver en frykt for å miste muligheten til å hjelpe barnet videre, hvis de setter ord på sin bekymring. Vi kan se at denne frykten påvirker relasjonsarbeidet gjennom måten fagpersonene ordlegger seg omkring sin bekymring.

Det er viktig å igjen trekke frem at jeg gikk inn i dette forskningsprosjektet med en forforståelse, som jeg har gjort rede for i kapittel 3.3. Med utgangspunkt i fenomenologisk-hermeneutisk forståelsesramme, anerkjenner jeg at denne ikke kan settes helt til side. Mine tidligere erfaringer med temaet har vært med å styre hvilke funn jeg har trukket frem og hvordan jeg har fortolket og drøftet disse. Jeg har allikevel forsøkt å være tro mot det deltakerne har formidlet i intervjuene, og latt deres stemme komme frem.

Gjennom denne prosessen har det dukket opp mange momenter jeg har blitt nysgjerrig på eller oppfatter som viktig at undersøkes nærmere, men som ikke har tilhørt denne studien. Jeg har, i likhet med Stokke (2011a) og Mayes et al. (2017), funnet lite forskning omkring hvordan det i Norge og internasjonalt jobbes rent klinisk med å skille ASF og omsorgsvikt. I lys av det Stokke (2011a; 2011b) skriver om hvordan dette kan være vanskelig å skille tenker jeg det vil være viktig å forske mer på hvordan dette gjøres i dag, og hvordan dette best mulig kan gjøres.

Både Surén et. al. (2019) og mine funn viser at utredninger av barn for ASF i dag preges av ulik praksis. Der Surén et al. (2019) viser til geografiske forskjeller og ulik diagnoseforståelse, viser mine funn at det i dag er rom for individuelle forskjeller i vektleggingen av

relasjonsarbeidet. Det vil være relevant og viktig å undersøke videre i hvilken utstrekning disse forskjellene foregår og hvordan dette påvirker den psykiske helsehjelpen barnet og familiene får.

I etterkant av min undersøkelse vil jeg også trekke frem at det ville vært interessant å belyse temaet fra familiens perspektiv. Hvordan vil de beskrive fagpersonenes relasjonsarbeid i ASF-utredningene? Opplevs arbeidet med relasjon mellom utreder og barnet og familien som nyttig og hjelpsomt for familiene? Opplever de seg møtt som subjekter, slik jeg i denne studien har beskrevet? Først når dette er belyst, tenker jeg vi kan si noe sikrere om hvilken rolle relasjonsarbeid spiller i disse utredningene.

## Litteraturliste

Aamodt, L. G. (2014). *Den gode relasjonen* (2. utg). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Aubert, K. E. (2020, 18. juli) Relasjon. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/relasjon>

Autismeforeningen i Norge. (2012, 12. november). Autisme-Fakta. Hentet fra <https://autismeforeningen.no/folkeinstituttet/>

Braut, G. S. (2022, 11. januar). ICD-11. I *Store norske leksikon*. Hentet fra <http://snl.no/ICD-11>

Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2006). *Klinisk barnepsykologi. Utvikling på avveier*. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.

Bruusgaard, D. (2022, 28. november). Differensialdiagnostikk. I *Store medisinske leksikon*. Hentet fra <https://sml.snl.no/differensialdiagnostikk>

Christensen, E. R. (2014). *Autisme, omsorgssvikt eller begge deler? Årsaksforklaringer av barns atferd – en kvalitativ studie av utfordringer i barnevernssaker* [Masteroppgave, Universitetet i Oslo]. DUO. <https://www.duo.uio.no/handle/10852/40577>

Departementene. (2013). *Du ser det ikke før du tror det. Rapport fra nasjonal konferanse om tidlig innsats rettet mot barn i alderen 0-6 år* (Publikasjonskode: Q-1218B). Departementene. [https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2013/du\\_ser\\_det\\_ikke.pdf](https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/rapporter/2013/du_ser_det_ikke.pdf)

Direktoratet for e-helse. (u.å.). *ICD-10: Den internasjonale statistiske klassifikasjonen av sykdommer og beslektede helseproblemer*. Hentet 2. mai 2023 fra <https://finnkode.ehelse.no/#icd10/0/0/0/2613755>

Dyrhaug, T. (2022, 6. juli). *Stadig færre barn i barnevernet*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern/artikler/stadig-faerre-barn-i-barnevernet>

Folkehelseinstituttet. (2020, 24. august). *Forskningsfunn fra Autismestudien*. Hentet fra <https://www.fhi.no/studier/autismestudien/forskningsfunn-autismestudien/>

Helse Sør-Øst. (2019). *Regional retningslinje for utredning og diagnostisering av autismespekterforstyrrelse (ASF)*. [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-autisme-adhd-tourettes-syndrom-og-narkolepsi-helse-sor-ost/Documents/01025\\_Regional\\_retningslinje\\_ASF\\_A41.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/regional-kompetansetjeneste-for-autisme-adhd-tourettes-syndrom-og-narkolepsi-helse-sor-ost/Documents/01025_Regional_retningslinje_ASF_A41.pdf)

Johannessen, A., Tufte, P.A. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Abstrakt forlag AS.

Killén, K. (2004). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar* (3. utg.). Kommuneforlaget AS.

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2021). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Gyldendal Norsk Forlag AS.

Kvello, Ø. (2011). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

Landmark, A. F. & Stänicke, L. I. (2016). *Det uforståelige barnet. Om å skape sammenheng mellom den indre og ytre verden*. Hertervig Forlag, Akademisk.

Malt, U. & Hem, E. (2020, 10. august). *Komorbiditet*. I Store medisinske leksikon. Hentet fra <https://sml.snl.no/komorbiditet>

Malterud, Kirsti. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning. En innføring* (3. utg.). Universitetsforlaget.

Malterud, K. (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis.

*Scandinavian journal of public health*, 40(8), 795-805.

<https://doi.org/10.1177/1403494812465030>

Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A. & Baweja, R. (2017). Autism and reactive detachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation.

*Clinical Child psychology and psychiatry*, 22(4), 620-631. DOI: 10.1177/135910456678039

Nordanger, D. (2015, 06. oktober). Er ADHD alltid ADHD? I *RVTS Sør*. Hentet fra

<https://rvtssor.no/aktuelt/51/er-adhd-alltid-adhd/>

NOU 2017: 12. (2017). *Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Barne- og likestillingsdepartementet.

<https://www.regjeringen.no/contentassets/a44ef6e251cd443396588483e97402ab/no/pdfs/nou201720170012000dddpdfs.pdf>

NOU 2018: 16. (2018). *Det viktigste først. Prinsipper for prioritering i den kommunale helse- og omsorgstjenesten og for offentlig finansierte tannhelsetjenester*. Helse- og omsorgsdepartementet.

[https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf?fbclid=IwAR0dlWdBG0-A\\_ztYfabltYMGezLOS6giXRf-TYw6sPVVFde-HmFrNBivvMI](https://www.regjeringen.no/contentassets/013aba8272d3412794ff7c78deb83e77/no/pdfs/nou201820180016000dddpdfs.pdf?fbclid=IwAR0dlWdBG0-A_ztYfabltYMGezLOS6giXRf-TYw6sPVVFde-HmFrNBivvMI)

Nøvik, T. S & Lea, R. A. (2019a, 21. mars). *Diagnosesystemene ICD og DSM*. Hentet fra

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-1-diagnostikk-og-utredning/diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/Diagnosesystemene-ICD-og-DSM/>

Nøvik, T. S. & Lea, R. A. (2019b, 21. mars). *Multiaksial klassifisering*. Hentet fra

<https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-1-diagnostikk-og-utredning/diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/multiaksial-klassifisering/>



Nøvik, T. S. & Lea, R. A. (2019c, 21. mars) *Generelt om diagnostikk*. Hentet fra <https://www.legeforeningen.no/foreningsledd/fagmed/norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/veiledere/veileder-i-bup/del-1-diagnostikk-og-utredning/diagnostikk-i-barne-og-ungdomspsykiatri/generelt-om-diagnostikk/>

Røkenes, O. H. & Hanssen, P.-I. (2012). *Bære eller bryte. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker* (3. utgave). Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.

Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Idé og tanke, Aschehoug.

Statistisk sentralbyrå. (2022, 6. juli). *Barnevern*. Hentet fra <https://www.ssb.no/sosiale-forhold-og-kriminalitet/barne-og-familievern/statistikk/barnevern>

Stokke, G. (2011a). *Autismespekterforstyrrelse eller tilknytningsforstyrrelse. Kunnskapsstatus i forhold til likheter, komorbiditet og differensialdiagnostiske utfordringer* (rapport nr.2).

Nasjonal kompetanseenhet for autisme. [https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansesenter-for-nevroutviklingsforstyrrelser-og-hypersomnier/Documents/Autisme-rapporter/Autismespekterforstyrrelse%20eller%20tilknytningsforstyrrelse-rapport2\\_2011.pdf](https://oslo-universitetssykehus.no/seksjon/nasjonalt-kompetansesenter-for-nevroutviklingsforstyrrelser-og-hypersomnier/Documents/Autisme-rapporter/Autismespekterforstyrrelse%20eller%20tilknytningsforstyrrelse-rapport2_2011.pdf)

Stokke, G. (2011b). Differensialdiagnostiske kriterier for autismespekterforstyrrelse og tilknytningsforstyrrelse. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 48(6), 529-534.

Surén, P., Havdahl, A., Øyen, A.-S., Schjølberg, S., Reichborn-Kjennerud, T., Magnus, P., Bakken, I. J. L. & Stoltenberg, C. (2019). Diagnostisering av autismespekterforstyrrelser hos barn i Norge. *Tidsskriftet Den Norske Legeforening*, 139(14). Doi: 10.4045/tidsskr.18.0960

Thagaard, T. (2018). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitative metoder* (5. utg.). Vigmostad & Bjørke AS.

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis. Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Gyldendal Norsk Forlag AS.

## Vedlegg 1: Informasjonsskriv/samtykkeskjema

### **Vil du delta i forskningsprosjektet** *«Relasjonsarbeid i kompliserte utredninger»?*

Dette er et spørsmål til deg om å delta i et forskningsprosjekt hvor formålet er å få innsikt i hvilken rolle relasjonsarbeid spiller i utredninger der det er utfordrende å skille Autismespekterforstyrrelser og uttrykk for omsorgssvikt hos barn. I dette skrevet gir vi deg informasjon om målene for prosjektet og hva deltakelse vil innebære for deg.

#### Formål

Prosjektet er en masteroppgave hvor jeg skal undersøke hvilke erfaringer fagpersoner ved ulike spesialisthelsetjenester som utreder barn mellom 1-12 år for autismespekterforstyrrelser har med relasjonsarbeid. Jeg er mest interessert i utredningsprosesser der det stilles spørsmål ved om barnets vansker skyldes autismespekterforstyrrelser eller kan være et uttrykk for omsorgssvikt. Hvordan utøves relasjonsarbeidet i slike utredninger? Hvordan bidrar det til diagnostisering og hvilke utfordringer bringer det med seg?

Problemstillingen er:

*Hvilken rolle spiller relasjonsarbeid ved kompliserte utredninger i spesialisthelsetjenesten hvor det er utfordrende å skille ASF og uttrykk for omsorgssvikt hos barn?*

#### **Hvem er ansvarlig for forskningsprosjektet?**

VID vitenskapelig høgskole er ansvarlig for prosjektet.

### **Hvorfor får du spørsmål om å delta?**

Jeg inviterer fem fagpersoner som til daglig arbeider med slike utredninger av barn mellom 1-12 år, ved ulike spesialisthelsetjenester. Dette er et strategisk utvalg, dvs. at du får denne invitasjonen basert på din erfaring og ditt arbeidssted.

### **Hva innebærer det for deg å delta?**

Hvis du velger å delta i prosjektet innebærer det at du vil bli intervjuet om dine erfaringer fra egen yrkeshverdag. Intervjuet vil gjennomføres av meg, Frida Os, som er masterstudent. Det vil ta om lag en time, og gjennomføres på avtalt tid og sted ut fra hva som fungerer for deg i din arbeidshverdag.

Det planlegges å ta lydopptak av intervjuet for senere transkribering. Lydopptaket vil slettes når masteroppgaven er godkjent.

### **Det er frivillig å delta**

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

### **Ditt personvern – hvordan vi oppbevarer og bruker dine opplysninger**

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

- Ved behandlingsansvarlig institusjon (VID) vil kun masterstudent Frida Os og veileder Helene Eidsmo Barder ha tilgang til dine opplysninger.
- Intervjuet vil tas opp på en mobil enhet som sender lyd kryptert til et sikkert nettsted.
- Deltakerne vil anonymiseres i publikasjonen og omtales som «Informant 1/ informant 2 etc.». Det vil kunne fremkomme hva slags type institusjon(er) deltakerne arbeider

ved, og kombinasjon av type arbeidssted og svar på intervjuet medfører at det ikke kan utelukkes at noen potensielt vil kunne gjenkjenne deg.

- Du vil kunne bli sitert i prosjektrapporten, men du får mulighet til gjennomlesning og sitatsjekk før publisering om du ønsker dette.

### **Hva skjer med opplysningene dine når vi avslutter forskningsprosjektet?**

Datamaterialet med dine personopplysninger vil slettes når oppgaven er godkjent, noe som etter planen er i desember 2022.

### **Dine rettigheter**

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

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

### **Hva gir oss rett til å behandle personopplysninger om deg?**

Vi behandler opplysninger om deg basert på ditt samtykke.

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

### **Hvor kan jeg finne ut mer?**

- VID vitenskapelige høyskole ved veileder og førsteamanuensis Helene Eidsmo Barder på epost [helene.barder@vid.no](mailto:helene.barder@vid.no)/ tlf. 22 45 19 17. eller student Frida Os på epost [fridab\\_os@hotmail.com](mailto:fridab_os@hotmail.com)/ tlf. 92280707.

- Vårt personvernombud: [personvernombud@vid.no](mailto:personvernombud@vid.no)

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

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

Med vennlig hilsen

Helene Eidsmo Barder  
(Forsker/veileder)

Frida Os  
(Student)

---

## Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet [*sett inn tittel*], og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til:

- å delta i kvalitativt intervju med lydopptak
- at jeg blir sitert i prosjektrapporten

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

-----  
(Signert av prosjektdeltaker, dato)

## Vedlegg 2: Intervjuguide

Velkommen hit og takk for at du vil snakke med meg. Litt om meg.

Det er viktig å si at jeg er ute etter dine erfaringer og synspunkter, ikke fasitsvar.

Minner om taushetsplikt. Eventuelle eksempler må anonymiseres tilstrekkelig.

Muligheten til å trekke din deltakelse når som helst i prosessen, per mail. Gjennomlesning og sitatsjekk før publisering.

Innledningsspørsmål:

- Hvor mye erfaring har du med utredninger av autisme hos barn? Hvor ofte vil du si du møter på dette i din arbeidshverdag?
- Hender det at du i slike utredninger er i tvil om barnets utfordringer kan skyldes omsorgssituasjonen, og ikke autisme?
  - Er det at dette kan være vanskelig å skille gjenkjennelig for deg?
  - Kan du fortelle om en konkret erfaring hvor du var i tvil?
  - Hva gjør du/dere for å klare å skille disse årsaksforklaringene til barnets utfordringer? Evt. samarbeid med andre instanser? S

Hovedspørsmål:

- Hva legger du i begrepet relasjonsarbeid i en utredningssammenheng?
- Hvordan utøver du relasjonsarbeid i slike utredninger hvor det er utfordrende å vite om det er snakk om ASF og omsorgssvikt?
  - Hva gjør du?
  - Hva er din hensikt med å gjøre dette?
  - Hvem er relasjonsarbeidet rettet mot?

- Hvilken nytte opplever du at relasjonsarbeidet har for å komme frem til riktig forståelse av barnets utfordringer?
- Hvilke utfordringer erfarer du at oppstår ved relasjonsarbeidet i slike utredninger?
  - Hva er vanskelig med dette relasjonsarbeidet?
  - Utfordringer i relasjonsarbeid med barnet/foreldrene/samarbeidspartnere?
  - Andre utfordringer enn tid/ressurser? F.eks. emosjonelle, etiske?

Avsluttende spørsmål:

- Er det noe du vil legge til? Er det noe du skulle ønske jeg hadde spurt deg om, som du vil få med?

Eventuelle tilleggsspørsmål:

- I hvilken grad erfarer du at omsorgssituasjonen blir utredet i en ASF-utredning?

Takk!



# Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD

04.05.2023, 14:59

Meldeskjema for behandling av personopplysninger



[Meldeskjema](#) / [Masteroppgave ASF og Omsorgssvikt](#) / Vurdering

## Vurdering av behandling av personopplysninger

**Referansenummer**  
584959

**Vurderingstype**  
Standard

**Dato**  
03.01.2023

**Prosjektittel**

Masteroppgave ASF og Omsorgssvikt

**Behandlingsansvarlig institusjon**

VID vitenskapelige høyskole / Fakultet for helsefag / Fakultet for helsefag Oslo

**Prosjektansvarlig**

Helene Eidsmo Barder

**Student**

Frida Bjerke Os

**Prosjektperiode**

01.06.2022 - 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 30.06.2023 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: Anne Lene L. Nymoen

Lykke til videre med prosjektet!

## Vedlegg 4: Skjema litteratursøk

Dato	Artikkel-base	Avgrensninger	Søkeord	Antall treff	Aktuell litteratur
13.04.22	Idunn	Utgivelses-tidspunkt januar 1980-d.d.	Autisme* AND omsorgs-svikt	17	<p>Vindegg, J. (2011). Tillitt og profesjonelt ansvar. <i>Tidsskriftet Norges Barnevern</i>, 88(2), 58-59. <a href="https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN1891-1838-2011-02-01">https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN1891-1838-2011-02-01</a></p> <p>Kvello, Ø. (2012). Tidlig barnevernsinnsats med utgangspunkt i tilknytningsforskning. <i>Tidsskriftet Norges Barnevern</i>, 89(3), 16-134. <a href="https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN1891-1838-2012-03-02">https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN1891-1838-2012-03-02</a></p> <p>Lorås, L. (2016). Systemisk familieterapi og Helsedirektoratets krav innen barne- og ungdomspsykiatrien i Norge. <i>Fokus på familien</i>, 44(2), 93-112. <a href="https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.0807-7487-2016-02-02">https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.0807-7487-2016-02-02</a></p>
13.04.22	Idunn		Relasjons-arbeid AND utredning	8	<p>Lanesskog, J. &amp; Wennesland, J. (2004). Diagnoser til besvær? <i>Rus og avhengighet</i>, 7(4), 30-32. <a href="https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN0809-2834-2004-04-19">https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN0809-2834-2004-04-19</a></p>
13.04.22	Idunn	Utgivelses-tidspunkt januar 2010-d.d.	Autisme* AND utredning AND barn	28	<p>Svantorp, T. (2011). Når noen ikke snakker - Beskrivelse av et samarbeid med Ine, hennes daglige omgivelser og Ambulant team i Poliklinikk for Barn og</p>

					<p>Ungdoms psykiske helse. <i>Fokus på familien</i>, 39(2), 135-146. <a href="https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN0807-7487-2011-02-05">https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/ISSN0807-7487-2011-02-05</a></p> <p>Røstbakken, T. &amp; Røstbakken, A. C. (2017). Diagnosen. Og mennesket. <i>Tidsskrift for psykisk helsearbeid</i>, 14(3), 280-284. <a href="https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-09">https://doi-org.ezproxy.vid.no/10.18261/issn.1504-3010-2017-03-09</a></p>
13.04.22	Idunn		Autisme* AND tilknytning * AND utredning	18	0
13.04.22	Academic search elite	2010-2022 Fulltekst	Autism* AND child neglect AND diagnosing	2	0
13.04.22	Academic search elite	2010-2022 Fulltekst	Autism* AND neglect AND children	36	<p>Brenner, J., Pan, Z., Mazefsky, C., Smith, K. A. &amp; Gabriels, R. (2018). Behavioral Symptoms of Reported Abuse in Children and Adolescents with Autism Spectrum Disorder in Inpatient Settings. <i>Journal of autism and developmental disorders</i>, 48(11), 3727-3735. <a href="https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.vid.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&amp;sid=5c5d96de-17cc-40a4-9b0f-ec3e737abbf7%40redis">https://web-p-ebscohost-com.ezproxy.vid.no/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&amp;sid=5c5d96de-17cc-40a4-9b0f-ec3e737abbf7%40redis</a></p>
03.05.23	PubMed	01.01.2010-dd	Autism spectrum disorder	9	<p>Mayes, S. D., Calhoun, S. L., Waschbusch, D. A. &amp; Baweja, R. (2017). Autism and reactive</p>

			reactive differenti* diagnostic *	detachment/disinhibited social engagement disorders: Co-occurrence and differentiation. <i>Clinical Child psychology          and psychiatry, 22(4), 620-          631. DOI:          10.1177/13591045667803          9</i> <a href="https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27895198/">https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27895198/</a>
--	--	--	--	--