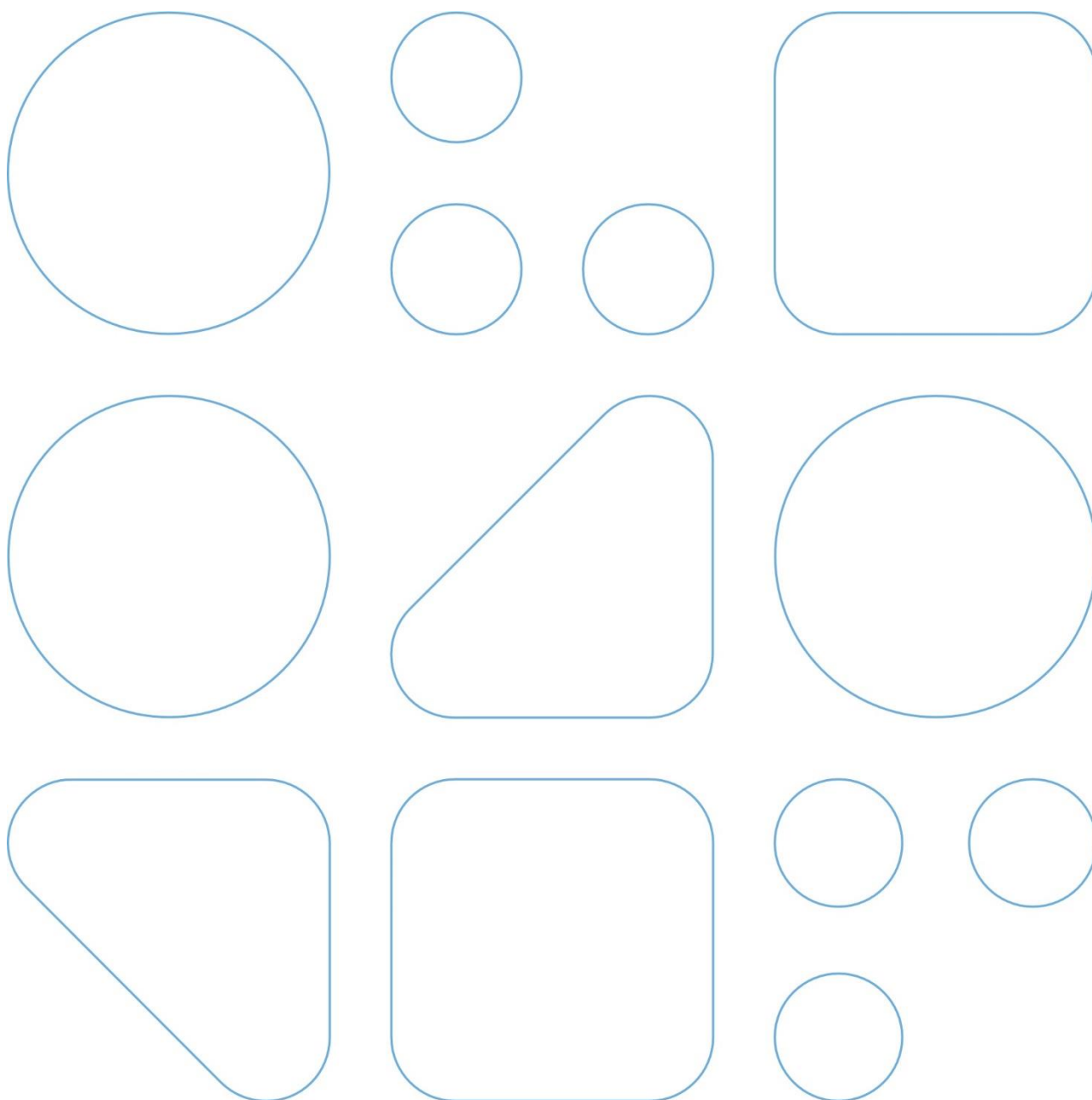


# Håndbok i basisutredning for barn og unges psykiske helsevern

Versjon 1.2

08.11.2022



**Tittel:**

Håndbok i basisutredning for barn og unges psykiske helsevern

**Beslutningsdato:**

10.03.2022

**Besluttet av:**

Avdelingsleder Morten Grøvli

**Håndbok utarbeidet av:**

Erling W. Rognli, Tommy Tollefsen, Espen A. Wasshaug, Birgitte Breistein, Kjersti Storberg, Marianne Haugvik

**Prosjektleder:**

Erling W. Rognli

**Arbeidsgruppen takker:**

Trine Andersen, Heidi Langseth, Hege Strøm Natvig, Bettina Tungevåg, Thorfinnur Gudmundsson og Wanda Røstad for råd og innspill underveis i prosessen.

Ingvild Skorpen for råd vedrørende kartlegging av økonomiske forhold i Skjema for bakgrunnsopplysninger.

Ungdomsrådet ved Ahus for tilbakemeldinger om samtalekart for ungdom.

Ledergruppen i ABUP for tilliten til å gjennomføre oppdraget.

## Forord

I vurderinger og utviklingsmål for helsetjenestene er det noen felles faglige verdier de fleste er enige om. Dette er blant annet å sikre virkningsfulle tjenester basert på kunnskapsbasert praksis, å redusere unødvendig variasjon i tjenestetilbudet, og å utvikle trygge og likeverdige tjenester med pasientens perspektiv og medvirkning i sentrum. Disse faglige verdiene er derfor viktige i Avdeling barn og unges psykiske helsevern (ABUP) ved Akershus universitetssykehus (Ahus). Det er et prioritert mål å skape et godt, trygt og likeverdig tilbud i hele avdelingen, ved alle seksjoner, og i hele vårt distrikt. Denne håndboken i basisutredning har som mål å bidra til nettopp dette: Å sikre god faglig kvalitet i møtet med oss, slik at pasientene får trygge og likeverdige tjenester, uansett hvilken seksjon, hvilken enhet eller hvilken kliniker de møter. Dette vil også bidra til å gi alle behandlere og alle ansatte trygghet i møtet med barn og familier, og det vil gi oss et nødvendig faglig fellesskap og utgangspunkt for både faglig arbeid, tjenesteutvikling og kompetanseheving.

Nasjonale pasientforløp psykisk helse barn og unge har som et grunnleggende premiss for behandlingen at det først skal foretas en basisutredning. Denne skal munne ut i en helhetlig vurdering, som er grunnlaget for en beslutning om videre tiltak. Praksis for innhold og metodikk i utredning har tidligere variert noe mellom de ulike seksjonene i ABUP. Ledermøtet besluttet derfor 17.11.2020 å sette ned en arbeidsgruppe ledet av Erling Rognli, med mandat å utarbeide et forslag til en enhetlig praksis for basisutredning i avdelingen. Dette arbeidet kom inn i tiltaksplanen for 2021. Arbeidet skulle bygge videre på den eksisterende BUP-håndboka/INSUM (R.BUP). Mandatet forelå 08.02.2021, og gruppen startet sitt arbeid våren 2021.

Første utkast til ny håndbok i basisutredning forelå fra arbeidsgruppen 06.12.2021, og ble gjennomgått på ledermøte i ABUP 04.01.2022. I løpet av vinteren ble det gitt tilbakemeldinger fra seksjonene, og håndboken ble justert og bearbeidet i tråd med dette. Håndboken og metodikken ble endelig besluttet på ledermøtet 08.03.2022, og innholdet ble videre bearbeidet på bakgrunn av nye tilbakemeldinger. Tiltaksplanen for 2022 hadde som mål å starte arbeidet med implementering. Den første undervisningen i hovedpunktene ble gitt på nyansattundervisningen forsommeren og tidlig høst 2022.

Høsten 2022 ble det igangsatt et arbeid med endring av fraser og maler, utarbeidelse av nye prosedyrer, ny og forenklet kodepraksis, og praksis vedrørende dagens bruk av diverse kartleggings skjemaer ble gjennomgått. På bakgrunn av dette ble det laget en helhetlig plan for implementering i avdelingen. Formelt sett blir den nye håndboken, og dennes metodikk for basisutredning, tatt i bruk 06.01.2023, og alle maler, fraser, kartleggings skjemaer og organisering av inntaksarbeid og basisutredning ble endret fra denne dag, i tråd med dette. Et av hovedmålene for ABUP i 2023 er å etablere ny praksis for basisutredning fullt ut, i tråd med håndboken.

Håndbok i basisutredning for ABUP gir et godt grunnlag for en slik kvalitetssikret og helhetlig praksis i hele avdelingen, og alle dens 9 seksjoner. Den bygger på etablert og eksisterende kunnskapsgrunnlag, eksisterende nasjonale veiledere, de nasjonale pasientforløp psykisk helse barn og unge, og BUP-håndboka/INSUM (RBUP). Den vil sikre alle barn og unge i kontakt med ABUP en faglig forsvarlig vurdering og behandling. Den vil som nevnt også lette felles undervisning og kunnskapsformidling, den vil bidra til å skape et sterkt fagmiljø med gjensidig erfaringsutveksling og kunnskapsdeling, og den vil gjøre det enklere å drive forskning og fagutvikling i avdelingen.

Jeg vil med dette også takke alle involverte i arbeidet, alle som har bidratt til kunnskapsoppsummeringer, utarbeidelse av håndboken, og implementering av håndboken i hele avdelingen, og alle dens 9 kliniske seksjoner.

Ahus, 08.11.2022

Morten Grøvli

Avdelingsleder

# Innhold

Forord .....	2
1. Sammendrag .....	6
2. Om basisutredning og denne håndboken .....	8
2.1. Basisutredningens forutsetninger, plass og rolle i pasientforløpet .....	8
2.1.1. Risikovurderinger .....	8
2.1.2. Tilstrekkelig arbeidsallianse .....	9
2.2. Vurdering av behov for utvidet utredning og andre overganger mellom ulike faser i pasientforløpet .....	10
3. Basisutredningens bestanddeler .....	12
3.1. Multiple informanter og håndtering av diskrepans .....	12
3.2. Somatiske forhold .....	14
3.3. Dokumentasjon og journalstruktur .....	14
4. Utredningstiltak i basisutredning .....	16
4.1. Anamneseopptak med foresatte .....	16
4.1.1. Metode .....	16
4.1.2. Særlige hensyn og tilpasninger .....	16
4.1.3. Dokumentasjon .....	17
4.2. Møte med pasienten .....	17
4.2.1. Metode .....	17
4.2.2. Særlige hensyn og tilpasninger .....	20
4.2.3. Dokumentasjon .....	21
4.3. Symptomkartlegging .....	21
4.3.1. Metode .....	21
4.3.2. Dokumentasjon .....	24
5. Organisering og tidsbruk .....	25
6. Konklusjon og diagnostiske vurderinger .....	26
6.1. Relevant informasjon fra utredningen .....	26
6.2. Diagnostiske vurderinger .....	27
6.3. Diagnostisk konklusjon og koder .....	29
6.4. Vurdering av ressurser og sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer .....	29

6.5.	Faglig tilråding om tiltak .....	30
7.	Eksempler på diagnostiske vurderinger med konklusjon og koder .....	31
7.1.	Kasus 1 – Ungdom med angstlidelse.....	31
7.2.	Kasus 2 – Barn med atferdsforstyrrelse .....	33
8.	Litteratur.....	35

# 1.Sammendrag

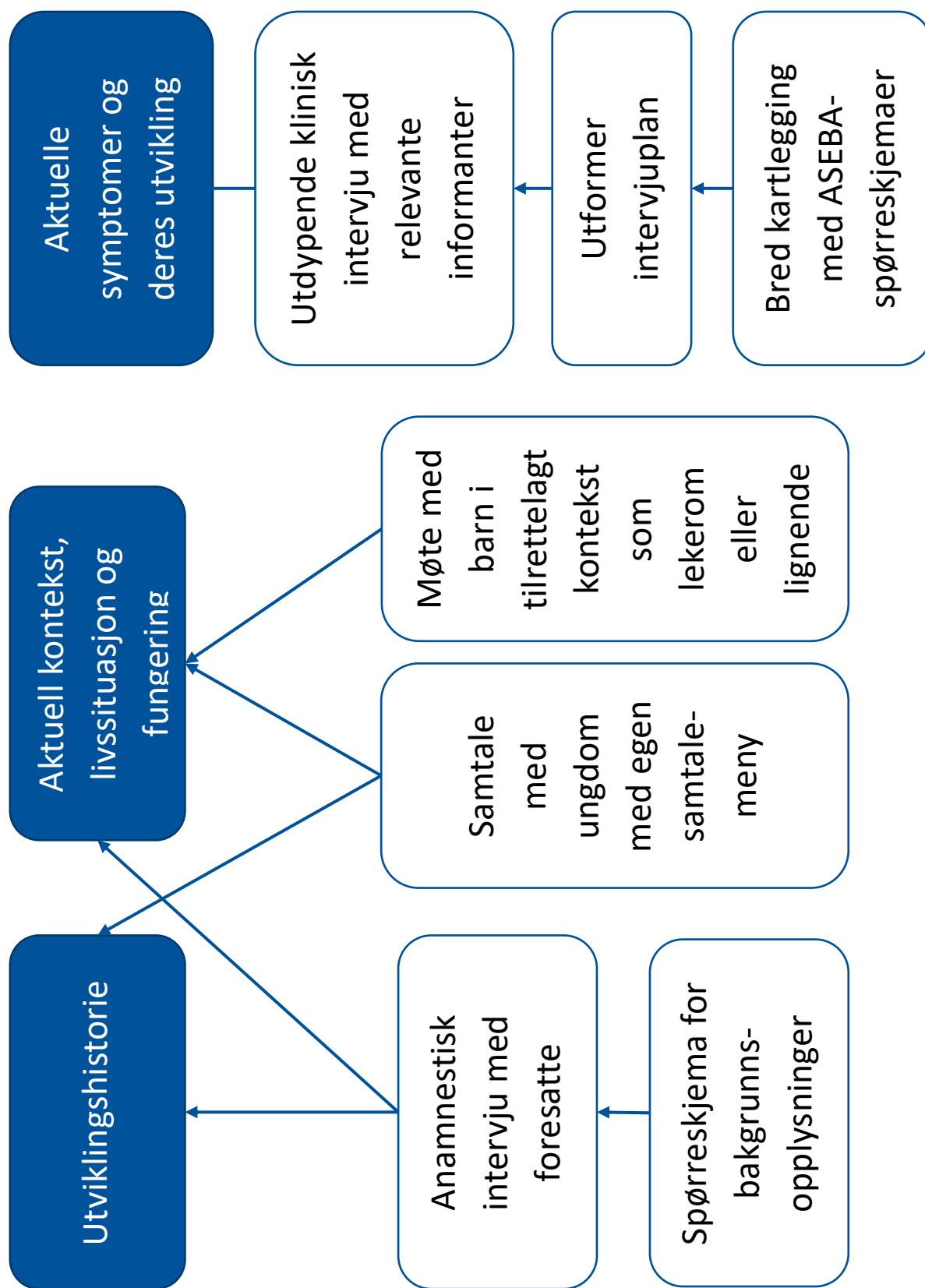
Denne håndboken er en faglig retningslinje for basisutredning i Avdeling for barn og unges psykiske helsevern (ABUP) ved Akershus universitetssykehus HF (Ahus). Innholdet i basisutredning består av å innhente et bestemt sett av opplysninger, vanligvis gjennom et anbefalt sett av utredningstiltak. Hensikten med å innhente disse opplysningene er å kunne gjøre en faglig forsvarlig multiaksial diagnostisk vurdering. Med dette menes en skriftlig beskrivelse og faglig vurdering av tilstandsbildet til det henviste barnet eller ungdommen, med korresponderende koder på alle akser. Opplysningene som ligger til grunn for vurderingen skal være innhentet med tilstrekkelig bredde i hvilke informanter som benyttes, og med tilstrekkelig sikring av validitet. Settet av opplysningene som skal innhentes består av:

- Pasientens utviklingshistorie.
- Pasientens aktuelle kontekst, livssituasjon og fungering.
- Pasientens aktuelle symptomer og deres utvikling.

Innhenting av disse opplysningene i tilstrekkelig detalj og med tilstrekkelig bredde i informanter er det avgjørende for å gjennomføre basisutredning. Håndboken beskriver videre et anbefalt sett av utredningstiltak for å innhente disse opplysningene. Disse er:

- Et anamneseopptak med foreldrene som informanter, med støtte i et forhåndsutfyllt standardisert kartleggingsskjema for bakgrunnsopplysninger.
- Et alderstilpasset møte med pasienten, hvor barnet eller ungdommen kan formidle eller vise noe om seg selv og sin opplevelse av sitt liv og kontekst. For barn anbefales det at samtalen foregår i en kontekst og form som gir barnet en opplevelse å kunne påvirke premisene for samtalen og bli møtt i en kontekst de behersker. For ungdom er det utviklet et samtalekart til bruk for å støtte og strukturere slike samtaler. For alle pasienter inneholder møtet en systematisk kartlegging av potensielt traumatiserende hendelser.
- Kartlegging av symptomer i en totrinnsprosess. Først innhentes ASEBA-spørreskjemaer fra alle relevante informanter. Deretter utformes en intervjuplan basert på ASEBA-skårer, hvor behandler tar stilling til hvilke informanter som skal intervjues for å avklare hvilke symptomer som er til stede og deres utforming i tid, og gjennomfører nødvendige intervjuer.

På neste side står en visuell fremstilling av strukturen i basisutredningen. Ved behov må utredningstiltakene tilpasses den aktuelle pasienten; disse tiltakene er faglige anbefalinger. Det avgjørende er å dekke hele settet av opplysninger som må innhentes som del av basisutredning. Videre beskriver håndboken viktige forutsetninger for basisutredning, herunder etablering av tilstrekkelig arbeidsallianse og forsvarlig vurdering av risiko, drøfter håndtering av diskrepans mellom ulike informanter, gir anbefalinger for dokumentasjon av basisutredningen, og veiledning i å utforme og skrive en diagnostisk vurdering.





## 2. Om basisutredning og denne håndboken

Denne håndboken er den faglige retningslinjen utarbeidet av ABUP ved Ahus for gjennomføring av trinnet *basisutredning* i pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern for barn og unge [1]. De nasjonale pasientforløpene har naturlig nok lite veiledning på metodevalg, kliniske fremgangsmåter og organisering av det kliniske arbeidet; dette er forutsatt organisert av det enkelte helseforetak ut fra lokale hensyn. Håndboka er utarbeidet av en tverrfaglig sammensatt arbeidsgruppe, med innspill underveis fra en oppnevnt referansegruppe. Hensikten har vært å etablere en felles faglig standard for hele avdelingen, og derved bidra til enhetlig og faglig forsvarlig praksis, samt effektiv ressursbruk.

Håndboken begynner med en drøfting av basisutredningens plass i pasientforløpet, og forutsetningene for å kunne gjennomføre en basisutredning. Deretter følger en gjennomgang av hvilke opplysninger basisutredningen skal innhente, og hvilke metoder avdelingen har valgt som hovedregel for å innhente disse for ulike pasientgrupper. Så kommer en del om organisering og praktisk gjennomføring av basisutredning. Til slutt følger en del om diagnostisk vurdering og konklusjon etter basisutredningen. Hvordan basisutredningen skal dokumenteres i pasientjournal beskrives fortløpende.

### 2.1. Basisutredningens forutsetninger, plass og rolle i pasientforløpet

Hensikten med basisutredning er å avklare pasientens tilstandsbilde slik at det kan tas en klinisk beslutning om behandling, utvidet utredning eller behov for andre tiltak [1]. Med tilstandsbilde forstås i denne håndboken informasjon som gir grunnlag for å utforme en enkel kasusformulering/diagnostisk vurdering etter ICD-systemet med alle 6 akser [2].

I pasientforløpet inngår ikke første samtale som del av basisutredningen, og dette er også lagt til grunn i denne håndboken. Det er ikke noe hinder for å organisere forløpet slik at tiltakene som utgjør basisutredningen følger sømløst etter, eller som en del av, den første samtalen. Samtidig er det konseptuelt nyttig å skille mellom den første samtalen og basisutredningen, fordi de er tillagt ulike funksjoner.

Den første samtalen i pasientforløpet har utredningselementer, i den forstand at man undersøker pasienten og eventuelt familiens oppfatning av problemet og årsaker til dette. Den innebærer også observasjon og vurdering av psykisk status. Samtidig skal den første samtalen særlig bidra til å avklare og sørge for at forutsetningene for en valid basisutredning er til stede. Dette gjelder både å sikre at henvisningsgrunnen er korrekt og fortsatt gjeldende, at det foreligger samtykke til helsehjelp, og at pasienten og familien er i en situasjon hvor det er mulig og riktig å gjennomføre basisutredning.

#### 2.1.1. Risikovurderinger

En andel av pasientene i ABUP er i risiko for å utføre selvskaide/villet egenskaide eller gjøre forsøk på selvmord. Det er også noen pasienter som kan være i risiko for å utøve vold, mot behandlere eller andre de har kontakt med. Slik risiko må vurderes og håndteres før basisutredningen kan gjennomføres på en forsvarlig måte. BUP har egne prosedyrer for vurdering av selvmords- og voldsrisiko. Disse innebærer en enkel kartlegging av alle pasienter, og nærmere vurdering ved

indikasjon. Kartlegging av behov for vurdering av risiko for selvskade/villet egenskade, selvmords- og voldsrisiko skal utføres i den første samtalen. Der kartleggingen viser behov for nærmere vurdering må dette gjennomføres før tiltakene i basisutredningen, og gjennomføringen av basisutredningen kan i enkelte tilfeller måtte tilpasses risikobildet.

### 2.1.2. Tilstrekkelig arbeidsallianse

Hvis en basisutredning skal gjennomføres er det viktig at den første samtalen bidrar til å etablere nødvendige rammer, avklare forventninger og etablere arbeidsallianse [3]. En vellykket basisutredning forutsetter en tilstrekkelig arbeidsallianse. Begrepet arbeidsallianse viser til i hvilken grad samhandlingen har karakter av et målrettet samarbeid i en tillitsfull ramme, og organiseres gjerne som enighet om mål og oppgaver og et emosjonelt bånd [4]. Enighet og tillit må være gjensidig, en allianse innebærer også at helsepersonell ivaretar sin faglige integritet i møte med tjenestemottakers/pasientens ønsker og behov.

Med flertallet av familier som kommer til BUP er det enkelt å etablere en tilstrekkelig arbeidsallianse for utredning i løpet av den første samtalen. De fleste oppfatter det intuitivt som et rimelig første mål å få en bedre felles oversikt over og forståelse av vanskene og livet deres. De fleste oppfatter også et lite antall samtaler med konkrete spørsmål de skal svare på som en rimelig måte å arbeide mot dette målet på. De fleste har også godartede representasjoner av hjelpere og derfor positive forventninger til at behandlere ved BUP ønsker og evner å være til hjelp. For disse familiene vil tilstrekkelig arbeidsallianse etableres når behandleren er nysgjerrig og åpen, ikke-dømmende og validerende og presenterer en tydelig plan og rasjonale for basisutredningen.

Samtidig vil det være en andel familier hvor det er vanskeligere å etablere arbeidsallianse for utredning, og hvor behandler enten må gjøre særlige tiltak for å etablere en tilstrekkelig arbeidsallianse, eller eventuelt gjøre en vurdering av at normal basisutredning ikke kan foretas på det aktuelle tidspunktet. Denne vurderingen må gjøres i løpet av den første samtalen. Å gjennomføre utredningsskritt med pasienter eller foreldre uten tilstrekkelig arbeidsallianse vil både gjøre at gyldigheten til informasjonen som kommer frem blir mer usikker, og kan bidra til at det blir vanskeligere å etablere arbeidsallianse for behandling senere i forløpet.

Eventuelle vansker med å etablere en tilstrekkelig arbeidsallianse kan skyldes flere ulike forhold. Vanskene kan oppstå i relasjon til hele familien, til enkelte familiemedlemmer eller til pasienten selv. Opplevelsen av alliansen kan oppleves ulikt av familie, pasient og behandler og er noe behandler bør være oppmerksom på. Behandler bør også være oppmerksom på relasjonelle forhold og sin egen rolle i etablering av arbeidsallianse. Dersom det er uklarerheter rundt alliansen må dette tas opp på en undrende og ikke-dømmende måte.

Noen ganger er det vanskelig å etablere arbeidsallianse med bestemte medlemmer av familien. Dette kan gjelde både en eller begge foresatte eller pasienten selv. Viktige grunner til dette kan være ulik oppfatning av behovet for hjelp, eller hva slags hjelp det er behov for, og ulik tiltro til BUP eller andre offentlige hjelpeinstanser. Ofte vil det her være nyttig å løfte frem og påpeke de ulike perspektivene i familien i den første samtalen, anerkjenne de ulike familiemedlemmenes forståelse av situasjonen uten å ta for tydelig side, og fremheve utredning som en måte å forstå hva som foregår i familien og finne ut om BUP kan være til hjelp. For ungdom som er skeptiske til kontakt med BUP vil det ofte være viktig å få en opplevelse av å bli tatt alvorlig i den første samtalen, og at behandlere viser sin forståelse ved presise refleksjoner heller enn å formidle direkte verbale uttrykk for å forstå.

I noen tilfeller har hele eller deler av familien en opplevelse av å være i krise, altså at livssituasjonen er uoversiktlig eller uforutsigbar, eller at det foreligger problemer som må håndteres umiddelbart. Dette vil ofte kunne hindre gjennomføringen av en valid basisutredning, fordi det å håndtere eller løse krisesituasjonen vil oppleves viktigere enn å få bedre oversikt over pasientens tilstandsbilde. I slike tilfeller er det vesentlig å raskt avklare om krisesituasjonen er av en slik art at BUP kan være til hjelp for å stabilisere situasjonen, og alternativt få på plass kontakt med en annen hjelpeinstans som er mer relevant. Noen ganger vil det være mulig å gjennomføre skrittene i en basisutredning parallelt med tiltak rettet mot å stabilisere krisen, enten gjennomført av BUP eller en samarbeidende instans. I andre tilfeller vil det være riktig å avvente basisutredning, fordi resultatene uansett ville bli upålitelige.

Det kan også hende at noen i familien har en bestemt oppfatning av hva problemet er, eller interesse av at problemet blir forstått på en bestemt måte fremfor på andre måter. Dette er også en utfordring for etablering av arbeidsallianse for utredning, fordi denne informanten vil ha et annet mål enn bare å få en bedre forståelse av problemet. Typiske eksempler på situasjoner som kan påvirke foreldre som informanter er konflikter i forbindelse med et pågående samlivsbrudd, eller en undersøkelse fra barneverntjenesten som ikke er avsluttet. Når en behandler tror dette kan være tilfelle vil det ofte være nyttig i seg selv å artikulere dette åpent og ikke-dømmende med den aktuelle informanten, og utforske dennes motivasjon og tankegang.

*«Det sentrale er at behandlere i hver sak gjør en konkret vurdering av om det oppnås og opprettholdes tilstrekkelig arbeidsallianse for utredning.»*

Situasjonen til pasienter og familier som kommer til BUP varierer mye, og det er ikke mulig å gi noen uttømmende liste over ulike hindre for å etablere arbeidsallianse for utredning. Det sentrale poenget er at behandlere i hver sak gjør en konkret vurdering av om det oppnås og opprettholdes *tilstrekkelig* arbeidsallianse for utredning. Der det oppnås en svak arbeidsallianse for utredning med pasient og/eller foreldre må forbehold og usikkerhet ved resultatene journalføres, og formidles åpent til informantene.

## **2.2. Vurdering av behov for utvidet utredning og andre overganger mellom ulike faser i pasientforløpet**

En stor andel av pasientforløpene ved BUP vil kunne utredes ferdig med basisutredning. Angstlidelser, depressive tilstander, tvangslidelser, atferdsforstyrrelser, tilpasningsforstyrrelser og PTSD vil som eksempler i de aller fleste tilfeller kunne utredes tilstrekkelig gjennom basisutredning.

Ved utredning av en del andre tilstander, som ADHD, autismespekterforstyrrelse og lærevansker, vil det svært ofte være behov for utvidet utredning. Utvidet utredning er også ofte nødvendig ved kompleks somatisk differensialdiagnostikk, svært sammensatte tilstandsbilder, eller ved mistanke om tilstander på akse 5 hvor det er nødvendig med observasjon eller innhenting av omfattende komparentopplysninger.

Ved beslutning om overgang fra basisutredning til utvidet utredning vil det som oftest være nok å skrive et kort notat etter basisutredning (bruk dokumenttype: «BUP Klinisk diagnostisk vurdering» og avdelingsfrasen «J\_INTERNTVURDNOTAT») hvor det fremkommer at det er besluttet å gå videre med utvidet utredning. Andre ganger vil det imidlertid være nyttig å skrive en grundig

klinisk diagnostisk drøfting (bruk dokumenttype: «BUP Klinisk diagnostisk vurdering» og avdelingsfrasen «J\_KLINDIAGNVURD») for å gjøre en god vurdering av behovet for utvidet utredning og planlegge metode for utvidet utredning. En slik grundig skriftliggjøring kan være en del av vurderings-/beslutningsprosessen og kan klargjøre om det faktisk er behov for utvidet utredning og hvilke ytterligere opplysninger som må innhentes for å kunne vurdere diagnostisk på alle akser. Deretter lages ny utredningsplan for den utvidete utredningen.

Der det allerede i den første samtalen blir vurdert som overveiende sannsynlig at en vil ha behov for utvidet utredning i form av mer omfattende utredningstiltak enn det som ligger til basisutredningen (for eksempel ved utredning av ulike nevroutviklingsforstyrrelser), kan en allerede etter Første samtale skrive utredningsplan som innbefatter både basis- og utvidet utredning, samt kode dette med pasientforløpskode «Behov for utvidet utredning». En vil da i utgangspunktet ikke trenge å skrive et vurderingsnotat for overgangen mellom basis- og utvidet utredning. Det er imidlertid viktig å vurdere underveis i utredningen hvorvidt ny informasjon tilsier at det ikke er behov for å gjennomføre alle de utredningstiltak som ble planlagt, og da avslutte og oppsummere utredningen.

Ikke alle pasienter som kommer til ABUP trenger basisutredning slik det beskrives i denne håndboken. Dette kan for eksempel gjelde pasienter som relativt nylig er utredet og/eller behandlet for samme tilstand ved ABUP eller et annet helseforetak. I slike pasientforløp vil første samtale ved BUP kunne danne grunnlag for vurdering og beslutning om videre tiltak i form av behandling ved BUP eller avslutning ved BUP (eventuelt med henvisning til andre instanser).

## 3. Basisutredningens bestanddeler

Opplysningene som er nødvendige for å gjøre en faglig god vurdering av tilstandsbildet til pasienten og stille en diagnose kan deles i tre områder:

- 1) Pasientens utviklingshistorie
- 2) Pasientens aktuelle kontekst, livssituasjon og fungering
- 3) Pasientens aktuelle symptomer og deres utvikling

Disse områdene skal kartlegges gjennom innhenting av informasjon fra flere informanter, gjennom samtale og/eller observasjon. Det er vanligvis ikke tilstrekkelig å benytte kun barnet eller ungdommen eller kun foreldrene som informanter.

Hensikten med basisutredningen er å få en tilstrekkelig detaljert og nøyaktig forståelse og oversikt over disse områdene og deres utviklingsmessige sammenheng. Denne forståelsen danner grunnlag for diagnostikk, kasusformulering og behandlingsplanlegging. Prosessen med basisutredning innebærer ikke at en forståelse eller sammenheng formidles ferdig fra familien, men at en slik forståelse utvikles i samspillet mellom klinikerens fagkunnskap og metodikk og familiens erfaringer. Ofte er opplevelsen av utviklingen av psykisk lidelse eller utviklingsforstyrrelse overveldende eller kaotisk – utredningen innebærer da å gi denne erfaringen mer orden gjennom å organisere erfaringene i tid og innbyrdes sammenheng.

Det er nyttig å opprettholde et konseptuelt skille mellom:

- De opplysningene som basisutredningen skal innhente
- Hvilke utredningstiltak som gjennomføres for å innhente disse opplysningene
- Hvordan disse utredningstiltakene organiseres praktisk

De tre områdene med opplysninger er de samme på tvers av alle pasienter. Hvilke konkrete utredningstiltak en foretar for å dekke dem vil variere mellom pasienter, på grunn av alder og andre forhold. De samme utredningstiltakene kan videre organiseres på ulike måter. To distinkte utredningstiltak kan gjennomføres i løpet av samme konsultasjon, eller ett tiltak kan deles over flere. Ett tiltak kan også bidra med informasjon til flere av områdene. Likeledes kan hele basisutredningen gjennomføres på en dag.

Ved å holde et slikt konseptuelt skille er det lettere å holde det klart for seg hva ved basisutredningen som kan tilpasses og gjøres annerledes på grunn av en konkret klinisk vurdering, og hva som er nødvendig for å kunne si at en basisutredning er gjennomført.

### 3.1. Multiple informanter og håndtering av diskrepans

Det er et sentralt prinsipp for utredning i psykisk helsevern for barn og unge at informasjon om disse områdene innhentes fra flere informanter der mulig [1, 5]. Pasienten eller foresatte kan av ulike grunner nekte BUP tilgang til sentrale informanter. I slike tilfeller må utreder vurdere om det er mulig å gjennomføre et utredningsoppdrag på en forsvarlig måte. For barn og ungdom vil de

selv og deres primære omsorgspersoner være de viktigste informantene. I tillegg er det nyttig å innhente opplysninger fra en eller flere lærere, fordi disse ser pasienten i en omfattende livskontekst hvor foreldrene ikke er til stede. Pasienten, foreldre og lærer er følgelig normalt de viktigste informantene. Imidlertid bør en gjøre en konkret vurdering i hvert enkelt tilfelle om det er andre informanter som kan tilføre mer vesentlige opplysninger, som trenere, eldre søsken, besteforeldre, kjærester eller andre.

Tanken bak bruken av flere informanter er at barn og ungdom vanligvis ikke har kjennskap til all relevant informasjon (for eksempel om tidlig utvikling og arvelige disposisjoner), men også at den enkelte ikke nødvendigvis har et utfyllende bilde av situasjonen. Det bør tas hensyn til og respekteres at opplevelsene til den enkelte nødvendigvis er subjektive. Ved å sammenstille informasjon fra flere informanter får vi et mer fullstendig og nyansert bilde av situasjonen, tilstandsbilde og funksjonsnivå.

Bruken av flere informanter kan imidlertid innebære at en vil få informasjon som er flertydig. Slik informantdiskrepans er normalt, og i seg selv en kilde til informasjon [6]. For å bruke informantdiskrepans som informasjon må man vurdere årsakene til diskrepansen. En vesentlig forutsetning for å kunne bruke informantdiskrepans på psykometriske instrumenter som informasjon er at instrumentene har god reliabilitet. Dersom den tilfeldige målefeilen i et instrument er stor eller ukjent vil det være problematisk å bruke informantdiskrepans som informasjon, fordi den er sammenblandet med målefeil.

En vanlig årsak til diskrepans er at fenomenet som undersøkes varierer over tid eller kontekst, mens informantenes rapportering er knyttet til kontekstene de observerer og deres perspektiv. I slike tilfeller vil diskrepansen kunne gi opplysninger om hvordan det kliniske fenomenet varierer over tid og kontekst. Et vanlig eksempel på dette vil være diskrepans mellom lærer og foreldre, som sier noe om hvordan tilstandsbildet fremtrer i skolesituasjonen sammenlignet med hjemme. Et annet eksempel er hvordan depressive symptomer kan fremtre ulikt for den som opplever symptomene sammenlignet med de som observerer pasienten.

En annen typisk årsak til diskrepans er at informantene observerer det samme, men har ulike fortolkning av atferden. Den som selv utfører en atferd vil oftere tilskrive atferden til situasjonen eller sammenhengen («de provoserte meg»), mens den som observerer atferd oftere tilskriver atferd til stabile indre karakteristika ved den som utfører den («han er så irriterbar»). Ved kartlegging av symptomer spør vi nettopp etter atferd som går igjen på tvers av situasjoner. Dette kan bidra til diskrepans gjennom at informanter som ikke er pasienten selv, kan rapportere mer symptomer fordi de forstår flere av observasjonene som uttrykk for en generell tendens, der pasienten tenker på disse som unike situasjoner.

En siste vesentlig årsak til diskrepans er knyttet til at ulike informanter har ulike mål for kartleggingsprosessen. Dette er som tidligere nevnt i noen grad en utfordring knyttet til etablering av allianse, men også et fenomen som vil kunne gi diskrepans mellom informanter. Dersom ulike informanter har ulik oppfatning av om det foreligger et vesentlig problem, eller av hva som er den riktige forståelsen av problemet, vil dette også bidra til ulikhet i fortolkning og gjenkalling av relevant informasjon for å besvare spørsmål om utviklingshistorikk, symptomer og funksjonssvikt.

Informanter som gir diskrepant informasjon er altså en potensiell kilde til en mer nyansert forståelse, så lenge klinikerer gjør en grundig vurdering av hva den betyr, basert på informantens perspektiver, konteksten observasjonene deres kommer fra, og deres forforståelse av problemet og mål for kartleggingsprosessen.

### 3.2. Somatiske forhold

En vurdering av somatisk tilstand skal inngå som del av vurderingsgrunnlaget for diagnostikk og behandlingsplanlegging. Somatiske forhold kan være årsak til, eller påvirke, det aktuelle tilstandsbildet.

Flertallet av behandlere i BUP har ikke kompetanse til å vurdere somatiske differensialdiagnoser eller komorbide tilstander. Det forutsettes i utgangspunktet at henvisende fastlege har foretatt en grunnleggende somatisk vurdering. Der henviser ikke er lege, eller det fremgår fra henvisningen at pasienten ikke er undersøkt somatisk bør slik undersøkelse gjennomføres hos fastlege før innkomst. Sikring av slik undersøkelse skal inngå som del av inntakrutinene. Dersom tilstandsbildet som fremkommer i løpet av basisutredningen er utpreget atypisk, i symptomutforming eller forløp, bør en drøfte om pasienten skal undersøkes av lege ved BUP som del av basisutredningen eller om samarbeid med fastlege eller barnelege er hensiktsmessig. Flere somatiske lidelser og medisiner vil kunne påvirke validiteten av en utredning. Ved indikasjon på dette bør en drøfte det med lege, ev. i tverrfaglig team, før utredningsplanen ferdigstilles.

### 3.3. Dokumentasjon og journalstruktur

Journalføringen av basisutredningen skal fylle to funksjoner. På den ene siden skal alle kliniske kontakter i løpet av utredningen dokumenteres. Samtidig er det viktig at opplysningene som utredningen frembringer er lette å finne tilbake til for fremtiden og tydelig tematisk organisert. Derfor skal opplysningene som de ulike utredningstiltakene i basisutredningen frembringer journalføres samlet, og dette er nærmere beskrevet under hvert tiltak. Samtidig skal det opprettes et separat kortfattet journalnotat for hver enkelt kliniske kontakt, hvor det fremgår hvem som møtte ved BUP, hva innholdet i kontakten var (f. eks. «Gjennomføring av anamnestic intervju»), og hvor det henvises til utredningsnotatet der opplysningene er samlet (fortrinnsvis med lenke i DIPS). Utredningsnotatene skal godkjennes når en er ferdig med å legge inn opplysninger fra en bestemt kontakt, slik at man oppfyller forskriftens krav til løpende journalføring uten unødig opphold. Opplysninger er ikke å anse som journalført før dokumentet er godkjent. Dersom en senere kontakt tilfører nye opplysninger som skal journalføres i samme utredningsnotat (for eksempel der anamneseopptak gjennomføres med separate kontakter for foreldrene) skal behandleren bruke DIPS-funksjonen «Ny versjon» under Dokument-menyen for å oppdatere notatet<sup>1</sup>.

*«Årsaker til diskrepans mellom informanter kan være at:*

*Fenomenet som undersøkes varierer over tid eller kontekst.*

*Ulike informanter har ulike forklaringer på atferden.*

*Ulike informanter har ulike mål for kartleggingsprosessen.»*

<sup>1</sup> Det er *under basis- og utvidet utredning* at en skal opprette nye versjoner av dokumenttypen «BUPANAMNESE» når det tilkommer nye relevante anamnesticke opplysninger. Dersom det *på et senere tidspunkt under behandlingsforløpet* (altså etter at basis (ev. utvidet) utredning er ferdig) fremkommer nye journalverdige anamnesticke opplysninger skal dette skrives i journalnotat fra dagens konsultasjon eller ved å opprette et nytt notat på dagens dato med dokumenttypen «BUPANAMNESE» og skrive det der.

Relevante opplysninger og observasjoner som angår selve basisutredningens forløp dokumenteres i journalnotatet fra kontakten der de fremkom. Der det er behov for å dokumentere vurderinger eller beslutninger knyttet til selve prosessen med å gjennomføre basisutredning skal dette også dokumenteres i journalnotatet fra den kliniske kontakten.

Det er viktig at det er opplysningene basisutredningen har frembrakt som journalføres, ikke bare konklusjonene. Ved behov for å revurdere tilstandsbildet er det bredden av opplysninger som er nyttig, ikke bare hvordan en tidligere har konkludert. Opplysningene som danner grunnlag for vurderinger er også en viktig del av dokumentasjonen av helsehjelpen som er gitt, slik at en ved tilsyn kan bedømme rimeligheten i vurderinger gitt opplysningene som var tilgjengelig. Journalforskriftens krav om nødvendige og relevante opplysninger er styrende for hva som skal journalføres. I sammenheng med basisutredning er dette alle opplysninger som kan utgjøre en del av grunnlaget for diagnostiske vurderinger og planlegging av behandling.

*«Det er vesentlig at informanter er kjent med og forstår reglene for journalføring og innsyn i journal før de gir informasjon til en behandler.»*

Der informanter har motstridende opplysninger som ikke lar seg avklare eller forene, for eksempel i forbindelse med anamneseopptak, bør disse journalføres i samme dokument, men informasjonskilden oppgis løpende i teksten. Dette kan løses ved formuleringer som: «Far beskriver om denne perioden at [...]. Mor beskriver om samme periode at [...]». Der opplysninger er uomstridte er det vanligvis ikke nødvendig å angi kilde.

Det hender at informanter gir en behandler opplysninger med forbehold om at pasienten ikke skal få vite om det. All informasjon som er relevant og nødvendig for å dokumentere helsehjelpen som er gitt (herunder også grunnlag for vurderinger) skal journalføres. Det er derfor vesentlig at informanter er kjent med og forstår reglene for journalføring og innsyn i journal før de gir informasjon til en behandler. Disse reglene bør nevnes i den første samtalen, og eventuelt repeteres senere, særlig der det foreligger konflikter eller andre forhold som kan gjøre at informanter ønsker å ha kontroll over hvem som får hvilken informasjon.



## 4. Utredningstiltak i basisutredning

Her beskrives de utredningstiltakene som utgjør hovedregelen for basisutredning ved ABUP, og dette avspeiles i frasen «J\_UTRPLAN» i dokumenttypen «PPR Utredningsplan». Dersom det etter en faglig vurdering er nødvendig å fravike denne skal dette journalføres og begrunnes i utredningsplanen. De tre områdene av opplysninger må uavhengig av tiltaksvalg sikres dekket, og det må sikres at opplysninger innhentes fra flere informanter så sant det ikke er klart unødvendig.

### 4.1. Anamneseopptak med foresatte

Anamneseopptak med foresatte er et utredningstiltak som skaffer informasjon om pasientens utviklingshistorie og aktuelle kontekst og livssituasjon, med foreldrene som informanter. Mange av opplysningene her vil ikke være mulige å få tak i fra andre enn foresatte. Som hovedregel bør begge foresatte intervjues, da de kan ha utfyllende informasjon og perspektiver.

#### 4.1.1. Metode

Anamneseopptak gjennomføres som et intervju. Det er nyttig å ta utgangspunkt i et standardisert *kartleggingsskjema for bakgrunnsopplysninger* som foreldrene har fylt ut i forkant av samtalen. Dette er tilgjengelig blant verktøyene som hører til denne håndboken og finnes som vedlegg til denne EQS prosedyren. Kartleggingsskjemaet utgjør ikke i seg selv noe tilstrekkelig anamneseopptak, det er nødvendig å sørge for utdyping og presisering gjennom samtale med en behandler. Behandleren bruker svarene i skjemaet til å strukturere og fokusere intervjuet. Behandleren etablerer rammen for det anamnesticke intervjuet tidlig i samtalen, ved å fremheve at hensikten med samtalen er å innhente opplysninger om pasientens utvikling og livskontekst, og at fokus i denne samtalen ikke først og fremst er det aktuelle problemet eller å gi råd eller løse problemer. På denne måten minner behandleren foresatte om den etablerte utredningsalliansen. Det er også viktig å her informere foreldrene om at behandler ikke har anledning til å unnlate å journalføre opplysninger som fremkommer i intervjuet så sant de er relevante for helsehjelpen som gis, for eksempel opplysninger om arvelig disposisjon.

Kartleggingsskjemaet har flere hensikter. Det hjelper klinikerer å huske på å spørre om et bredt sett av relevante anamnesticke og kontekstuelle opplysninger. Prosessen med å fylle det ut vil ofte bidra til at det blir lettere for dem å gjenkalle informasjon, eller gjøre at de kan innhente opplysninger fra andre kilder i forkant av samtalen. I intervjusituasjonen kan behandleren også bruke svarene som er gitt til å prioritere tiden, slik at samtalen i størst mulig grad benyttes til å utdype og avklare relevante spørsmål, og i liten grad til å spørre om forhold som kan være vesentlige men har vært upåfallende hos akkurat denne pasienten.

#### 4.1.2. Særlige hensyn og tilpasninger

Foresatte som ikke lever sammen vil ofte ha ulike oppfatninger av et utviklingsforløp, og i større grad ha sterke følelser rundt disse ulikhetene enn foreldre som bor sammen. Hvorvidt foreldre som ikke bor sammen skal intervjues sammen eller hver for seg beror på en vurdering av hvor mye disse perspektivforskjellene vil forstyrre innhenting av opplysninger, gjennom å avspore samtalen eller føre til at en eller begge foreldre holder tilbake opplysninger som oppleves sensitive eller omstridte.

### 4.1.3. Dokumentasjon

Anamnestiske opplysninger journalføres samlet i en av frasene «T\_BASANAMNESE» eller «T\_SSTBASANAMNESE» i dokumenttypen «BUP Anamnese». Opplysningene bør noteres kortfattet og nøytralt, med angivelse av informant der det er relevant. Anamnesenotatet skal avsluttes med et kort sammendrag (resyme). Her skal behandleren trekke ut de sidene ved pasientens utviklingshistorie og aktuelle situasjon som vurderes som mest vesentlige. Begrepene *predisponerende, beskyttende, utløsende og opprettholdende* som gjerne brukes i forbindelse med utviklingspsykopatologisk kasusformulering kan være en god rettesnor for hvilke anamnestiske opplysninger som bør inkluderes, sammen med grunnleggende opplysninger om livs- og bosituasjon, fødsel og tidlig utvikling og tidligere somatisk og psykisk helse.

## 4.2. Møte med pasienten

Det er avgjørende viktig å få frem pasientens egen stemme om seg selv og livskonteksten tilstandsbildet utspiller seg i. Det kan være tilstrekkelig å få frem pasientens stemme sammen med foresatte men som oftest vil det være behov for at barn og ungdom får møte alene, og at møtet er tilpasset deres forutsetninger. Hovedregelen er at behandler sørger for ett slikt møte i løpet av basisutredningen, men dersom det er særlige grunner til det kan dette utvides inntil tre møter med barnet eller ungdommen. Møtet med barnet eller ungdommen skal også inneholde en systematisk screening for potensielt traumatiserende opplevelser. For øvrig er hensikten å få en forståelse av hvordan barnet eller ungdommen opplever seg selv, familien sin, det sosiale nettverket sitt og skolehverdagen. Dette innebærer både å lytte til det pasienten formidler, og til å gjøre kliniske observasjoner. Sammen med observasjon i den første samtalen vil møtet med pasienten gi anledning til å gjøre en bedre vurdering av psykisk status presens. Samtalen skal kartlegge opplevelser av mestring og styrker vel så mye som opplevelser av vansker. Dette fokuset skal formidles eksplisitt som del av rammen for samtalen.

### 4.2.1. Metode

På grunn av den betydelige aldersspredningen i pasientgruppen, og barns varierende utviklingstempo, er det viktig å tilpasse formen på møtet med pasienten. Vi skiller først og fremst metodisk mellom barn 6-12 år og ungdom fra 13-18, men innenfor disse aldersgruppene må en også gjøre tilpasninger ut fra det enkelte barns behov og forutsetninger.

Behandler etablerer rammen for møtet tidlig, hvor det poengteres at hensikten er at behandler skal bli kjent med barnet eller ungdommen og forstå mer om dennes liv. Behandler åpner for at barnet eller ungdommen kan formidle noe om de problemene som er årsaken til at de kom til BUP, men fremhever at det viktige i møtet er å bli bedre kjent og forstå livet til barnet eller ungdommen mer i sin allmennhet, ikke bare det som er vanskelig. Det er også mulig å kombinere møtet med barnet eller ungdommen med intervjudelen av symptomkartleggingen, slik at begge deler utføres i løpet av en lengre klinisk kontakt. I så fall bør dette tiltaket gjennomføres først, og utdypende klinisk intervju gjennomføres sist, og behandler bør markere overgangen eksplisitt, ettersom rammen for den kliniske kontakten endres.

#### *Beskrivelse av observasjoner i timen/psykisk status presens*

Møtet med barnet eller ungdommen er også en anledning til å gjøre observasjoner relevant for å beskrive psykisk status presens. I tabellen på neste side er det gjengitt hvilke elementer ved pasientens fungering og væremåte som bør observeres og eventuelt beskrives i journal [7]:

<b>Element:</b>	<b>Ting å være oppmerksom på:</b>	<b>Eksempler på beskrivelse:</b>
Fysisk utseende	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Undervekt/overvekt?</li> <li>• Alderssvarende utseende?</li> <li>• Passende bekledning for alder, årstid og situasjon?</li> <li>• Personlig hygiene og stell</li> <li>• Sår, skader, særtrekk</li> </ul>	«Jente på 14 år med alderssvarende utseende. Normalt kledd og stelt. Synlige overfladiske sår på høyre underarm.»
Samhandling med behandler og andre i rommet	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Øyekontakt</li> <li>• Grad av samarbeid og kontakt med behandler</li> <li>• Atferd overfor foresatte eller andre nærstående</li> </ul>	«Gir lite øyekontakt og samarbeider kun gjennom å svare på direkte spørsmål, avviser med irritasjon forsøk på trøst eller nærhet fra mor.»
Stemningsleie og affekt	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Form/type humør og følelser</li> <li>• Variasjon gjennom observasjonstiden</li> <li>• Responsivitet til innhold i samtale</li> <li>• Mangel på samsvar med situasjon?</li> </ul>	«Stemningsleie fremstår nøytralt. Blir tydelig trist med tårer i øynene ved tematisering av konflikt med venninner, men synes å tilbakeholde gråt.»
Engstelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fryktresponser i timen</li> <li>• Tvangshandlinger</li> <li>• Kroppslige tegn på angst</li> </ul>	«Noe kroppslig uro og sterk rødming ved direkte spørsmål, mindre mot slutten av timen.»
Psykomotorisk atferd	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aktivitetsnivå, kroppslig uro</li> <li>• Observerte tics eller mannerismer</li> <li>• Ukoordinert atferd</li> </ul>	«Ellers overveiende psykomotorisk rolig.»
Tenkning (form og innhold)	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tegn til hallusinasjoner</li> <li>• Vrangforestillinger</li> <li>• Tankeforstyrrelse/disorganisert tenkning</li> </ul>	«Redegjør fint for egen opplevelse, ingen psykotiske symptomer.»
Tale og språk	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Taleflyt</li> <li>• Taletempo</li> <li>• Volum</li> <li>• Aldersadekvate talemåter</li> </ul>	«Snakker med lav stemme, men normalt tempo og flyt.»
Kognitiv fungering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ordforråd i forhold til alder</li> <li>• Kunnskaper</li> <li>• Forståelse</li> </ul>	«Verbale evner og forståelse fremstår normale,
Oppmerksomhet og konsentrasjon	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Vedvarende oppmerksomhet</li> <li>• Tap av konsentrasjon</li> <li>• Distraherbar?</li> </ul>	«god konsentrasjon»
Hukommelse	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Korttids og langtids gjenkalling av hendelser?</li> </ul>	«og hukommelse.»
Orientering	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Viser orientering for tid, sted og situasjon</li> </ul>	«Ingen tegn til forvirring», «godt orientert for tid, sted og situasjon»
Vurderinger og dømmekraft	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aldersmessig realistisk forståelse av situasjon?</li> <li>• Vedstår seg vansker eller problemer beskrevet av andre?</li> <li>• Kan tenke hypotetisk?</li> <li>• Holdning til å ta imot hjelp?</li> <li>• Evner å ta andres perspektiv?</li> </ul>	«viser en realistisk forståelse av egne vansker, men uttrykker usikkerhet om nytten av å ta imot hjelp. Uttrykker forståelse for at foreldrene er bekymret for henne.»
Tegn til risiko	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tanker om å skade eller drepe andre</li> <li>• Tanker om å skade eller drepe seg selv</li> <li>• Beskriver risikopreget atferd</li> </ul>	«Benekter på direkte spørsmål aktuelle tanker om selvmord, og forklarer at hun skadet seg fordi hun var fortvilet og sint på seg selv over en konflikt med venninnene.»

### *Med barn*

Det å komme til en poliklinikk i psykisk helsevern kan oppleves fremmed, og for mange barn vil det være uklart hvilke sosiale regler som gjelder for samtalen dersom den foregår i en fysisk kontekst som først og fremst er tilpasset voksne behandlere og foreldre. Dette kan bidra til at barn blir usikre og derfor tilbakeholdne i sin kommunikasjon. For å sikre at barnets stemme kommer frem bør møtet med barnet foregå i et fysisk miljø som er tilrettelagt for barn. Dette kan være et lekerom utstyrt for variert lek, men kan også være et samtalerom med møblering som også er tilpasset barn, med objekter/materiale/møbler som inviterer til lek og kreativitet. Lekeutvalget bør være gjennomtenkt. Det vesentlige er at barnet opplever å kunne påvirke premissene for samtalen, og får en følelse av å bli møtt i en kontekst de behersker.

For de yngre barna vil observasjon gi vel så viktig informasjon som opplysninger innhentet gjennom det verbale innholdet i samtalen. Barnas kapasitet til å etablere lek med behandler, ta imot behandlers bidrag til lek, håndtere grenser, beholde fokus og avslutte leken gir viktig informasjon om barnets fungering.

KATES-Barn del 1 [8, 9] brukes til systematisk screening for potensielt traumatiserende opplevelser. For barn som ikke kan lese gjøres dette som et intervju. For barn som kan lese foretrekkes selvutfylling med støtte fra behandler. Dersom barnet bekrefter en av de mulige traumatiske hendelsene ved å svare «JA», skal behandleren snakke mer med barnet om hendelsen, finne ut om barnet ble svært redd og overveldet, og om det er noe som fortsatt pågår. Det er også mulig for barnet å svare «PASS». Da skal behandler først undersøke om barnet har forstått hva det spørres om. Dersom barnet bekrefter at det har forstått spørsmålet skal behandler formidle forståelse for at barnet ikke ønsker å snakke om dette, men at det er viktig for behandler å vite om noen har gjort eller gjør noe som er farlig for barnet, og at behandler vil ta dette opp igjen senere.

### *Med ungdom*

Ungdom vil ofte normalt være mer fortrolige med samtaleformatet som en ramme for en hjelperelasjon, samtidig som de kan være usikre på hva som er riktige temaer og innhold i kontakten med BUP. Derfor anbefales det at behandler bruker «*Samtalekart\_ungdom*». Samtalekartet er utviklet for denne håndboken med innspill fra Ungdomsrådet ved Ahus. Figuren på neste side viser samtalekartet. For utskrift finnes «*Samtalekart\_ungdom*» i vedlegget «*Samtalekart\_ungdom - KATES del 1*», slik at du f.eks. kan legge det på bordet eller feste det på en tavle. Hensikten er både å formidle til ungdommen hva slags temaer behandleren ønsker å høre mer om, og å hjelpe behandleren med å huske å komme innom alle temaene. Avhengig av ungdommens ønske kan behandleren foreslå en rekkefølge, eller la ungdommen velge rekkefølgen man tar opp de ulike temaene i. Det kan også være hensiktsmessig å be ungdommen tidlig velge noen områder de tenker er særlig viktige å snakke om, med tanke på å prioritere tiden. Punktet «Vonde og skremmende opplevelser du har hatt» skal dekkes gjennom utfylling eller gjennomgang av *KATES-B del 1*, som finnes i vedlegget «*Samtalekart\_ungdom - KATES del 1*». Behandleren må utforske nærmere hva som har skjedd der ungdommen svarer «JA», og hva det betyr dersom ungdommen svarer «PASS», på samme måte som med barn.



#### 4.2.2. Særlige hensyn og tilpasninger

I noen tilfeller er barn eller ungdom sterkt negative til kontakt med BUP. Dette vil normalt være merkbart i forbindelse med den første samtalen. Noen av disse har også lite tillit til voksne generelt, og har relasjonelle erfaringer med seg som gjør at det å etablere en tillitsfull samhandling med andre er vanskelig. I disse tilfellene representerer barne- eller ungdomssamtalen også en viktig mulighet til å komme i kontakt med barnet eller ungdommen og begynne å etablere tillit, og behandler bør strekke seg for å få til en enesamtale, eventuelt tilby å gjennomføre denne ambulanset.

Å etablere tillit hos et barn eller ungdom som i utgangspunktet er negativ til kontakt med BUP krever presis inntoning, ekte nysgjerrighet og genuin tilstedeværelse. Ut over dette er tilpasning til den enkelte pasients ulike behov det avgjørende. For eksempel kan noen ha behov for mye uttrykt omsorg, mens dette for andre virker provoserende. Bruk av humor er ofte gunstig for å få kontakt, men kan oppleves krenkende for noen. Behandleren må føle seg frem, og forsøke å bruke eventuelle feiltrinn til å styrke kontakten gjennom å markere forståelse for feiltrinnet og forsøke å få til en relasjonell reparasjon. Noen ganger vil det likevel ikke lykkes å etablere en tillitsfull kontakt, og barnet eller ungdommen gir lite informasjon til utredningen. I slike tilfeller må

*«Å etablere tillit hos et barn eller ungdom som i utgangspunktet er negativ til kontakt med BUP krever presis inntoning, ekte nysgjerrighet og genuin tilstedeværelse.»*

behandleren vurdere implikasjonene dette har for hvilke vurderinger av tilstandsbildet det er mulig å gjøre med tilstrekkelig sikkerhet.

En del barn vil være negative til enesamtaler med behandler på grunn av sterk sjenanse eller sosialfobiske symptomer. Disse vil ofte ha nytte av et felles ytre fokus for oppmerksomhet, fordi deres engstelse og unngåelse av kontakt særlig aktiveres av oppmerksomhet direkte rettet mot dem. Ved bevisst bruk av blikkretning og å snakke på en måte uten direkte spørsmål eller implisitte krav om å kommunisere kan en ofte hjelpe disse barna til å bli mer meddelssomme enn de ellers ville ha vært.

Noen barn og ungdommer har mye utfordrende atferd eller er aggressive, gjerne som del av tilstandsbildet de er henvist for. I seg selv er ikke utfordrende atferd en grunn til å ikke gjennomføre barne- eller ungdomssamtale. Grenseutfordrende atferd mot en relativt ukjent voksen, som en behandler, er i seg selv viktig informasjon for vurdering av et tilstandsbilde. Behov for voldsrisikovurdering skal gjøres i den første samtalen i pasientforløpet. Utfallet av en eventuell voldsrisikovurdering kan i noen tilfeller være at det ikke skal gjennomføres enesamtaler med behandler, eller at det skal være flere behandlere til stede.

#### 4.2.3. Dokumentasjon

Møtet med barnet eller ungdommen gir ulike opplysninger, og opplysningene som innhentes vil variere med alder. Mange av opplysningene er anamnesticke opplysninger, som sosial fungering og nettverk, eksponering for traumatiske hendelser, bruk av rusmidler og stimulantia, søvn og matvaner, skolefungering og så videre. Med økende alder vil barn og ungdom være en stadig viktigere selvstendig informant for anamnesticke opplysninger. Disse opplysningene journalføres i anamnesenotatet under den relevante overskriften i dokumenttypen «*BUP Anamnese*», hvor de integreres med opplysningene fra anamneseopptaket med foreldrene. Det skal ikke opprettes separat anamnesenotat for opplysninger fra barnet eller ungdommen. Der det er diskrepans mellom foreldrenes og barnet eller ungdommens opplysninger skal informanten angis i løpende tekst.

Observasjoner fra møtet/møtene med barnet eller ungdommen journalføres i et eget notat i dokumenttypen «*Testnotat...*», med frasen T\_BASOBS. Her skal det også journalføres relevante opplysninger som ikke tydelig hører hjemme under noen av punktene i dokumenttypen «*BUP Anamnese*». Der møtet med barnet eller ungdommen gjennomføres med en enkelt konsultasjon er det ikke nødvendig å opprette separat notat for den kliniske kontakten.

### 4.3. Symptomkartlegging

En god oversikt over symptom bildet og symptomenes utvikling og sammenfall over tid er nødvendig informasjon for diagnostiske vurderinger og behandlingsplanlegging. Kartleggingen skal avklare symptomenes karakter og intensitet, og i hvilken grad de innvirker på fungering. Symptomene skal plasseres på en felles tidslinje. Flere informanter er vesentlige å benytte i symptomkartleggingen, fordi ulike symptomer kan variere over kontekster, eller fremstå ulikt.

#### 4.3.1. Metode

Kartlegging av symptomer følger en modell med to trinn. Det første trinnet er en bred kartlegging med ASEBA-systemet, hvor flere informanter rapporterer om sitt inntrykk av symptomer siste halvår. Basert på gjennomgang av resultatene fra ASEBA-kartleggingen og øvrig tilgjengelig informasjon (bl.a. fra henvisning, førstesamtale og anamneseopptak) lager behandleren en enkel

plan for et utdypende klinisk intervju og velger ut informanter. *Hjelpearb – Planlegging av symptomkartlegging* finnes som vedlegg til denne EQS prosedyren. Den er et eksempel på en mal for slike planer og illustrere hva som er viktig å gjennomgå ved symptomkartlegging. Denne planen skal si noe om hvilke symptomgrupper som må undersøkes nærmere på de ulike aksene, og hvilke differensialdiagnostiske spørsmål som må avklares for de ulike aksene, og sentrale områder av diskrepans mellom informanter som må forstås bedre. Det utdypende kliniske intervjuet skal føre til en avklart tidslinje for barnets/ungdommens symptombylde.

#### ASEBA

«Achenbach System of Empirically Based Assessment» er et sett av kartleggingsverktøy for psykisk helse [10]. Det er tre av disse verktøyene som benyttes til aldersgruppen 6-18 år i ABUP. «Child Behavior Checklist» (CBCL) er basert på foreldrerapportering. «Youth Self Report» (YSR) er selvrappport for barn og ungdom mellom 11 og 18 år. «Teacher Report Form» (TRF) er basert på læreres rapportering. Verktøyene består for det meste av ulike utsagn om problematferd eller plager, som respondenten skal indikere om «stemmer godt», «stemmer delvis» eller «stemmer ikke» for den det rapporteres om, i de siste seks månedene.

Et viktig fellestrekk ved disse tre kartleggingsverktøyene er at de ikke følger samme struktur for psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser som ICD-10 eller DSM-systemet.

ASEBA-verktøyene ble utviklet ved å gjennomgå journalmateriale og identifisere ulike vanlige symptomer og problemer. I tillegg ble det lagt til spørsmål som kartlegger kompetanse og mestring. Store grupper av respondenter ble så bedt om å svare på disse spørsmålene. En statistisk metode som kalles faktoranalyse ble brukt til å identifisere spørsmål som ofte besvares lignende, antatt å sammen reflektere en type symptombylde; en latent faktor som forklarer mønsteret i svarene. De ulike skalaene i skåringen av ASEBA-verktøyene reflekterer denne strukturen. Den er altså basert på statistisk analyse av svarmønstre, ikke antatte kategorier av plager.

Det er i utgangspunktet åtte slike skalaer i ASEBA-instrumentene, som igjen er samlet i to overordnede skalaer. Det er fire skalaer som til sammen betegnes som «Internaliserende problemer»: «Engstelig/nedstemt», «Tilbaketrukket/Nedstemt», «Sosiale problemer» og «Somatiske plager». Tre skalaer betegnes til sammen som «Eksternaliserende problemer»: «Regelbrytende atferd», «Aggressiv atferd» og «Oppmerksomhetsproblemer». I tillegg er det én skala som ikke henger sterkt sammen med verken eksternaliserende eller internaliserende problemer, som kalles «Tankeproblemer». Her er det ledd som handler om blant annet tvangstanker og repetitive handlinger, hallusinasjoner og vrangforestillinger, villet egenskade og søvnforstyrrelser. De tre verktøyene har også litt ulike skalaer for adaptiv fungering og mestring, som gir viktig tilleggsinformasjon, også med tanke på vurdering av tilstandsbilder på akse 2 og 3. Ulike mønstre av symptomer og fungering har ulike kliniske implikasjoner.

I tillegg har ASEBA-systemet noen DSM-orienterte skalaer. Disse er basert på en annen gruppering av de samme spørsmålene. Disse skalaene ble utviklet ved at et panel av eksperter fra ulike land vurderte leddene ut fra hvor godt de representerte sentrale symptomer ved diagnosekategorier i DSM.

ASEBA-systemet benytter også omforming av råskårene (summen av svar) til T-skårer. T-skårer er en form for standardskåre som har et gjennomsnitt på 50 og standardavvik på 10. Omformingen

av ASEBA-råskårer til T-skårer i ABUP er basert på gjennomsnitt og standardavvik beregnet ut fra norske befolkningsnormer, og justert for kjønn og alder, slik at en skåre på 50 representerer det gjennomsnittlige svarmønsteret i et ikke-klinisk norsk utvalg.

#### *Utdypende klinisk intervju*

Resultatene fra en ASEBA-kartlegging er ikke tilstrekkelige til å vurdere et tilstandsbilde eller stille diagnose. De gir imidlertid et godt bilde av hvilke typer symptomer og problemer som er til stede, og hvilke som ikke er det, og de gir et raskt bilde av konvergens eller diskrepans mellom informantene. Behandleren skal bruke ASEBA-resultatene til å utarbeide en intervjuplan. Denne skal inneholde hypoteser om hva tilstandsbildet er og områder av diskrepans mellom informantene som må forstås nærmere.

Forhøyede skårer på skalaen «Tankeproblemer» bør alltid undersøkes nøye, ved å se nærmere på leddene som har ført til den forhøyede skåren. Sammen med forhøyede skårer på andre skalaer vil «Tankeproblemer» kunne indikere mer alvorlige tilstandsbilder, og det ligger her ledd som må undersøkes grundig også når de er skåret «stemmer delvis», slik som hallusinasjoner og vrangforestillinger, eller redusert søvnbehov.

Planen skal også inneholde en vurdering av hvilke informanter som skal intervjues om hva, ut fra symptombildet som fremkommer på ASEBA, omfanget av diskrepans og alderen til barnet eller ungdommen. Som hovedregel bør barn intervjues om symptomer, også de yngste. Særlig gjelder dette dersom de har internaliserende plager, ettersom foreldre ofte kan mangle viktig informasjon om disse symptomenes karakter.

I noen tilfeller er symptomtrykket svært høyt, og det rapporteres høye nivåer av symptomer på mange eller alle skalaene i ASEBA-systemet fra flere informanter. Dette gjør det ofte vanskelig å utvikle gode intervjuplaner og diagnostiske hypoteser. For å avklare tilstandsbilder i slike tilfeller kan det være hensiktsmessig å ta i bruk et semistrukturert intervju som K-SADS for å få bedre oversikt.

Før intervjuene er det viktig å etablere en klar ramme for samtalen, hvor behandler forklarer hensikten med intervjuet, og at behandleren kommer til å stille mange og detaljerte spørsmål om opplevelser og observasjoner for å være sikker på å forstå symptomene riktig. Behandleren bør også introdusere avbrytelser. Dette kan introduseres med å fremheve at hensikten med samtalen er å få en bedre oversikt over symptomer, og at behandleren skal ta ansvar for å holde samtalen på sporet, og at informanten ikke trenger å tenke på om det de sier er relevant eller ikke.

Intervjuet bør innledes med å etablere en enkel tidslinje på en tavle eller ark, hvor vanlige livshendelser (som årlige høytider, klassetrinn og ferier) benyttes som ankerpunkter for hukommelsen. Hvor lang tidslinjen skal være avhenger av hvor lang historikk pasienten har med plagsomme symptomer eller endret fungering, både de aktuelle og eventuelle tidligere perioder. Tidslinjens lengde kan revideres i løpet av intervjuet om det er nødvendig. Behandleren kan benytte informasjon fra møte med barnet eller ungdomssamtale og anamneseopptak til å plassere livshendelser av betydning inn i tidslinjen fra begynnelsen av.

Deretter gjennomgår behandleren intervjuplanen for den aktuelle informant, og undersøker symptomområdene ASEBA har gitt indikasjon på. Sentrale momenter å undersøke er:

- Hvilke symptomer på psykisk lidelse er det snakk om?



- Hvor intense er de? Har intensiteten endret seg over tid?
- Hvor hyppig opptrer de? Har hyppigheten endret seg over tid?
- Er symptomer til stede i alle sammenhenger, eller bare i noen?
- Når begynte symptomene?
- Var utviklingen av symptomene brå eller gradvis?
- Har de vært kontinuerlig eller episodisk til stede?
- Hvilke symptomer opptrer sammen?

For å gjennomføre et utdypende klinisk intervju på en faglig forsvarlig måte må behandleren ha god kjennskap til ulike psykopatologiske fenomeners opplevelseskvaliteter, typiske tilstandsbilder og karakteristika som skiller dem, samt kunnskap om det diagnostiske systemet. Det utdypende kliniske intervjuet skal munne ut i en oversikt over relevante symptomer organisert langs en felles tidsakse.

Dersom man finner symptomer på en depressiv episode hos ungdom er det viktig å i tillegg spørre informantene nøye om tidligere hypomane episoder. Slike kan ligge noe tilbake i tid, og blir ofte ikke spontant rapportert. Bipolar lidelse hos ungdom gir ofte forhøyede skårer på eksternaliserende plager i tillegg til internaliserende, særlig hos foreldreinformanter [11]. Høye skårer på både Engstelig/nedstemt, Oppmerksomhetsproblemer og Aggressiv atferd har blitt betegnet som en dysreguleringsprofil, og kan også være knyttet blant annet til bipolaritet, men også til noen typer posttraumatiske tilstander og ustabil personlighetsforstyrrelse [12].

Der anamneseopptak har gitt indikasjon på potensielt traumatiserende hendelser er det viktig å spørre grundig etter ulike former for gjenopplevelsessymptomer, unngåelse og overaktivering, for å avklare om det foreligger symptomer på posttraumatisk stress.

#### 4.3.2. Dokumentasjon

Informasjonen fra ASEBA og utdypende klinisk intervju med relevante informanter skal journalføres samlet i et notat med frasen «Symptomkartlegging»<sup>2</sup> i dokumenttypen «Testnotat...». TRF (lærerskjemaet i ASEBA) kan også inneholde relevant og unik informasjon om skolefaglig fungering. Der det er relevant kan slik informasjon med fordel legges til i Anamnesenotatet. Notatet for «BUP Symptomkartlegging» skal bestå av en kortfattet, konkret beskrivelse av symptomer langs en tidsakse, uten vurderinger av diagnose. Det er forløpet i tid som først og fremst skal organisere notatet. Variasjon over tid eller kontekst bør noteres. Symptomer som sammenfaller i tid eller kontekst bør også beskrives sammen.

---

<sup>2</sup> Avdelingsfrasen «Symptomkartlegging» har frasekode «T\_BASSYMTOMKARTL»

## 5. Organisering og tidsbruk

Basisutredning skal i henhold til pakkeforløp gjennomføres innen seks uker etter første samtale, og består som hovedregel av et bestemt sett med utredningstiltak. «Pasienter i psykisk helsevern skal som hovedregel møte en spesialist i psykiatri/psykologi i løpet av pasientforløpet. Unntak må være begrunnet ut fra tilstand og alvorlighetsgrad. Møte med spesialist bør skje tidlig i forløpet slik at mest mulig spesialisert kompetanse er involvert når plan for utredning og behandling blir utarbeidet.»[1]. «Spesialist i psykiatri/psykologi skal delta i den diagnostiske og behandlingsmessige vurderingen.»[1]

Det vil vanligvis være hensiktsmessig å sette av tid hos behandlere og samarbeidende spesialist til gjennomføring av disse tiltakene allerede når pasienten gis rett til helsehjelp. Den nøyaktige fordelingen av disse tiltakene i tid kan tilpasses ulike hensyn. Tiltakene kan gjennomføres i konsentrerte formater, hvor alle tiltak gjennomføres i løpet av en lang kontakt ved poliklinikken, eller fordelt på informanttype, slik at anamneseopptak og kartlegging av foreldres opplysninger om symptomer gjennomføres i løpet av en kontakt, mens møte med barnet eller ungdommen og kartlegging av deres erfaring av symptomer gjøres i en annen. Det er selvsagt også mulig å gjennomføre alle tiltakene som separate kontakter. Der det ligger til rette for det kan det også være hensiktsmessig å innhente familiens preferanser for organisering av tiltakene. Den planlagte organiseringen journalføres i Utredningsplanen.

Det er i alle tilfeller viktig å sette av tilstrekkelig tid til gjennomføring av utredningstiltak, slik at en ikke blir nødt til å fordele disse over flere kontakter, da dette gjerne medfører økt total tidsbruk og unødig forsinkelse av utredningsprosessen. For anamneseopptak vil vanligvis 90 minutter være tilstrekkelig. Når det gjelder møte/samtale med barn eller ungdom kan det være tilstrekkelig med 45-90 minutter, men det er også her viktig å ha nok tid satt av. Hvor mye tid som kreves til utdypende klinisk intervju om symptombilde og historikk avhenger av symptombildets kompleksitet og varighet. Ut fra ASEBA-skåringer og inntrykk fra den første samtalen vil det vanligvis være mulig å vurdere hvor lang tid som må settes av, men det vil vanligvis være bedre å ha litt for mye tid satt av enn det omvendte.

## 6. Konklusjon og diagnostiske vurderinger

Hensikten med basisutredning er å frembringe et informasjonsgrunnlag for en multiaksial diagnostisk vurdering. Denne vurderingen danner i sin tur grunnlag for en klinisk beslutning i samråd med den henviste ungdommen eller barnet og deres foresatte. En diagnostisk vurdering omfatter mer enn å velge ut og registrere riktige koder fra ICD-10 på alle 6 akser. Det sentrale elementet i en diagnostisk vurdering er ikke de registrerte kodene, men snarere en skriftlig beskrivelse og faglig vurdering av tilstandsbildet til det henviste barnet eller ungdommen, foretatt av behandlere som ved behov har støtte i tverrfaglige team med spesialister.

En grundig skrevet diagnostisk vurdering tydeliggjør og dokumenterer hvilken vurdering av tilstanden og pasienten som ligger til grunn for behandlingen som gis. Det å arbeide med vurderingen skriftlig er også i seg selv en viktig del av vurderingsprosessen. Sammen med behandlingsplanene er den diagnostiske vurderingen et helt sentralt dokument i journalen som tillater nye behandlere å raskt orientere seg om pasienten dersom det er nødvendig. De registrerte kodene skal avspeile den journalførte diagnostiske vurderingen. Spesialist i psykiatri/psykologi skal delta i den diagnostiske vurderingen. «Spesialist i psykiatri/psykologi skal delta i den diagnostiske vurderingen»[1]. Dersom slik spesialist har møtt pasienten bør det være denne spesialisten som involveres i vurderingen. I en del vurderinger kan det være behov for at fagperson med en annen spesialistkompetanse også involveres.

*«Det sentrale elementet i en diagnostisk vurdering er ikke de registrerte kodene, men snarere en skriftlig beskrivelse og faglig vurdering av tilstandsbildet til det henviste barnet eller ungdommen, foretatt av behandlere som ved behov har støtte i tverrfaglige team med spesialister.»*

Diagnostiske vurderinger etter basisutredning skal journalføres i et notat med dokumenttypen «BUP Klinisk diagnostisk vurdering» med avdelingsfrasen J\_KLINDIAGNVURD (eller J\_SSTKLINDIAGNVURD). Det diagnostiske vurderingsnotatet etter basisutredning består av fem hoveddeler, «Relevant informasjon fra utredningen», «Diagnostiske vurderinger», «Diagnostisk konklusjon med koder», «Vurdering av ressurser og sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer» og til sist «Faglig tilråding om tiltak».

### 6.1. Relevant informasjon fra utredningen

Sammendragene fra journalnotatene for de ulike bestanddelene i utredningen kan kopieres inn under denne overskriften. Dette gjør det lettere for ettertiden å vurdere rimeligheten i den diagnostiske vurderingen, som er en viktig del av journalens funksjon. Relevante sammendrag er:

#### 1. Henviser/henvisningsgrunn

Ved å ha med dette vil vi bli minnet om hva som var henvisningsgrunnen og om vi ved vår utredning har svart på denne. Oppsummering/formulering av henvisningsgrunn kopieres fra Utredningsplanen.

2. **Sammendrag av anamnese**

Vesentlige funn og relevante negative opplysninger fra anamnesen. Denne kopieres fra Anamnesenotatet.

3. **Sammendrag av barnet eller ungdommens syn**

Barnet eller ungdommens uttrykte oppfatning, opplevelse eller forståelse av seg selv, sin situasjon og vanskene de har kommet til BUP på grunn av. Denne kopieres inn fra notatet fra møtet med barnet eller ungdommen.

4. **Klinisk inntrykk basert på observasjoner i utredningsperioden (psykisk status presens)**

Denne kan normalt kopieres fra notatet fra møtet med barnet eller ungdommen, eventuelt fra innkomsnotat.

5. **Oppsummert symptomkartlegging**

Denne kopieres fra notatet fra symptomkartleggingen.

6. **Annet**

Eventuelt oppsummering av andre tester, semistrukturerte intervjuer eller utredningssamtaler foretatt.

## 6.2. Diagnostiske vurderinger

Under denne overskriften veies og sammenholdes informasjonen i en drøfting og man sammenfatter en helhetlig vurdering av pasientens tilstandsbilde, ut fra de diagnostiske kategoriene som er gyldige på de seks aksene. Det skal tydelig fremkomme hvordan behandleren har kommet frem til det som etterpå kodes på alle de seks aksene, og hvilke differensialdiagnostiske vurderinger som eventuelt er gjort. I den diagnostiske vurderingen skal det ikke komme ny informasjon, alle opplysninger skal være mulige å finne i sammendragene under den forrige overskriften. Den diagnostiske vurderingen bør følge et fast format som gjengis under [13], og skal være en sammenhengende drøfting, ikke bestå av punktvis oppsummeringer. Hensikten er at dette avsnittet også skal være forståelig som en selvstendig tekst, slik at den kan kopieres inn i behandlingsplaner og epikrise.

Vurderingen starter med en kort introduksjon av hvem pasienten er med alder og kjønn, bo- og omsorgssituasjon, kort om skole, interesser, aktivitet og eventuelt andre relevante opplysninger om pasienten og pasientens kontekst.

Deretter beskrives kort det aktuelle problemet, grunnen til at pasienten har kommet i kontakt med BUP. Så beskrives hvilke symptomer på psykisk lidelse som har fremkommet i utredningen, deres utviklingsforløp og innvirkning på fungering. Etter det beskrives kort eventuelle relevante hendelser i forkant av symptomutvikling.

Så gjengis eventuelle tidligere perioder med psykiske vansker eller lidelse, behandling eller tiltak som da ble gjennomført, og hva utfallet av dette var. Etter det følger opplysninger om nåværende og tidligere somatisk helse dersom aktuelt.

Deretter følger funn fra observasjoner av pasienten, altså observasjoner av psykisk tilstand som kan tyde på psykopatologi eller endring fra pasientens vanlige tilstand. Her bør også resultater av observasjonsbaserte undersøkelser gjengis (for eksempel overordnede resultater fra evnetest). Fullstendig psykisk status presens skal ikke gjengis.

Så kommer selve den diagnostiske og differensialdiagnostiske drøftingen, for alle seks akser. En differensialdiagnose er en annen mulig og faglig plausibel forståelse av tilstandsbildet enn diagnosen den som vurderer har falt ned på. Rekkefølgen aksene drøftes i avhenger av tilstandsbildet til pasienten. Det vil imidlertid være hensiktsmessig å begynne med de aksene hvor det er minst usikkerhet omkring vurderingen. Ofte vil dette være aksene 6, 4, 2 og 3. Dersom det er lite eller ingen tvil om diagnosen på en gitt akse, også akse 1, skal det ikke introduseres unødige differensialdiagnoser.

En kan gjerne begynne med en vurdering av graden av funksjonspåvirkning, og drøfte i hvilken grad dette varierer på tvers av kontekster eller er gjennomgående, og hvor variabel funksjonen har vært den siste tiden.

Når det gjelder somatisk tilstand ligger det vanligvis ikke innenfor BUPs mandat å utrede og gjøre differensialdiagnostiske vurderinger. Det mest sentrale i drøftingen av tilstander på akse 4 er i hvilken grad en eventuell kjent tilstand der kan antas å ha bidratt til å utløse, innvirke på eller være direkte årsak til pasientens symptomer, eller om den har implikasjoner for behandling. Dersom pasienten er undersøkt somatisk av henvisende lege eller av lege ved BUP uten funn kan dette kort gjengis, som begrunnelse for å kode *Ingen aktuell tilstand*. Der det er tvil om somatisk tilstand, slik at koden vil bli *Mangelfull informasjon*, bør vurderingen gjengi hvorfor og hvilke implikasjoner denne usikkerheten har for de øvrige diagnostiske vurderingene.

Dersom det konkluderes med en tilstand på akse 2 eller 3 skal vurderingen angi hvilke spesifikke symptomer og funn som støtter en diagnose, og eventuelle differensialdiagnoser. Diagnostikk av lærevansker etter undersøkelser bør drøftes med spesialist i klinisk pedagogikk eller annen behandler med relevant kompetanse. Noen ganger foreligger det allerede diagnostiske vurderinger på akse 2 eller 3 fra andre instanser, som PPT eller habiliteringstjenesten, i så fall nevnes bare dette kort. Vurderinger fra eksterne instanser vil normalt være tilstrekkelig grunnlag til å kode. Når det foreligger en diagnose på akse 2 eller 3 bør drøftingen også ta opp mulig innvirkning av denne tilstanden på de andre aksene, uavhengig av hvem som har stilt diagnosen.

Det kan ikke stilles diagnoser på akse 2 eller 3 dersom det ikke er foretatt standardiserte undersøkelser av henholdsvis lærevansker og spesifikke utviklingsforstyrrelser eller evnenivå som del av basisutredning, og det heller ikke foreligger slike resultater fra andre instanser. Vurderingen må da klargjøre hvorfor det er unødvendig å gjennomføre slik standardisert undersøkelse (for eksempel fordi flere informanter bekrefter upåfallende skolefungering). Eventuelt kan vurderingen være at videre undersøkelser av en av disse aksene er nødvendig som del av en utvidet utredning.

Psykososiale forhold som trolig har hatt betydning og som vil kunne kodes på akse 5 bør nevnes i drøftingen sammen med de andre aksene de eventuelt er knyttet til. Det er også viktig å nevne psykososiale forhold som kan vurderes å ha hatt betydning, men som ikke kan kodes i henhold til retningslinjene [14], og sørge for at det klart kommer frem hvordan disse faller under terskel for koding på akse 5.

For akse 1 skal det drøftes hvilke spesifikke symptomer som tyder på ulike diagnoser, og klargjøre eventuelle vurderinger som er gjort av symptomers utviklingsmessige utforming. Drøftingen skal fokusere mer på vurderingen av hva slags overordnet psykopatologisk fenomen det er snakk om enn på spesifikke diagnostiske koder. Differensialdiagnoser angis og det forklares hvorfor den valgte diagnosen gir den mest dekkende beskrivelsen av tilstandsbildet, eller hva som gjør en differensialdiagnose mindre aktuell. Det vil også under denne drøftingen være relevant å beskrive

samhandlingsmønster og vurdering av utpregede personlighetstrekk hos ungdom. Dersom det stilles flere diagnoser må vurderingen også ha en drøfting av hvilken diagnose som bør være hoveddiagnosen.

### 6.3. Diagnostisk konklusjon og koder

Etter vurderingsdelen følger konklusjonen og valget av koder til de seks aksene. For alle akser hvor det stilles en diagnose skal det her stå en kortfattet diagnostisk konklusjon. Der det kodes mangelfull informasjon eller ingen aktuell tilstand vil dette ha fremgått tilstrekkelig av den diagnostiske vurderingen, og det skal ikke angis noen ytterligere konklusjon.

For akse 1 skal det angis kort hvilke symptomer og andre trekk som stemmer med retningslinjene for den valgte diagnosen eller diagnosene i *ICD-10 kapittel F - Kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer*. Dersom tilstandsbildet ikke stemmer tilstrekkelig godt med retningslinjene for en spesifisert diagnose i ICD-10 kapittel F kan det velges en uspesifisert diagnose, eller eventuelt en spesifisert diagnose beskrevet i annen litteratur. For det sistnevnte må konklusjonen da angi hvordan tilstandsbildet stemmer med den beskrevne diagnosen (eksempelvis ved koding av *Avoidant and Restrictive Food Intake Disorder* fra DSM-V med koden F50.8). Dersom det må velges

*«Dersom tilstandsbildet ikke stemmer tilstrekkelig godt med retningslinjene for en spesifisert diagnose i ICD-10 kapittel F må det velges en uspesifisert diagnose, eller eventuelt en spesifisert diagnose beskrevet i annen litteratur.»*

en uspesifisert diagnose (Fxx.9) må konklusjonen angi hvordan tilstandsbildet stemmer med de generelle retningslinjene angitt for den gruppen av diagnoser (Fxx).

For akse 2 og 3 skal det gjengis hvilke funn på strukturerte undersøkelser eller hvilke eksterne utredninger som danner grunnlag for diagnosen som kodes.

For å konkludere på akse 4 skal det foreligge en medisinskfaglig vurdering, enten ved at diagnosen er stilt

av fastlege eller annen spesialisthelsetjeneste, eller ved at lege ved BUP gjør vurderingen. Et unntak fra denne hovedregelen er kjønnsinkongruens, hvor det er utgitt egne retningslinjer for diagnostikk som sier at koding i BUP skal skje på akse 4 med kodene Z76.80 for postpubertal ungdom og Z76.81 for barn [15]. Det er også viktig å huske at selvpåført skade knyttet til psykisk lidelse skal kodes på akse 4.

For akse 5 vil konklusjonen bestå i å klargjøre hvilke psykososiale forhold som kodes i henhold til retningslinjene for koding på denne akse [14]. Merk at *5.1 Avvikende foreldresituasjon* i henhold til retningslinjene skal kodes for alle unntak fra oppvekst med begge biologiske foreldre, uavhengig av om dette vurderes å ha hatt noen innvirkning på tilstandsbildet.

For akse 6 vil konklusjonen bestå av å beskrive hvilke trekk ved pasientens fungering som fører til skåring i et bestemt område av CGAS.

### 6.4. Vurdering av ressurser og sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer

Under denne overskriften skal det sammenfattes en kortfattet utviklingspsykopatologisk kasusformulering. I kasusformuleringen trekker behandleren frem vesentlige forhold utredningen har vist, og organiserer dem til i henhold til de fire utviklingspsykopatologiske faktorene

*predisponerende/sårbarhet, ressurser/beskyttende, utløsende og opprettholdende* på de tre nivåene i den biopsykososiale modellen – *biologisk, psykologisk og sosiokulturelt*.

## **6.5. Faglig tilråding om tiltak**

Det skal utformes en faglig tilråding om hvilke tiltak som kan være aktuelle. Tilrådingen skal også si om det bør tilbys behandling i spesialisthelsetjenesten og/eller tiltak fra andre instanser, og i så fall hva slags behandling og tiltak som skal foreslås når det skal tas en klinisk beslutning sammen med pasient/foresatte.

Tilrådingen om tiltak innebærer å anslå prognose, altså å bedømme sannsynlig utvikling av vanskene og nytte av behandling. Det vil også kunne innebære å trekke frem vesentlige opprettholdende faktorer som det ev. bør settes inn tiltak for å endre. Likeledes kan tiltak for å redusere sårbarhetsfaktorer beskrives som kan bidra til å hindre tilbakefall eller ressurser beskrives som kan utnyttes bedre, styrkes eller tilføres.

## 7. Eksempler på diagnostiske vurderinger med konklusjon og koder

Her gis eksempler på hvordan en diagnostisk vurdering med konklusjon og koder kan utformes som tekst, for to ulike fiktive pasienter.

### 7.1. Kasus 1 – Ungdom med angstlidelse

*Relevant informasjon fra utredningen*

[Her ville det stått ulik informasjon som trekkes frem i vurderingen under]

*Diagnostisk vurdering*

14 år gammel jente som bor sammen begge biologiske foreldre med ei to år yngre søster. Hun går i 9. klasse på [navngitt] ungdomsskole. Hun har tidligere spilt håndball, men har nå ingen faste fritidsaktiviteter, men liker å tegne og male.

Pasienten er henvist av fastlege i samarbeid med foresatte og skolen grunnet økende angstelse med tilbaketrekking fra flere sosiale arenaer det siste året. Pasienten har rapportert om, og det er observert, flere hendelser der hun hyperventilerer, blir urolig, blek i ansiktet og må forlate den angstutløsende situasjonen. Foreldre har observert at pas har selvskadet overfladisk på underarm ved flere anledninger. Utløsende situasjoner for angstelse er blant annet fremføring på skolen, men det har også skjedd på håndballbanen. Hun har etter en slik hendelse sluttet på håndball, og skolen rapporterer om at hun ikke møter opp/unngår spesifikke kravsituasjoner som enkelte prøver og gruppearbeid. Året før forverrelsen av symptomene var det utfordringer i klassemiljøet, der pasienten har kjent seg tidvis på utsiden av jentegruppa.

Pasienten hadde i overgang til barneskole separasjonsangstelse som varte i et halvt år der tett samarbeid med skole og helsesøster med fokus på trygg relasjon til kontaktlærer medførte bedring. Pasienten har astma, og har tidligere hatt skremmende opplevelser knyttet til vansker med å få puste.

I samtale ved BUP fremstår pasienten i begynnelsen noe tilbaketrukket men blir raskt tryggere. God formell og emosjonell kontakt. Fremstår ikke deprimert.

Det siste året har pasienten utviklet en vesentlig funksjonsnedsettelse særlig på fritidsarenaen der hun er lite sammen med jevnaldrende og har sluttet på alle organiserte aktiviteter. På skolen har hun fritak fra enkelte gruppearbeid, og deltar ikke i muntlige presentasjoner samt blir ikke spurt høyt i klassen. Faglig er det ingen mistanke om lavt evnenivå, men hun opplever at matematikk er det vanskeligste faget. Ingen mistanke om spesifikke lærevansker. God motorikk. Astmaen er per i dag godt regulert. Det har over tid vært vedvarende mellommenneskelige belastninger knyttet til skolemiljøet og særlig jentegruppa på skolen.

Pasienten har flere symptomer på sosial angstelse der hun frykter å få negativ oppmerksomhet av andre. Hun har opplevd flere tilløp til panikk samt panikkanfall med symptomer på svette og klamme hender og ansikt, blir blek og kjenner at hjertet banker og følelsen av å ikke få puste og



med frykt for å kaste opp. Hun har etter slike opplevelser ved to anledninger benyttet selvskading for å regulere ned vanskelige følelser, ikke i suicidal hensikt.

Pasienten har vært plaget med en del somatiske symptomer i form av magesmerter og nakkesmerter og en lett tendens til generell angstelse, men angstelsen synes å være i hovedsak knyttet til bekymring knyttet til sosiale situasjoner og beskrives derfor best som sosial angstelse. Panikkanfallene har alltid en klart utløsende årsak og er derav ikke en panikkangst. Selv om pasienten kan oppleve seg tidvis trist er det ikke holdepunkter for en vedvarende depresjon. Utestengelse i jentemiljøet var ubehagelig, men har ikke medført symptomer på PTSD. Pasienten har en personlighet der hun er noe introvert og har en generell tendens til å unngå konflikter, men er vesentlig friere i hjemmemiljøet og overfor personer hun kjenner godt. Hun har enkelte engstelig unngående trekk men ikke av en slik grad at det er en personlighetsforstyrrelse. Selvskadingen synes heller ikke å være utløst av vanskelige relasjonelle situasjoner, men er knyttet til emosjonsregulering ved angstelse.

#### *Diagnostisk konklusjon og koder*

Akse 1: F 40.1 Sosiale fobier. Frykt for og unngivelse av situasjoner der hun kan tape ansikt. Flere angstsymptomer også flere autonome, samt frykt for å kaste opp. Tilstanden gir betydelig plage og funksjonsnedsettelse. Tilstanden er ikke en del av en annen lidelse.

Akse 2: 2999 Mangelfull informasjon. Ikke behov for utredning.

Akse 3: 3999 Mangelfull informasjon. Ikke behov for utredning.

Akse 4: X6N Villet egenskade, bolig. Pasient og foreldre har bekreftet at egenskade har skjedd hjemme.

S50.7 Flere overfladiske sår på underarm

J45 Astma. Tidligere opplevelser av sterk angst knyttet til astmaanfall.

Akse 5: 8.8 Andre kroniske mellommenneskelige belastninger forbundet

med skole/arbeid. Vedvarende konflikter i skolemiljøet, særlig i jentegruppen, med tidvis utestengelse av pasienten.

Akse 6: 55 Variabel funksjon med tydelig nedsatt funksjon både på skolearenaen og fritidsarenaen, men ikke hjemme. Vanskene er synlig for omgivelsene når hun får engstelsesanfall og det er tydelig for de rundt at hun unngår flere situasjoner.

#### *Vurdering av ressurser og sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer*

Far hadde sosial angstelse i ungdomstid og tidlig voksen alder noe kan tyde på genetisk sårbarhet. Tidligere separasjonsangstelse kan også tyde på en sårbarhet for angstelse hos pasienten. Pasientens Astma har vært skremmende og kan ha medført økt risiko for at pasienten kan utvikle angstelse.

Pasienten har et introvert temperament med en tendens til konfliktskyhet. Dette kan vedlikeholde vanskene ved at hun har en tendens til å unngå eksponering for angstutløsende situasjoner. Pasienten bruker i liten grad tilknytningspersoner til å regulere egne vanskelige følelser. Dette mulige engstelig/unngående tilknytningsmønsteret kan øke sårbarhet for angstelse og virke

oppretholdende for aktuelle vansker. Sannsynlige gode faglige evner, bortsett fra matematikk, er beskyttende med tanke på skolefaglig mestring.

Utestengelse og dårlig skolemiljø er sannsynlig utløsende årsak til aktuell forverring av angst. Det at flere i familien har hatt angst kan ha påvirket dynamikken mellom pasient og foresatte når det gjelder emosjonsbevissthet og regulering. Beskyttende er det at familien har et godt samhold og lavt konfliktnivå. Familien har god økonomi og begge foresatte fungerer i jobb.

Pasienten har hatt økende unntak og dermed funksjonsnedsettelse det foregående år.

#### *Faglig tilråding om tiltak*

Pasienten er i behov av behandling for å unngå videre forverring av symptombilde og ytterligere funksjonsnedsettelse. Eksponeringsbasert terapi med særlige tilrettelegginger for sosialfobisk angst anbefales, samt involvering/veiledning til foreldre for å redusere oppretholdende dynamikk i familien.

## **7.2. Kasus 2 – Barn med atferdsforstyrrelse**

### *Diagnostisk vurdering*

8 år gammel gutt som bor med mor og to eldre søstre på 12 og 15 år. Samlivsbrudd mellom foreldrene da pasienten var 2 år. Helgesamvær med far som bor noen timer unna mors bosted. Går i 3. klasse. Har to jevnaldrende venner han ofte er sammen med på fritiden. Har gått på flere idretter, både fotball, håndball og karate, men har i dag ingen faste fritidsaktiviteter. Liker å sykle og spille dataspill, særlig Minecraft. Det har vært et høyt konfliktnivå mellom foreldrene i forkant av samlivsbruddet og i forbindelse med rettsak om bosted og samvær. Mor beskriver en halvårlang episode med depressive symptomer i etterkant av rettsaken.

Henvist fra psykolog i PPT i samråd med foreldre på grunn av hyppige raseriutbrudd, både på skolen og hjemme. Langvarig gradvis økning av raseriutbrudd, mor klarer ikke identifisere noe tidspunkt for forverring. Slike utbrudd inntreffer typisk flere ganger i uken, og er vanligvis utløst av grensesetting. På skolen har pasienten ofte løpt ut av skolens område i forbindelse med slike utbrudd. Lærer rapporterer om at mange av barna i klassen uttrykker frykt for pasienten. Far rapporterer ingen slike utbrudd i forbindelse med samvær, men beskriver få grensesettingsituasjoner. Mor beskriver at pasienten i etterkant av samvær ofte snakker nedsettende til henne og nekter å gjøre ting hun ber ham om. Krangler lenge på opplevd urettferdighet hjemme, ofte knyttet til at de eldre søstrene får lov til ting han ikke får. Slike krangler har flere ganger ført til at pasienten har ødelagt søstrenes ting. Overnatter ikke hos besteforeldre eller annen familie på grunn av sinneutbrudd. Mor beskriver at pasienten ofte i etterkant av sinneutbrudd gråter og sier at han hater livet sitt. Hun er bekymret for at søstrene trekker seg unna og har en økende negativ innstilling til pasienten.

Ingen tidligere behandling i psykisk helsevern. Barnehagen anbefalte henvisning på grunn av vansker med emosjonsregulering, men dette ble aldri noe av på grunn av foreldrekonflikten. Har hatt eksem i perioder som yngre barn, men lite plaget av dette nå. Somatisk undersøkt av fastlege før inntak, uten funn.

I kontakt med behandler ved BUP er pasienten til å begynne med litt tilbakeholden, men blir raskt tryggere og gir god kontakt. Etter samhandling rundt et brettspill nekter pasienten å delta i å rydde opp. Det observeres at pasienten snakker mye tilbake til mor, ofte i en lite respektfull tone. Når konflikten mellom foreldrene tas opp sier han at han ikke liker når pappa og mamma skriker til hverandre i telefonen, men at han liker å være hos pappa og noen ganger savner ham.

Pasienten har en klart nedsatt fungering på flere områder, både i familien, sosialt og på skolen, ettersom han ikke kan overnatte borte, tidvis forsvinner fra skolen og har økende konflikt med nær familie og jevnaldrende. Det har ikke vært noen forsinkelse i utvikling av adaptive ferdigheter, pasienten leser godt og mestrer skolefaglig arbeid fint så lenge han samarbeider i klasesituasjonen. Det vurderes ikke å være behov for videre utredning av evennivå eller lærevansker.

Pasienten utviser mye opposisjonell atferd, og denne er ikke utelukkende knyttet til relasjonen til mor. I varierende grad kommer den til uttrykk i de fleste relasjoner, også med behandler på BUP, og først og fremst knyttet til krav eller grensesetting. Sluttet på flere fritidsaktiviteter etter å ha blitt sint på trenere/ledere. Sinneutbruddene er hyppigere og mer alvorlige enn alderen skulle tilsi. Utviklingen av symptomene er gradvis, ikke episodisk, og selv om pasienten kommer med uttrykk for fortvilelse og selvnedvurdering i forbindelse med konflikter, har det ikke vært andre tegn til en depressiv tilstand. Tendensen til å krangle på opplevd urettferdighet og å reagere med å hevne seg ved å ødelegge søstrenes ting stemmer med en atferdsforstyrrelse. Han har samtidig få eller ingen andre tilfeller av mer alvorlig grenseoverskridende atferd hjemme eller på skolen.

Pasienten har vært eksponert for sterke verbale konflikter mellom foreldrene, uten at dette ser ut til å ha medført utvikling av symptomer på angst eller posttraumatisk stress.

#### *Diagnostisk konklusjon og koder*

Akse 1: F91.3 Opposisjonell atferdsforstyrrelse. Et vedvarende mønster av aggressiv, trassig og ødeleggende atferd på flere arenaer, uten mer alvorlig antisosial atferd.

Akse 2: 2999 Mangelfull informasjon. Ikke behov for utredning.

Akse 3: 3999 Mangelfull informasjon. Ikke behov for utredning.

Akse 4: 4000 Ingen aktuell tilstand på akse 4, undersøkt av fastlege før henvisning.

Akse 5: 1.1 Disharmoni mellom voksne i familien. Langvarig generell anspent stemning mellom foreldrene med flere tilfeller av kontrolltap og åpen konflikt.

Akse 6: 46 Moderat påvirket funksjon både sosialt med jevnaldrende, med voksne på skolen, fritid og hjemme.

#### *Vurdering av ressurser og sårbarhet, utløsende og opprettholdende faktorer*

Pasienten har fra tidlig alder vist sterk emosjonell reaktivitet og tendens til trass, som kan tyde på at dette er en del av hans temperament. Foreldrenes konflikt fremstår som en vesentlig utløsende og opprettholdende faktor for hans atferdsvansker. Begge foreldre har over tid modellert verbal aggresjon, og har snakket nedsettende om hverandre og undergravd den andres autoritet. Den har også hindret foreldrene i å samarbeide om grensesetting både før og etter samlivsbruddet. Mors depresjon i etterkant av rettsak medførte en periode med inkonsistent foreldreatferd, preget av vekslende mellom tilbaketrekning og irritabilitet, hvor også de to eldre søstrene ble involvert i å

forsøke å sette grenser for pasienten. Dette fører i dag til hyppige voldsomme konflikter mellom søstrene og pasienten.

Pasienten har gode skolefaglige evner, og opplever faglig mestring. Han har beholdt to venner han er sammen med også på fritiden. Han har fortsatt en god relasjon til begge foreldre, mens relasjonen til søstrene er preget av vedvarende konflikt.

#### *Faglig tilråding om tiltak*

Tiltak bør rettes mot foreldre og familiesystemet heller enn pasienten individuelt. Veiledning etter PMTO-prinsipper anbefales, gitt enten i spesialisthelsetjenesten eller fra andre instanser. De eldre søstrene må involveres, da deres forsøk på å kompensere for foreldrene bidrar til å opprettholde vanskene. Det må vurderes om foreldrene kan nyttiggjøre seg slik veiledning gitt graden av aktuell konflikt, og eventuelt gjennomføres tiltak for å redusere konfliktnivået. Det bør inngås samarbeid med skole og eventuelt tilbys veiledning for å unngå forverring av atferdsvansker i den konteksten, og slik ivareta en viktig mestringsarena for pasienten.

## 8. Litteratur

1. Helsedirektoratet, *Nasjonalt pasientforløp for utredning og behandling i psykisk helsevern, barn og unge*. 2022, Helsedirektoratet: Oslo. Nett adresse: [Psykiske lidelser – barn og unge - Helsedirektoratet](#)
2. Direktoratet for e-helse, *Retningslinjer for koding: Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (PHBU)*. 2018.
3. van Benthem, P., et al., *A dual perspective on first-session therapeutic alliance: strong predictor of youth mental health and addiction treatment outcome*. European Child and Adolescent Psychiatry, 2020. **29**(11): p. 1593-1601.
4. Hatcher, R.L. and A.W. Barends, *How a return to theory could help alliance research*. Psychotherapy, 2006. **43**(3): p. 292-9.
5. De Los Reyes, A., et al., *The validity of the multi-informant approach to assessing child and adolescent mental health*. Psychological Bulletin, 2015. **141**(4): p. 858-900.
6. De Los Reyes, A., et al., *Principles underlying the use of multiple informants' reports*. Annual Review of Clinical Psychology, 2013. **9**: p. 123-49.
7. Lempp, T., et al., *The clinical examination of children, adolescents and their families*, in *IACAPAP e-Textbook of Child and Adolescent Mental Health*, R. JM, Editor. 2012, International Association for Child and Adolescent Psychiatry and Allied Professions: Geneva.
8. Borren, I. and S. Kaiser, *Måleegenskaper ved den norske versjonen av Kartlegging av traumeerfaringer og symptomer (KATES Barn)*. PsykTestBarn, 2021. **1**(1).
9. Sachser, C., et al., *International development and psychometric properties of the Child and Adolescent Trauma Screen (CATS)*. Journal of Affective Disorders, 2017. **210**: p. 189-195.

10. Achenbach, T.M., et al., *Multicultural assessment of child and adolescent psychopathology with ASEBA and SDQ instruments: research findings, applications, and future directions*. Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 2008. **49**(3): p. 251-75.
11. Youngstrom, E.A., et al., *Multivariate meta-analysis of the discriminative validity of caregiver, youth, and teacher rating scales for pediatric bipolar disorder: Mother knows best about mania*. Archives of Scientific Psychology, 2015. **3**(1): p. 112-137.
12. Rescorla, L.A., et al., *International Comparisons of the Dysregulation Profile Based on Reports by Parents, Adolescents, and Teachers*. Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology, 2019. **48**(6): p. 866-880.
13. Kuruvilla, K. and A. Kuruvilla, *Diagnostic formulation*. Indian Journal of Psychiatry, 2010. **52**(1): p. 78-82.
14. Sosial og helsedirektoratet, *Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge (BUP): Akse 5 Avvikende psykososiale forhold*. 2008.
15. Helsedirektoratet, *Nasjonal faglig retningslinje for helsetjenestetilbud til personer med kjønnsinkongruens*. 2020, Helsedirektoratet: Oslo.

## **Akershus universitetssykehus HF**

Besøksadresse: Sykehusveien 25, Lørenskog  
Postadresse: Postboks 1000, 1478 Lørenskog  
Telefon: 67 96 00 00  
Epost: [postmottak@ahus.no](mailto:postmottak@ahus.no)