

Heidi Hennes

Legemiddelassistert rehabilitering som utfordring i barnevernet

**En kvalitativ undersøkelse om familier med tiltak i
barnevernet der mor har brukt metadon eller buprenorfin i
svangerskapet**

**Masteroppgave i sosialfag, studieretning barnevern
Høgskolen i Oslo og Akershus, Fakultet for samfunnsfag**

2017

Sammendrag

Studiens bakgrunn var kritikk av barnevernet fra leger og forskere om at beslutninger som omhandlet mødre i legemiddelassistert rehabilitering (LAR), ble fattet på feilt grunnlag, samt at denne gruppen ble stigmatisert av hjelpeapparatet. Jeg ønsket å få økt kunnskap om hvordan barnevernet arbeider i familier der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet.

Problemstillingen i denne undersøkelsen er: 1. Hva vektlegger barnevernsarbeidere i saker der mor har brukt metadon eller buprenorfin i svangerskapet når de skal fatte beslutninger? og 2. Hvilke utfordringer oppstår i forbindelse med disse beslutningene? Relevant forskning har vært om LAR-medisiner i svangerskap, mødrene og barna i den aktuelle gruppen. Dessuten har forskning om beslutninger i barnevernet vært relevant for problemstillingen.

Bakkebyråkratiteori og en modell for beslutningsteori er benyttet som forståelsesramme i undersøkelsen. Dette er en kvalitativ undersøkelse og ble utført ved bruk av semistrukturerte intervjuer. Det ble intervjuet fem barnevernsarbeidere om konkrete saker ved fire barnevernskontorer i Hordaland.

I denne undersøkelsen utgjorde lovverk og andre rammebetingelser en stor del av beslutningsgrunnlaget for barnevernsarbeiderne. De samme betingelsene utgjorde en større begrensning i denne konteksten enn det en ser ved andre problemstillinger barnevernet jobber med. Andre profesjoners informasjon om foreldres fungering ble tillagt stor vekt i beslutningene selv om opplysningene var tvetydige og motstridende. Barnevernsarbeiderne hadde mangelfull kunnskap om den aktuelle gruppen. Det ble ikke identifisert tilpassede rutiner for arbeid med LAR-saker. Kompleksiteten i sakene førte til utfordringer med å få tilstrekkelig grunnlag for beslutninger om treffende tiltak. LAR var en risikofaktor som ble vurdert i et helhetlig bilde av omsorgssituasjonen.

Oppsummert kan en se ut fra denne undersøkelsen at LAR-sakene var komplisert og en utfordring for barnevernsarbeiderne å håndtere. Lovens begrensninger om at barnevernet ikke kan beslutte tiltak om et ufødt barn, kan utgjøre en risiko for senere beslutninger og tiltak i barnevernet. Kunnskapsmangel om LAR, NAS og atferd hos foreldre skapte utfordringer i det faglige skjønnets. Mangel på innarbeidede prosedyrer for arbeid med barn av mødre i LAR vurderes som en risiko for tilstrekkelig og tidlig nok tiltak. Det ble ikke indentifisert at motstridende verdier og holdninger hos barnevernsarbeiderne til den aktuelle gruppen, påvirket beslutningene som ble fattet.

Abstract

The background of the study was criticism from doctors and researchers about decisions regarding mothers in opioid maintenance treatment (OMT). They meant that the decisions were made on a wrong basis and that this group were stigmatized by child welfare. I had a wish about getting increased knowledge about how child welfare worked with families where the mother had used OMT-medicines during pregnancy.

This paper has the following research question: 1. What does child welfare workers emphasize when they are making decisions in cases where the mother has used methadone or buprenorphine during pregnancy? and 2. What challenges may also occur when making these decisions?

Research has been done about OMT-medicines during pregnancy, mothers and the children in the relevant group. Research about decisions within the child welfare has been relevant for this research question. Street-Level bureaucracy theory and a model for decision-making is used as a frame for understanding in the survey. This study is qualitative and were executed by using interviews that were semi-structured. Five child welfare workers has been interviewed about cases from four different child welfare offices in Hordaland.

Laws and other framework conditions in this survey made a big part of the foundation in decisions from child welfare workers. The same conditions made for an even bigger limitation in this context than what you see with other issues that child welfare works with. Information from other professionals about the functioning of the parents was given great importance in the decisions even though the information was ambiguous and contradictory. Child welfare workers lacked knowledge about the relevant group in question. Routines for work with OMT-cases were not identified. Challenges came up due to the complexity of the cases. The challenges were about getting a sufficient basis for decisions on effective measures. OMT were a factor of risk that were evaluated as a holistic image of the situation of care. Experience of powerlessness were more prominent than power.

In summary, one can see that OMT-cases are complicated and a challenge for the child welfare to handle. Limitations of law regarding that child welfare can not make decisions about measures in the pregnancy can become a risk for decisions and measures in a later stage within child welfare. Lack of knowledge about OMT, NAS and behaviour of the parents made challenges regarding the professional judgement. Missing routines on regular procedures while working with children of mothers within OMT is accessed as a risk for early and enough measures. Contradictory values and opinions were not identified as a cause of wrong decisions from child welfare workers in the relevant group.

Forord

Å skrive denne oppgaven har vært både krevende, men samtidig veldig lærerikt, både faglig og personlig. Masteroppgaven har gitt meg anledning til å fordype meg i et interessant fagområde innenfor barnevern. Jeg håper andre som er opptatt av barnevernets beslutninger på ulike plan kan finne oppgaven spennende.

I forbindelse med denne oppgaven er det flere som har bidratt i prosessen. Jeg ønsker å takke barnevernslederne som bidro til å gjøre prosjektet kjent for sine ansatte, samt utpeke erfarne og kunnskapsrike informanter. Jeg vil også takke informantene, som tok seg tid til å forberede seg og å la seg intervju i en travel hverdag.

Tusen takk til min veileder ved Høgskolen i Bergen Per Arne Rød for konstruktiv veiledning, ærlige tilbakemeldinger og gode diskusjoner.

Jeg må også takke min enhetsleder for å være svært fleksibel når jeg har hatt utstrakt bruk av feriedager det siste halve året. Jeg har også hatt gode kollegaer som har oppmuntret og støttet meg underveis. En spesiell takk til Liv som tok seg tid til å lese korrektur i den siste hektiske uken før innlevering.

Min egen familie vil jeg først og fremst takke for at dere har holdt ut med meg. Jeg har kanskje vært fysisk tilstedeværende, men likevel utilgjengelig det siste året. Dere har også bidratt på hver deres måte til at jeg klarte å fullføre masteroppgaven.

Bergen, mai 2017

Heidi Hennes

Innholdsfortegnelse

Sammendrag	i
Abstract	ii
Forord	iii
1 Innledning.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling og avgrensning	2
1.3 Oppgavens oppbygging	3
1.4 Noen sentrale begreper	4
1.4.1 Metadon og buprenorfin	4
1.4.2 Neonatal abstinenssyndrom - NAS.....	4
2 Relevant forskning.....	5
2.1 Forskning om LAR - graviditet og mødre.....	6
2.2 Forskning om barn av mødre i LAR.....	7
2.3 Forskning om barnevernets beslutninger	9
3 Samfunnsmessig og teoretiske rammer	11
3.1 Lov om barneverntjenester	12
3.1.1 Maktaspektet.....	12
3.1.2 Prinsippene i barnevernloven.....	13
3.2 Bakkebyråkrateteori.....	14
3.3 Beslutningsteori	18
4 Metodologi	22
4.1 Fenomenologi og hermeneutikk	23
4.2 Forskningsdesign	25
4.2.1 Metodevalg	25
4.2.2 Utvalg og rekruttering.....	27
4.2.3 Gjennomføring av intervjuene	28
4.2.4 Transkribering.....	30
4.2.5 Analysestrategi.....	31
4.2.6 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet.....	34
4.2.7 Etske hensyn gjennom hele forskningsprosessen	37
4.2.8 Refleksjoner over min egen rolle som forsker i eget felt.....	38
4.2.9 Styrker og svakheter i undersøkelsen	39
5 Resultater.....	41
5.1 Beslutningsramme.....	42
5.2 Faglig skjønn.....	46
5.3 Makten og avmakten.....	50
5.4 Den personlige faktoren.....	53
6 Drøfting.....	55
6.1 Betydningen av lovverk og andre rammefaktorer	55
6.2 Utøvelse av handlingsrommet.....	60
6.3 Mellom makt og avmakt	64
6.4 Verdier, erfaringer og fortolkning.....	67
7 Avslutning.....	69
7.1 Oppsummering.....	69
7.2 Implikasjoner for praksis	70
7.3 Videre forskning	71

Litteraturliste	73
Vedlegg 1. Forespørsel om deltakelse.....	81
Vedlegg 2. Samtykke til deltakelse	82
Vedlegg 3. Intervjuguide	83
Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD	85

1 Innledning

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Legemiddellassistert rehabilitering (LAR) er et tverrfaglig spesialisert behandling for heroonavhengighet der rekvirering av metadon eller buprenorfin i en bestemt dose inngår som et deltiltak i et helhetlig rehabiliteringsforløp, jfr. LAR- forskriften §3 (Helse- og omsorgsdepartementet 2009). Slik behandling kalles substitusjonsbehandling. LAR er også et livsstilsendingsprogram som innebærer mer enn substitusjon av heroin. Hver pasient får en individuell behandlingsplan, som i tillegg til substitusjonsbehandling, inneholder terapeutiske møter og eventuell opplæring i sosiale ferdigheter og evner til å søke jobb eller utdanning (Konijnenberg 2012, 6). Legemidlene metadon og buprenorfin vil bli gjort nærmere rede for i punkt 1.4.1. I denne undersøkelsen vil disse legemidlene bli omtalt som LAR-medisiner.

Kvinner som blir gravide når de er i LAR-behandling, blir anbefalt å fortsette behandlingen i svangerskapet og det anbefales også at den medisindosen kvinnen brukte før graviditeten, opprettholdes og økes ved behov (Helsedirektoratet 2011, 59). Retningslinjene er i tråd med Verdens Helseorganisasjons anbefaling (Vindegg 2010, 210). Hovedmålsettingen er at familiene i denne gruppen skal få individuelt tilpasset, kunnskapsbasert, faglig forsvarlig og respektfull oppfølging fra hjelpeapparatet (Helsedirektoratet 2011, 12). Før 2011 var det vanlig at gravide rusmiddelmissbrukere ble innlagt på tvangstiltak, jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven § 10-3 og fikk tilbud om LAR-behandling etter fødsel. Etter 2011 fikk gravide rusmiddelmissbrukere tilbud om oppstart av LAR-behandling i svangerskapet. Kvinner som var i LAR-behandling ved graviditet, fikk fortsette behandlingen under svangerskapet også før 2011.

Gravide som får LAR-medisiner har vært gjenstand for medieomtale og kritikk, og ulike fagmiljøer har oppfatninger om temaet som står i motsetning til hverandre. I januar og februar 2016 ble det publisert en rekke artikler i Bergens Tidende om barn som ble født med abstinenser, både av mødre som var i LAR-behandling og mødre som hadde brukt andre rusmidler (Oldeide, 2016). Debatten omhandlet hvilke skadevirkninger LAR-medisiner hadde på et foster. De som så barna på nyfødtafdelinger og helsestasjoner var bekymret for langtidsvirkningen av LAR-medisiner i svangerskapet. Forskningsmiljøer påpekte at skadevirkningene uten substitusjonsbehandling var større ved at mødre kunne ruse seg på tyngre stoffer, samt kunne undra seg hjelp fra omgivelsene. Det ble påpekt at forskningen var

god nok til å fortsette med den politikken som var gjeldende på området (Welle-Strand et al. 2016; Lund og Handal, 2016).

I de nasjonale retningslinjene for gravide i LAR, blir barnevernet kritisert for å mangle kunnskap om gruppen og at dette medfører feilaktige beslutninger om omsorgsovertakelser (Helsedirektoratet 2011, 128). Andre har sagt at mødre i LAR får et dårlig tilbud av hjelpeinstanser, og at moralsk fordømmelse ser ut til å svekke de faglige vurderingene (Kaljord 2011, 54). Noen mødre i LAR opplevde seg stigmatisert og ble møtt med holdninger fra ulike faggrupper om at de ikke burde bli gravide, samt at LAR-behandling var uforenelig med morsrollen (Lund, Brendryen og Ravndal 2014, 38). Forskning viser også at det er forskjeller på hvordan kvinner blir møtt og fulgt opp ulike steder i landet av hjelpeapparatet, som bl.a. barnevern (Safri 2012, 1011). Noen ble møtt med fordommer og ble stresset, mens andre fikk god støtte og koordinert hjelp med tiltak slik at de kunne fungere som foreldre.

Jeg ble opptatt av om kritikken vedrørende kunnskapsmangelen i barnevernet fra forskere var berettiget. Vet barnevernet for lite og tar de avgjørelser på feilt grunnlag? Har barnevernsarbeidere holdninger som kan overskygge faglige vurderinger eller arbeider en systematisk med disse sakene på lik linje med andre? Mitt bidrag til dette temaet er å belyse noe av barnevernets arbeid med familier der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet.

1.2 Problemstilling og avgrensning

FNs barnekonvensjon gir barn beskyttelse både før og etter fødsel, jfr. artikkel 3 (1989). Denne sier at barnets beste er et grunnleggende hensyn. I Norge er det ulike lovverk som gjelder i forhold til før og etter fødsel. LAR-behandling reguleres av bestemmelsene i helsepersonelloven (1999), bruker- og pasientrettighetsloven (1999), spesialisthelsetjenesteloven (1999), helse- og omsorgstjenesteloven (2011) og legemiddeloven (1992) (Helsedirektoratet 2011, 30). Helse- og omsorgstjenestelovens kapittel 10 regulerer reglene om tvangstiltak overfor rusmiddelmisbrukere. I forhold til gravide rusmiddelmisbrukere er det §§ 10-3 og 10-4 som er aktuelle. Vilkårene for et slikt tvangsvedtak er at misbruket er av en slik art at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade og at frivillige hjelpetiltak ikke er tilstrekkelig (Ofstad og Skar 2015, 29). Tvangstiltak for å verne ufødte barn mot skadelig livsførsel er ikke hjemlet i barnevernloven (NOU 2012:5, 134). I forslag til ny barnevernlov, videreføres bestemmelsen om at barnevernet ikke kan sette inn undersøkelser eller tiltak overfor et ufødt barn uten mors

samtykke (NOU 2016:16, 249). Barnevernloven inntretr når barnet er født og blir da aktuell for de tiltak som barnevernet kan tilby.

I denne studien ønsker jeg å undersøke hvordan barnevernet arbeider i saker der det er kjent at mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet og jeg har formulert følgende problemstilling:

1. *Hva vektlegger barnevernsarbeidere i saker der mor har brukt metadon eller buprenorfin i svangerskapet når de skal fatte beslutninger? og*
2. *Hvilke utfordringer oppstår i forbindelse med disse beslutningene?*

Jeg valgte min problemstilling fordi jeg er opptatt av at alle barn som er i kontakt med barnevernet skal få best mulig oppfølging og hjelp. Barnevern er et sammensatt og komplekst fagfelt og handler ofte om vanskelige valg. Mange blir berørt og det er sterke meninger om barnevernsarbeidet. Innen dette aktuelle temaet er det i tillegg mange og sterke meningsberettigede faggrupper involvert.

Kunnskap om beslutninger i barnevernets arbeid med barn der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet, er nyttig kunnskap for alle som arbeider med denne gruppen generelt og barnevernsfeltet spesielt. Jeg har avgrenset undersøkelsen til å omhandle hjelpetiltakssaker og omsorgssaker.

1.3 Oppgavens oppbygging

Jeg vil i kapittel 1 presentere undersøkelsens tema og bakgrunnen for valget. Presentasjon av LAR og gjeldende politikks bakgrunn, samt barnevernets terskel for inngrep før og etter fødsel beskrives. Problemstilling presenteres og sentrale begreper redegjøres for. I kapittel 2 presenteres først relevant forskning om LAR-behandling under graviditet, mødrene og barna. Denne forskningen gir et grunnlag og forståelse for de fødte barnas utfordringer og omsorgsbehov. Deretter presenteres aktuell forskning om barnevernets beslutninger. I kapittel 3 presenteres den samfunnsmessige og teoretiske rammen for undersøkelsen. Lov om barneverntjenesten danner grunnlaget for barnevernets arbeid og barnevernets makt synliggjøres gjennom ulike lovbestemmelser. Deretter presenteres teorien som er forståelsesrammen for undersøkelsen. Teori om bakkebyråkrati og en modell for beslutningsteori er vektlagt fordi de er en referanseramme for beslutninger i barnevernet. I kapittel 4 presenteres metodologien i undersøkelsen, med presentasjon av vitenskapsteori og

forskningsdesign. Dette er en kvalitativ undersøkelse med semistrukturerte intervjuer som datagrunnlag. Kapittelet omtaler alle sider ved forskningsprosessen. I kapittel 5 presenteres resultatene og i kapittel 6 drøftes resultatene i sammenheng med teoretisk forståelsesramme og forskning. I kapittel 7 oppsummeres undersøkelsen og deretter presenteres noen implikasjoner for praksis når det gjelder arbeid med familier i barnevernet der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet. Til slutt vil jeg anbefale noen ideer til videre forskning.

1.4 Noen sentrale begreper

I de neste punktene presenteres begreper som skal gi en forståelse av medisinene de gravide i LAR får. Deretter gis en medisinsk informasjon om neonatalt abstinenssyndrom (NAS), som nesten alle nyfødte får når den gravide bruker LAR-medisiner i svangerskapet.

1.4.1 Metadon og buprenorfin

Metadon er et syntetisk stoff og tilhører gruppen opioder og har lignende virkninger som morfin (*Folkehelseinstituttet*, s.v. ”metadon”, lest 10. juli 2016). Metadon har en smertestillende og hostedempende effekt. Etter inntak kan man føle trøtthet og pupillene kan bli små. Ved inntak av stor dose, kan dette medføre rus i form av velvære og døsighet. Når heroinmisbrukere bruker metadon, kan suget etter heroin reduseres.

Buprenorfin, som finnes i preparatene Temresic, subutex, subuxone og Norspan, er et morfinlignende stoff (*Norsk legemiddelhandbok*, s.v. ”buprenorfin”, lest 31.juli 2016). Stoffet brukes i LAR-behandling på lik linje med metadon. Buprenorfin blokkerer virkningene av andre opioder. På denne måten får man ikke rus hvis morfin og heroin tas samtidig med buprenorfin. For å oppnå denne blokaden, må det inntas en høy dose.

1.4.2 Neonatalt abstinenssyndrom - NAS

Neonatalt abstinenssyndrom (NAS) er abstinenser nesten alle nyfødte utvikler etter å ha vært eksponert for rusmidler som heroin, morfin eller LAR-medisiner i svangerskapet (Klingenberg, 2009). Symptomer fra sentralnervesystemet kan være økt spenning i muskulaturen, forsterkede reflekser og spiseproblemer. Barnet kan også få sår i huden pga. hyperaktivitet og motorisk uro. Symptomer fra det autonome nervesystemet innebærer nysing, gjesping, tåreflod, svette og feber. Symptomer fra fordøyelsessystemet er gulping, oppkast og diare. Symptomer fra respirasjonssystemet omhandler rask innånding og

hyperventilering. I tillegg er barn med NAS ofte karakterisert med ”høyfrekvente” skrik. Når symptomene inntreffer kan variere, og samtidig kan de kliniske tegnene arte seg forskjellig og med ulik alvorlighetsgrad (Klingenberg, 2009). Dette avhenger av hvilke narkotiske midler som er inntatt i svangerskapet og til hvilken tid. Ved inntak av metadon inntreffer symptomene på NAS 0-5 levedag og har sin topp etter 7-10. døgn. Varigheten er mellom 2-4 måneder. NAS opptrer hos 60-80 % hos barn som blitt eksponert for LAR-medisiner i fosterlivet (Helsedirektoratet 2011, 84). Tilstanden kan være dødelig og de fleste nyfødte med NAS må derfor behandles med morfin (Vindegg 2012, 896).

NAS er med andre ord en tilstand barnet kan få uansett om det er illegale rusmidler de blir utsatt for eller LAR-medisiner. Et sårbart barn har større omsorgsbehov enn et robust barn og krever mer av sine omsorgspersoner. Ruseksponering i svangerskapet vil med stor sannsynlighet gi medfødte sårbarheter for barnet (Skotland 2007, 27). Dette kan gi barnet varig nevrologisk sårbarhet. NAS medfører at barnet har vansker med hudkontakt og regulering av ulike typer. Barna har behov for tilrettelagt omsorg, men er samtidig vanskelig å fortolke og dermed utfordrende å tilfredsstille deres behov (Kvillo 2012, 118).

2 Relevant forskning

Forskningen har i mange år vært opptatt av forskjellige forhold knyttet til barn. Ulike fagfelt utvikler, ut fra sine spesialområder, sin kompetanse for å tjene barns interesser. LAR-behandling for gravide har vært preget av uenighet og tematikken vekker sterke følelser fordi en uskyldig tredjepart blir skadelidende (Bakstad 2008, 12). Fagfolks ulike ståsted og uenighet rundt behandling av denne gruppen har bestått i hvorvidt det er riktig å fortsette behandling av LAR under graviditet og om man skal trappe ned mors LAR-medisiner så mye som mulig i graviditeten. Retningslinjene fra 2011 skal revurderes etter en konsensuskonferanse om LAR-behandling for gravide i juni 2017 (Grung 2016). Det redegjøres først kort for forskning som legges til grunn for retningslinjene til gravide i LAR. Deretter presenteres forskning om barna i den aktuelle gruppen.

Det er gjort til dels mye forskning på barnevernets beslutningsprosesser, men jeg fant ingen forskning om beslutninger vedrørende barnevernets arbeid med familier der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet. Jeg har derfor benyttet meg av eksisterende forskning om beslutninger i barnevernet som er relevant for problemstillingen. Jeg har gjort en avgrensning i forskning på beslutninger ved å utelate forskning som omhandler beslutninger i meldings-

og undersøkelsesfasen i barnevernssaker. Denne avgrensingen begrunnes i at undersøkelsen skal omhandle langvarige hjelpetiltakssaker og omsorgssaker.

2.1 Forskning om LAR - graviditet og mødrene

Det ble i 2009 antatt at det i Norge ville bli født ca. 20 barn pr. år av mødre i LAR-behandling (Sandtorv et al. 2009). Frem til 2012 ble det født ca. 350 barn av mødre som hadde fått LAR-medisiner i svangerskapet (Vindegg 2012, 896). Det er pr. 31.12.2015 født 440 barn av mødre i LAR-behandling og i 2015 ble det født 26 barn av mødre i LAR (se side 31).

En undersøkelse av metadonbruk på gravide, viste at dosering hadde ingen effekt i forhold til styrken av NAS på den nyfødte (McCarthy et al. 2005, 608). Studien viste også at de som hadde høy dose gjennom hele graviditeten, hadde mindre sidemisbruk av illegale rusmidler enn de som hadde lav dose (McCarthy et al. 2005, 609). Det ble anbefalt samme dosering av metadon i hele svangerskapet, fordi det ikke påvirket styrken på NAS og det reduserte risikoen for at den gravide hadde sidemisbruk.

Det ble i 2009 publisert en studie der 15 barn i Norge født av 10 mødre under LAR (Sandtorv, et al. 2009). Studien viste at åtte av barna ble eksponert for sidemisbruk i form av heroin, amfetamin og andre narkotiske stoffer. Noen av barna ble også eksponert for medikamenter utskrevet av lege, som antidepressiva og antipsykotika (Sandtorv, et al. 2009, 289). Alle barna i undersøkelsen utviklet NAS, men det ble påpekt at sidemisbruket gjorde det vanskelig å vurdere den reelle risikoen for abstinens forårsaket av LAR-medisinene. Halvparten av barna i studien hadde varierende grad av forsinket psykomotorisk og språklig utvikling eller symptomer på hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (ADHD). Det var vanskelig å stadfeste om det var LAR-medisiner eller sidemisbruk som årsaksforklarte vanskene barna viste. Av de 15 barna som var med i studien, døde 2 i plutselig spedbarnsdød og 5 av barna ble plassert i fosterhjem.

I 2009 ble det publisert en studie om gravide rusmiddelmissbrukere som startet opp med metadon etter at graviditet ble kjent (Velez et al., 2009). De fleste kvinnene i studien startet med metadonbehandling i 3 til 6 måned av graviditeten, eller tidligere (Velez et al. 2009, 4). Formålet var å finne sammenheng mellom metadonbruk i svangerskapet, omfanget av NAS, samt mors bakgrunn. Det var ingen sammenheng mellom metadondose og omfanget av NAS. Men resultatene viste at de nyfødte som hadde blitt eksponert lengst for metadon i

svangerskapet, hadde mildere NAS enn barna der mødrene startet senere opp med metadon (Velez et al. 2009, 5). Et mulig årsak til dette, var bruk av illegale rusmidler før den gravide startet på metadon. En annen årsak var at den gravide fikk bedre psykisk helse og tok bedre vare på seg selv etter oppstart på metadon.

En norsk studie om dosering av LAR-medisiner i svangerskapet i perioden 1996-2009, ble det sammenlignet hvordan grad av NAS ble påvirket av mors reduksjon eller økning av henholdsvis metadon eller buprenorfin i svangerskapet (Welle-Strand et al., 2015). Studien fant at det ikke var noen effekt på barnets grad av NAS ved fødsel ved reduksjon eller økning av LAR-medisiner i svangerskapet (Welle-Strand et al. 2015, 257).

Det blir påpekt at andre miljøfaktorer, som foreldres psykopatologi, mors foreldrekompetanse, grad av støttende miljø m.m. har større betydning for barnets utvikling enn LAR-medisiner i fosterlivet (Helsedirektoratet 2011, 158). Det understrekes at hjelpetiltak i form av økonomisk støtte og opplæring i foreldreferdigheter har stor betydning for barnets utvikling.

Alle pasienter i LAR har en historie med langvarig heroinmisbruk. Kvinnene som blir gravide i LAR har en bakgrunn med flere fysiske, psykiske og sosiale problemer som kompliserer morsrollen (Øglend og Solbakken 2008, 5; Koleib 2011, 15). Mange av kvinnene har også et mangelfullt støttende nettverk og generelt lav sosioøkonomisk status. Mødrene har i tillegg en forhistorie med oppfølging fra hjelpeapparatet, ofte helt fra barne- og ungdomsalder. Noen har barn fra før som barnevernet har overtatt omsorgen for. Ut fra slike erfaringer kan familier oppleve det som vanskelig og komplisert når det er snakk om tillit til hjelpeapparatets oppfølging og hjelpetiltak (Helsedirektoratet 2011, 18). I Norge er det god organisering og rutiner for oppfølging av gravide i LAR (Bakstad 2008, 13). Det er også lav grad av sidemisbruk og det ses i sammenheng med at Norge, i motsetning til andre land, har en aktiv hjemmel i loven som verner om det ufødte liv jfr. Helse- og omsorgstjenesteloven §10-3 (Øglend og Solbakken 2008, 6).

2.2 Forskning om barn av mødre i LAR

Velez et al. (2009, 5) impliserte at barnas vansker og smerter som følge av NAS, gjorde dem ute av stand til å opprettholde indre likevekt. Barna klarte ikke å ta i mot stimulering eller ha kontakt med mor eller helsepersonell. Dette vanskeliggjorde tilknytningsprosessen som var

viktig for at barnet skulle få god utvikling. Anerkjennelse og tidlig behandling av disse vanskene, kunne hindre langvarige utviklingsvansker hos barnet. I tillegg var mødre ofte svekket av depresjon, angst, skyldfølelse eller usikkerhet. Dette kunne gi økt risiko for at barnet fikk utviklingsvansker senere (Velez et al. 2009, 6).

Helsedirektoratet (2011, 17) påpekte at forskning om LAR-barnas utvikling var komplisert fordi det var en rekke andre variabler enn eksponering av LAR-medisiner under graviditeten som påvirket barnas utvikling. Kunnskapsgrunnlaget for retningslinjene for gravide i LAR, ble kritisert på dette punktet fordi man har utelatt dyrestudier da kunnskap om barna i den aktuelle gruppen skulle dokumenteres (Vindegg 2012, 896). Ved komplekse spørsmål der det kan være krevende å isolere effekten av én enkel variabel, er dyrestudier særlig nyttig. Denne avvisningen av dyrestudier var noe av bakgrunnen for at flere av deltakerne i ekspertgruppen som bidro til arbeidet med retningslinjene, valgte å gjøre dissens på punktet om å anbefale LAR-medisiner til gravide.

Internasjonale studier om effekten av LAR-behandling på barnas utvikling gir et motstridende bilde (Konijnenberg og Melinder 2012, 37). Noen barn har normal utvikling og andre får kognitive utfordringer. Bakgrunnen kan være utvalget det forskes på og metoder som brukes. Samtidig er ikke utenlandske studier alltid representativ for norske forhold. Sosiale forhold i Norge er annerledes enn for eksempel USA, og oppfølgingen av pasientene og dosering av LAR-medisiner kan være forskjellig (Konijnenberg og Melinder 2012, 38; Konijnenberg, Lund og Melinder 2015, 1653). Det påpekes også at dette motstridende bildet, kan begrunnes i at andre miljøfaktorer er viktig (Konijnenberg og Melinder 2011, 508). Miljøet barna vokser opp i, former deres erfaringer og har konsekvenser for deres utvikling. Miljøfaktorer kan bidra til å forklare hvorfor studier ikke har funnet en klar sammenheng mellom LAR-medisiner i svangerskapet og barns kognitive og atferdsmessige utvikling (Konijnenberg og Melinder 2011, 509).

Barn av mødre i LAR, betegnes som barn av rusmiddelmissbrukere (Kvelling 2015, 337; Hans 2000, 53). Rusmisbrukende foreldre har økt risiko for å mishandle, omsorgssvikte og forgripe seg på sine barn (Kvelling 2015, 347). Det er en høyere forekomst av ADHD hos de som bruker rusmidler enn ellers i befolkningen. Det er derfor viktig å ta høyde for genetikk og ustabil hjemmesituasjon som følge av foreldrenes impulsivitet, når en ser at det er høy forekomst av ADHD-symptomer hos barn av rusmiddelavhengige (Mohaupt og Duckert 2010, 410).

2.3 Forskning om barnevernets beslutninger

Elisabeth Bache Hansen (2001) analyserte i sin doktorgradsavhandling barnevernssaker med fokus på hvordan barnevernsarbeidere rettferdiggjør en omsorgsovertakelse. Backe-Hansen (2004, 101) skisserte to alternative måter å organisere en argumentasjon på for å ta en beslutning. Det første alternativet var at argumentasjon ble organisert ut fra et enkelt, tydelig kjennetegn og det andre alternativet var at argumentasjon ble organisert i form av en kombinasjon av kjennetegn. Det første alternativet innbefattet tydelig informasjon om et bestemt sakskjennetegn som ble et organiserende prinsipp for argumentasjonen. Det andre alternativet var at flere, relevante kjennetegn ved en sak kombineres og vektas. Måten argumentasjonen bygget rundt flere kjennetegn ble også styrt av hva som ble ansett som gyldige argumenter i den sosiale konteksten beslutningen ble tatt innenfor. Denne måten å bygge argumentasjonen på kunne forstås som et uttrykk for at ”helheten er mer enn summen av delene” (Backe-Hansen 2004, 102). Backe-Hansen beskrev de to måtene å bygge argumentasjon på som ”trumfkort” og ”puslespill” argumentasjon.

Dersom et enkelt sakskjennetegn rettferdiggjorde en beslutning, fikk andre faktorer mindre plass i beslutningsprosessen (Backe-Hansen 2001, 120). Trumfkortet i Backe-Hansens materialet var foreldrenes rusmiddelmissbruk. For at dette skulle være et holdbart argument, måtte foreldrene erkjenne misbruket eller være så åpenlyst at de ikke kunne benekte det. Det måtte også settes inn i en normativ ramme gjennom å argumentere for at rusmiddelmissbruket var så alvorlig at det var uforenelig med omsorgen, og at det krevde så langvarig behandling at barnet ikke hadde tid til å vente (Backe-Hansen 2001, 120). Denne tilstrekkeligheten av et argument, medførte at andre faktorer ved omsorgen ikke var nødvendig å ta med. Dette var også tilfelle der det viste seg at foreldrene kunne ha gode omsorgsevner hvis de var rusfri.

I puslespillsakene ble argumentasjonen konstruert gjennom flere kjennetegn ved beslutningsproblemet (Backe-Hansen 2001, 121). Bildet som ble tegnet av omsorgssituasjonen var satt sammen av slutninger på flere områder, der den samlede argumentasjonen omkring områdene eller ”bitene” rettferdiggjorde beslutningen. Barnevernssakene ble ”puslespillsaker” dersom det var mulig å knytte omsorgssvikten direkte til barnets omsorgssituasjon. Dette ble bevist med eksempler og vurderinger fra fagpersoner utenfor barnevernet. Det ble satt inn i en normativ ramme gjennom å påpeke manglene ved foreldrenes omsorgsevne (Backe-Hansen 2001, 122). Argumentasjonen fikk legitimitet ved å trekke forbindelseslinjer mellom foreldrenes omsorgsevne, mangelfull omsorgsutøvelse og en

dårlig omsorgssituasjon for barna (Backe-Hansen 2001, 123). I samme sak kunne det også foreligge mistanke om rusmiddelmisbruk eller bekreftende opplysninger om dette, uten at det ble spesielt vektlagt.

Øivinn Christiansen forsket i sin doktorgradsavhandling på beslutninger i barnevernet i 109 barnevernssaker (Christiansen 2011). Resultatene viste at familiene hadde vært en sak i barnevernet i gjennomsnitt 3 år før plassering (Christiansen og Anderssen 2009, 33). Kontakten i denne perioden var preget av en vedvarende bekymring der plassering var blitt et stadig mer aktuelt alternativ. Bekymringen som var vedvarende ble knyttet til foreldrenes atferd, deres manglende utviklingsstøtte, trygge rammer og oppfølging av barna. Barnevernsarbeideren i saken hadde en tosidig oppgave, som terapeut og beslutter (Christiansen og Anderssen 2009, 34). I mange saker utviklet det seg en tillitsfull relasjon og et medfølgende ønske og håp om en positiv utvikling. Barnevernsarbeiderens vurderinger beveget seg mellom optimisme og pessimisme. Det ble uttrykt at til tross for at foreldrene hadde sine problemer, hadde de også ressurser og gode kvaliteter (Christiansen og Anderssen 2009, 36). Erfaringen som barnevernsarbeideren hadde med familien, ble en sentral del av vurderingsgrunnlaget. Denne erfaringen inkluderte både kjennskap til selve saken, men også den relasjonen som var mellom barnevernsarbeideren og foreldrene (Christiansen og Anderssen 2009, 36).

Hendelser og handlinger blir forstått og tolket ulikt ut fra den enkeltes posisjon (Christiansen 2011, 18). Barnevernsarbeidere utfører sitt arbeid i en relasjonell kontekst der samhandling, dialog og forhandling mellom barn, foreldre og andre er en hovedvirksomhet. Samtidig er barna og foreldrene personlig berørt av barnevernets arbeidsformer, avveininger og avgjørelser. I saker der det var ubesvarte spørsmål og barnas situasjon var diffus, avventet barnevernsarbeideren på informasjon fra andre samarbeidsinstanser med mer erfaring på et område, som kunne klargjøre situasjonen bedre (Christiansen og Anderssen 2009, 37). Usikkerhet omkring det lovmessige grunnlaget for å kunne ytterligere gripe inn i saken var også en faktor. Resultatene viste også at barnevernsarbeiderne hadde oppmerksomheten mer rettet mot foreldrene enn på barna. En utløsende hendelse eller ny dokumentasjon var nødvendig for å legitimere plasseringen (Christiansen og Anderssen 2009, 37). Dette kunne være informasjon fra politi eller sakkyndig, selv om forholdene som ble kjent, ikke var nye opplysninger.

En rekke studier om beslutninger har påvist at barnevernsarbeidere mangler både nødvendig kompetanse og kan styres av moralske vurderinger, som får betydning for hva slags beslutning som blir fattet. Munro (1999; 2005) har forsket på tilfeller der barn som var kjent for barnevernet, døde. Hun mente at det kom frem svakheter ved hvordan barnevernet håndterte informasjon, og dermed hva som fikk gjennomslag i vurderinger og beslutninger (Munro 2005, 384). Hun hevdet bl.a. at informasjon som ble mottatt i starten eller slutten av en undersøkelse fikk særlig gjennomslagskraft i beslutningene (Munro 1999, 17). Hun hevdet også at informasjon som var konkret, lett forståelig og følelsesladd hadde mer gjennomslagskraft enn informasjon som var vag eller abstrakt eller baserte seg på statistikk (Munro 1999, 19). Hun anbefalte at sjekklister og retningslinjer utvikles til å fremheve områder som erfaringsmessig kan bli oversett.

3 Samfunnsmessig og teoretiske rammer

I dette kapittelet presenteres de juridiske prinsippene i barnevernloven, samt bakkebyråkrateteori og en modell for beslutningsteori. Dette danner undersøkelsens forståelsesramme.

Først presenteres Lov om barneverntjenester som angir rammen for arbeidet og er formet gjennom sterke prinsipper. Loven revurderes jevnlig, men prinsippene er relativt stabile. Den faglige kunnskapen som arbeidet hviler på, endres kontinuerlig. Ny forskning tas inn og teorier utvikles for at barnevernet skal kunne hjelpe barn bedre. Barnevernet i 2017 arbeider og vektlegger ulike faktorer annerledes enn i 1991, da loven ble utformet. Det å arbeide innenfor en juridisk stabil ramme, med stadig tilførsel av ny faglig kunnskap, skaper utfordringer og ulike dilemma i barnevernet. I denne sammenhengen er det arbeidet med familier der mor har brukt LAR-medisiner som er tema.

Jeg vil så gjøre rede for teori om bakkebyråkrati, deres arbeidsvilkår og deres atferd med familier og deretter en modell for beslutninger. Beslutninger i barnevernet skal tas med et lovgrunnlag som er vagt og gir store rom for faglig skjønn. Beslutningene involverer også flere fagprofesjoner som skal uttrykke sin ekspertise i saken, og kan gjøre saker motsetningsfull (Christiansen og Kojan 2016a, 30). Prinsippene i barnevernloven kan være motstridende, samtidig som beslutningene innebærer ofte ulike oppfatninger og kan påvirkes av ulike normer og verdier (Berrick et al. 2016, 461).

3.1 Lov om barneverntjenester

Barnevernets virksomhet reguleres i første rekke av barnevernloven med tilhørende forskrifter, rundskriv og veiledere. Det juridiske rammeverket omfatter imidlertid også annet regelverk, som forvaltningsloven (1967), barnelova (1981), offentlighetslova (2006), sosialtjenesteloven (2009) og tvisteloven (2005). I tillegg gjelder internasjonalt regelverk som FNs barnekonvensjon og menneskerettighetskonvensjonen (EMK). Barnekonvensjonen og EMK skal etter menneskerettsloven gjelde som norsk lov og er gitt forrang annen lovgivning ved at konvensjonsbestemmelsene skal legges til grunn ved motstrid med annen norsk lovgivning. (NOU 2012:5 2012, 36).

Det har vært drøftet om et ufødt barn skal ha selvstendig rettsvern mot å bli påført skader eller risiko for skader under svangerskapet og dette rettsvernet har vært særlig aktuell når det gjelder gravide rusmiddelmissbrukere (Ofstad og Skar 2015, 29). Diskusjonen er både av juridisk og etisk karakter. I NOU 1985:18 (160) ble det drøftet om det burde være adgang til å overta ansvaret for et barn før fødsel. Grensen for anvendelse av barnevernloven ble satt ved fødsel fordi det ville være for stor påkjenning for den gravide hvis det ble besluttet omsorgsovertakelse før fødsel. Uten slikt samtykke vil barnevernet ha begrenset mulighet til å innhente opplysninger fra andre samarbeidsinstanser som er i kontakt med den gravide. Barnevernloven § 6-4 omfatter ikke ufødte barn.

3.1.1 Maktaspektet

Barnevernlovens § 1-1 sier at formålet er at barnevernet skal bidra til at barn og unge får gode oppvekstvilkår, og skal sikre at barn og unge som lever under vanskelige forhold får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Med dette samfunnsmandatet og arbeidsområde er barnevernet den offentlige tjenesten som sterkest kan gripe inn i barn sitt liv og best kan beskytte barn og unge mot overgrep og dårlige livssituasjoner (NOU 2012:5, 36, 41).

Det vil alltid være makt tilstede i relasjonen mellom foreldre og barnevernsarbeidere. Barnevernsarbeideren innehar en hjelperolle og en kontrollørrolle med makt til å innføre sanksjoner (Skau 1996, 13; Christiansen og Anderssen 2009, 34). Muligheten for at en omsorgssituasjon kan endre seg slik at det fører til omsorgsovertakelse, krever at barnevernsarbeidere som driver et hjelpetiltak i en familie, også er klar over sin rolle også som makt- og kontrollutøver (Bunkholdt og Kvaran 2015, 196).

Legalitetsprinsippet innebærer at inngrep fra myndighetene krever hjemmel i lov og setter grenser for myndighetsutøvelse (Lindboe 2012, 44; Barnekonvensjonen art. 3).

Utgangspunktet er at barnevernet skal forsøke å hjelpe barnet slik at det kan bli værende i sin familie. Barnevernet er en del av det offentlige hjelpeapparatet, men er også en offentlig instans med myndighet til å gripe inn i en familie med tvang (NOU 2012:5, 36).

Barnevernfaglig kunnskap inkluderer formell kunnskap, praktisk kunnskap og erfaring med emosjonelle reaksjoner hos seg selv og klientene (Munro 2002, 115). Beslutningen kan forstås som en integrasjon mellom informasjonsgrunnlaget og bearbeiding av den.

Legalitetsprinsippet krever at kjennetegnene ved saken må være forenelig med barnevernlovens kriterier (Backe-Hansen 2004, 22). Det skal altså være et samsvar mellom sak og lov.

3.1.2 Prinsippene i barnevernloven

Norge har historisk sett hatt tre viktige prinsipper som danner utgangspunktet for barnevernets arbeid: Barnets beste, det biologiske prinsipp og det mildeste inngreps prinsipp (NOU 2012:5, 41; Prop. 106 L 2012-2013, 82).

Kapittel 4 i barnevernloven (1991) innledes med § 4-1 som omhandler hensynet til barnets beste. Det pålegges at det skal legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til det beste for barnet (Lindboe 2012, 46). Prinsippet er det eneste som er eksplisitt nedfelt i barnevernloven. Det er imidlertid ikke entydig gitt hva som anses som barnets beste. Det er ikke mulig å stille opp nøyaktige kriterier for hva som skal vektlegges i vurderingen fordi barn er forskjellige, og kunnskapen om barn og barns oppvekstvilkår er under stadig endring (Haugli 2004, 345). Prinsippet tilsier også at dersom barnets behov for omsorg og beskyttelse ikke er forenlig med foreldrenes interesser, skal barnets interesser og behov gå foran (NOU 2012:5, 41). Prinsippet er vagt formulert og gir kun anvisning til at stabilitet for barn er viktig, og at barns mening skal høres (Læret og Skivenes 2016, 36). Fordi det er knyttet så få anvisninger til hvordan beslutningene skal fattes, blir det opp til beslutningstakernes skjønn og dømmekraft å definere hva som er barnets beste.

Retten til å stifte familie er en universell rettighet, som bekreftes av EMD artikkel 8. Kjernen i det biologiske prinsipp er at barnet skal vokse opp hos sine biologiske foreldre og at det biologiske bånd mellom foreldre og barn er verdifullt og skal så langt det er mulig ivaretas. Dette gjelder selv om det er vurdert at det er mangler ved hjemmet. Foreldrene er viktige for

barnet, selv om de ikke er i stand til å ha omsorgen for barna (Lindboe 2012, 46). Både i barnevernloven av 1953 og dagens barnevernlov av 1991 er det biologiske prinsippet vektlagt sterkt (Lindboe 2012, 40). I en barnevernssak vil det ofte være motstrid mellom barnets og foreldrenes behov. Barnet kan ha behov for nye omsorgspersoner og dette kan være svært belastende for foreldrene. Det følger av barnevernloven § 4-1 at hensynet til barnet veier tyngst og at foreldrenes behov vil være underordnet hensynet til barnet (Ofstad og Skar 2015, 66).

Tiltak etter barnevernloven må stå i et rimelig forhold til de mål som kan oppnås, det vil si at det ikke skal anvendes mer inngripende tiltak enn nødvendig. Prinsippet følger ikke eksplisitt av loven, men kommer til uttrykk i flere av lovens bestemmelser. For eksempel i barnevernloven § 4-4, 6. ledd og § 4-12, 2. ledd. Tvang skal ikke benyttes med mindre det er nødvendig. Reglene om hjelpetiltak er forankret i det mildeste inngreps prinsipp, selv om det også kan ses som et utslag av biologiske prinsipp (NOU 2012:5 2012, 52). Mildeste inngreps prinsipp kan derimot stå i kontrast til lovens formål om å gi barn nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, jfr. Barnevernloven §1-1. I NOU 2000:12 (92) ble det påpekt at barnevernet skal være varsomme, men ikke så varsomme at barn og unge forblir i ødeleggende situasjoner preget av omsorgssvikt uten at samfunnet bryr seg. I NOU 2012:5 (58) ble det foreslått å utvide barnevernets mulighet til å pålegge hjelpetiltak i saker der frivillighet kunne komme i konflikt med barnets behov for trygge oppvekstvilkår og rett hjelp til rett tid.

3.2 Bakkebyråkrateteori

Bakkebyråkrati er en fornorsking/oversettelse av "Street-Level bureaucracy" og metaforen "bakke" viser til det laveste nivået i en byråkratisk struktur og signaliserer hvilke oppgaver en arbeider med (Djupvik og Eikås 2010, 72). "Byråkrati" refererer til at organisasjonen har klare strukturelle kjennetegn med vertikal organisasjonsstruktur. Makt og myndighet er fordelt på ulike nivå i organisasjonen (Djupvik og Eikås 2010, 72). Bakkebyråkraten befinner seg i en mellomposisjon, det vil si mellom dem som sitter med den formelle makten og myndigheten (Christiansen og Kojan 2016a, 31).

Kompleksiteten i beslutningsarbeidet gjør det utfordrende for barnevernsarbeidere (Christiansen og Kojan 2016a, 30). Det er et bredt spekter av faktorer, som innvirker på praksis og beslutninger, og dette gjøre det også vanskelig for overordnede myndigheter å

kontrollere og styre virksomheten til de ansatte. Dette er en situasjon som er typisk for det som betegnes som ”bakkebyråkratiet”.

Det som skiller bakkebyråkrater fra byråkrater ellers, er at de utfører sine arbeidsoppgaver i en direkte ansikt-til-ansikt med dem som saken gjelder, og ikke bare gjennom dokumenter og sakspapirer (Christiansen og Anderssen 2011, 30). Det relasjonelle aspektet er betydningsfullt. Informasjon som blir innhentet og som legges til grunn for beslutningene, både ved oppstart av en barnevernssak og i oppfølgingsarbeidet, blir hentet inn gjennom møter og samtaler (Christiansen og Anderssen 2011, 29).

Bakkebyråkratene er satt til å realisere målsettinger som er vage og motsetningsfulle (Djupvik og Eikås 2010, 73). Politikk som vedtas på et overordnet nivå, er ofte preget av tvetydighet og kan være et resultat av kompromisser. Uklarheten i politikk og lovverk kan også knyttes til behovet for fleksibilitet. Kombinasjonen av uklare mål og lover på den ene siden og skjønnsutøvelse og fordeling av tjenester på den andre siden, gjør at bakkebyråkratenes vurderinger gir fordelingseffekter (Djupvik og Eikås 2010, 74). Realisering av politiske mål, kjennetegner bakkebyråkratene. I denne konteksten er LAR-behandling for gravide et eksempel på en politisk avgjørelse som barnevernet må forholde seg til. Et annet eksempel er barnevernloven, som ikke omhandler ufødte barn. Dette utgjør en begrensning i barnevernets handlingsrom.

Arbeidsvilkårene til bakkebyråkratene er bl.a. kronisk mangel på ressurser (Lipsky 1980, 29). Dette kan være økonomiske ressurser og det vises til eksempler der det tilføres mindre ressurser enn det de trenger for å hjelpe på en tilstrekkelig måte. De to viktigste eksemplene er i følge Lipsky (1980, 29) forholdet mellom saksmengde den enkelte skal håndtere og tid. Dette utgjør en potensiell risiko for arbeidspress og manglende kapasitet til å møte familiene å en måte som er i samsvar med normene for sosialt arbeid. Det kan også være motsetning mellom klientsentrerte mål og organisasjonens mål (Lipsky 1980, 44). Det å behandle klienter individuelt, kan stå i motsetning til organisasjonens behov for å utføre arbeidet raskt, med de ressursene som er tilgjengelig. Organisasjoner kan utvikle en praksis der rutiner blir til det man kan kalle ”masseproduksjon” fremfor individuelt tilpasset tilbud til familiene (Djupvik og Eikås 2010, 80).

Det profesjonelle skjønn kan forstås på to måter, et strukturelt rom og et epistemisk rom for skjønn (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 214). Det strukturelle rommet referer til de rammene som er satt av lovverket, retningslinjer og veiledere og hvor bakkebyråkratene har autonomi til å handle innenfor. Innenfor det strukturelle rommet blir barnevernet kontrollert og evaluert av andre virksomheter, som Fylkesmannen (Bunkholdt og Kvaran 2015, 22). Det epistemiske rommet omhandler kognitiv aktivitet, et slags resonnement når en skal ta beslutninger i saker som er preget av usikkerhet om hva som er riktig. I dette rommet kommer fagkunnskapen til barnevernsarbeideren inn, sammen med tidligere erfaring og dialog med kollegaer, ledere og klienter. Dette skal bidra til at barnevernsarbeideren tar beslutninger som blir ansett som riktige og gode. I det epistemiske rommet utøver bakkebyråkratene en tildelt skjønnsmessig myndighet, som kan utgjøre en mangel på demokratisk kontroll og legitimitet fordi den er vanskelig å kontrollere (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 215).

Bakkebyråkrater defineres av Lipsky (1980, 3) som personer som samhandler direkte med innbyggerne og utøver betydelig skjønn i beslutningene som fattes. Ustrakt bruk av skjønn kan bety usikkerhet og utfordringer i arbeidssituasjonen, men kan også innebære et betydelig handlingsrom og dermed betydelig makt og innflytelse (Christiansen og Kojan 2016a, 31). Bakkebyråkratenes utøvelse av skjønnsmessig myndighet utfordrer flere av prinsippene som rettsstaten Norge er bygget på (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 217). Det oppstår en spenning mellom utøvelse av skjønn og tre av rettstatens prinsipper – at håndhevelsen av loven skal være forutsigbar, at menneskers handlinger skal dømmes i henhold til loven og at like saker behandles likt. Utøvelsen av skjønnsmessig myndighet truer disse prinsippene ved at ulike mennesker, med like gode ambisjoner, kan komme til ulike konklusjoner i spørsmålet om hvem som har et legitimt krav på velferdsstatens goder. (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 217; Læret og Skivenes 2016, 37). Det fører til en mangel på demokratisk kontroll fordi bakkebyråkratenes utøvelse av den skjønnsmessige myndigheten er vanskelig å kontrollere. Dette omtales som demokratiets sorte hull (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 218). Likevel er det ikke mulig å eliminere bruken av skjønn, fordi karakteristikker ved bakkebyråkrats arbeid gjør dette vanskelig (Lipsky, 1980, 15; Molander, Grimen og Eriksen 2012, 214). Arbeidet utgjør komplekse oppgaver hvor tolking av lovverk, retningslinjer og direktiver ikke kan ta høyde for alle mulige alternativer. Utøvelse av skjønn er derfor nødvendig i en bakkebyråkrats hverdag ettersom arbeidet krever sensitive observasjoner og beslutninger og kan ikke forhåndsprogrammeres (Lipsky 1980, 16).

Hensynet til barnets beste er et overordnet prinsipp og skal inngå i alle typer tiltak og dette er en skjønnsmessig vurdering. Beslutninger om hva som er barnets beste i en sak, bygger på andre faglige vurderinger enn juss, som f.eks. psykologi (Lindboe 2012, 46). Barnets beste er et overordnet prinsipp som skal ivareta barnets fundamentale behov og skal sikre at barn får muligheter til å utvikle seg i tråd med sitt potensial. Det biologiske prinsipp tilsier at det i utgangspunktet er til barnets beste å vokse opp hos sine opprinnelsesforeldre. Mildeste inngreps prinsipp tilsier at barnevernet ikke skal iverksette mer inngripende tiltak enn nødvendig og skal først og fremst baseres på frivillighet. Barnevernsarbeidere skal utøve sin skjønnsmessige myndighet og foreta avgjørelser basert på lover og regler, men også med sine egne og samfunnets normer og verdier (Berrick et al. 2016, 461; Christiansen og Kojan 2016a, 23). Det faglige skjønnnet foregår innenfor en kontekst og gitte rammer, og argumentasjon ved hjelp av faglig kunnskap og metodikk. Faglig skjønn er et at de vanskeligste begrepene å få et forståelig bilde av for vanlige interesserte og engasjerte mennesker (Opheim, 2016).

I enkelte situasjoner, må barnevernsarbeidere håndtere situasjoner raskt og kanskje ”der og da”. Dette kan føre til at en nødvendigvis ikke følger byråkratiske rutiner. Ledelsen kan ha ambisjoner om overordnet styring, men bakkebyråkrater søker autonomi og vern om etablerte former for skjønnsutøvelse (Lipsky 1980, 16; Fjørtoft og Skorstad 1998, 108). Dette spennet mellom organisasjonskrav og profesjonsnormer definerer et grunnleggende arbeidsvilkår for bakkebyråkratene (Djupvik og Eikås 2010, 79).

Når målet er å sikre trygge og stabile omsorgsforhold, kan dette komme i konflikt med målet om å støtte foreldrene som omsorgsgivere slik at de kan ivareta barnets behov for kontinuitet. Offentlig omsorg blir kritisert for å være instrumentell og teknisk, uten blick for individuelle og situasjonsbestemte forhold. Jürgen Habermas ”kolonialisering” av livsverden, som kan beskrive denne kritikken, skjer når oppgaver som tradisjonelt er blitt ivaretatt av livsverdenen, blir overtatt av et system (Fjørtoft og Skorstad 1998, 90). Omsorg for barn er ikke en virksomhet som kan omskrives i et økonomisk språk uten at det som gjør det til omsorg går i oppløsning. Livsverden er basert på viktige sider ved mellommenneskelighet og er ikke målstyrt (Fjørtoft og Skorstad 1998, 90).

I følge hermeneutikken vil tolkning av tekster, tale og handlinger være preget av vår forforståelse (Djupvik og Eikås 2010, 77). Vi vil ha med oss vår historiske, kulturelle og

sosiale sammenhenger, som bestemmer hvordan ting får mening. Tre grunnleggende forhold som former bakkebyråkratenes forforståelse er språk, begrep og teorier. Bakkebyråkratenes skjønnsutøvelse vil være de føringene som er ervervet i den formaliserte profesjonsutdanningen, men også av tros- og personlige oppfatninger. En barnevernsarbeider tolker også ut fra egne generaliserte erfaringer (Djupvik og Eikås 2010, 78). Hermeneutikken sier noe om våre kognitive kart som vi har når vi tolker, og for bakkebyråkratene har dette betydning når det utøves skjønn innen velferdspolitikfeltet (Djupvik og Eikås 2010, 78). En reel fare når barnevernsarbeidere opplever bl.a. tidspress og manglende ressurser er at man gjennomfører ulike forenklinger for å overleve i en stressende jobb (Djupvik og Eikås 2010, 86). Stor saksmengde og lang tjenestetid kan føre til ”kognitiv trøtthet”. Bakkebyråkratene kan danne seg kategorier, eller stereotyper som man plasserer klientene i. Man ser etter tegn som minner om andre lignende problemstillinger og vurderer ut fra det, ikke nødvendigvis den reelle problemstillingen til akkurat denne familien.

3.3 Beslutningsteori

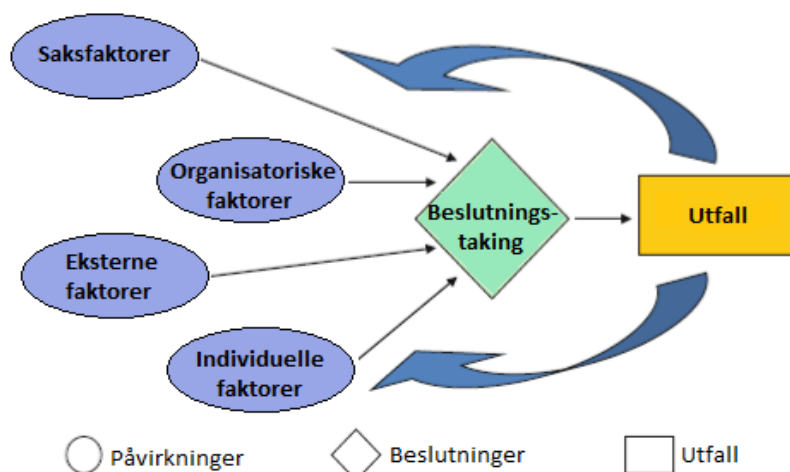
Barnevernets beslutninger representerer noen av de sterkeste inngrepene som en stat kan gjøre i enkeltmenneskers liv (Læret og Skivenes 2016, 35). Samtidig er disse inngrepene helt nødvendige for å sikre at barn får god og utviklingsfremmende oppvekstforhold. Den mest kritiske beslutning barnevernet kan ta, er å bestemme at et barn skal flyttes fra hjemmet eller adopteres bort. Barnevernets arbeid må være av god kvalitet og beslutninger om alvorlige inngrep må begrunnes saklig. Barnevernet, som utøver sin virksomhet i skjæringspunktet mellom familiens og samfunnets ansvar for barn og unge, er avhengig av tillitt og legitimitet selv om det er umulig å forvente aksept for alle vedtak som fattes (Backe-Hansen 2004, 11; Læret og Skivenes 2016, 36).

Den klassiske beslutningsteorien er en normativ teori for hvordan vi ideelt bør ta beslutninger (Kaufmann og Kaufmann 2015, 217). Modellen forutsetter at all informasjon for å fatte beslutning er tilgjengelig og at beslutningstakerne velger det beste løsningsalternativet. For å velge best mulig løsning går man gjennom fire trinn; Alle beslutningsalternativene listes opp, konsekvenser for hvert alternativ utredes, preferanser for hvert alternativ med tilhørende konsekvenser rangeres og man velger det alternativet som gir gunstigst resultat (Kaufmann og Kaufmann 2015, 217). Dette er en fullstendig rasjonell modell og beslutningstakerne må ha fullstendig oversikt over alle løsningsforslagene som finnes, samt hvilke konsekvenser de ulike alternativene vil innebære (Hyrve 2005, 80). I tillegg må de som skal ta beslutningene

ha en entydig preferanseskala og en tydelig prioritering av de ulike valgalternativene, for å kunne bestemme hva som er de beste løsningsalternativene.

En slik fullstendig rasjonell modell, kan vanskelig ses som en mulig beslutningsmodell til arbeid i barnevern. I det komplekse fagfeltet som barnevernet er, vil det ikke være mulig for beslutningstakerne å ha full oversikt over alle løsningsalternativene som finnes (Hyrve 2005, 80). Konsekvenser av alle løsningsalternativene er vanskelig å kartlegge fordi fremtidige faktorer er uforutsigbare. Beslutningstakerne kan forsøke å predikere, men sjelden si med sikkerhet hva konsekvensen av en beslutning vil være. Preferanseskalaen til en barnevernsarbeider er delvis bestemt av grunnutdanningene, men også av personlige verdier, holdninger og erfaring (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 215) Det faglige skjønnnet påvirkes både av strukturelle faktorer, men også personlige. Utviklingen av standardiserte kartleggingsverktøy og maler i barnevernet ses i sammenheng med usikkerhet og kritikk av barnevernsarbeideres utøvelse av faglig skjønn (Rød og Heggdalsvik 2016, 82). Det stilles spørsmål ved tilstrekkelig faglighet som grunnlag for beslutninger og behov for å sikre mer forutsigbare og kunnskapsbaserte vurderinger på tvers av barneverntjenester.

Bauman, Dagleish, Fluke og Kern (2011) utviklet et teoretisk rammeverk der kunnskap fra beslutningsteori anvendes for å forstå og forske på individuelle beslutninger i barnevernet (figur 1).



Figur 1: Rammeverk for økologisk beslutningsfatning i barnevernet (Bauman et al., 2011)

I dette teoretiske rammeverket hevdes det at dersom en skal forstå beslutningsprosesser er det nødvendig å ta utgangspunkt i at mennesker har begrenset rasjonalitet og at beslutninger må tas i en større kontekst (Bauman et al. 2011, 4). Konteksten inkluderer saksfaktorer, organisasjonsfaktorer, eksterne faktorer og faktorer ved beslutningstakeren. Modellen illustrerer noen av de viktigste trekkene ved beslutningssituasjoner som oppstår i barnevernssammenheng. Ved hjelp av piler viser modellen hvordan de ulike faktorene virker inn på beslutningen. Diamanten viser saksbehandlers beslutningstaking. Til slutt viser modellen utfallet av og konsekvensen av beslutningene.

Bauman et al. (2011, 5) forklarer modellen slik: Bekymringsmelding utløser en handling som inkluderer å gjøre informerte vurderinger og beslutninger. Noen av disse vurderingene og beslutningene er avhengig av eksterne faktorer som juss og retningslinjer som regulerer hva som utgjør en adekvat reaksjon. Samtidig vil beslutningene påvirkes av organisasjonens disponering av ansatte. Det vil også være individuelle beslutningsfaktorer som knyttes til den enkelte, som kunnskap, erfaring og dyktighet. Til slutt vil kostnad og konsekvenser av en beslutning bli vurdert i forhold til beslutningstakeren, klienten og det aktuelle barnevernskontor.

Saksbehandleren er sentral i beslutningsprosessen og modellen ser på ulike faktorer som kan påvirke beslutningen. Den psykologiske prosessen i beslutningstaking handler om bevissthet og kunnskap om tre ulike forhold (Bauman et al. 2011, 7).

1. Skillet mellom vurdering og beslutning. Vurdering av en situasjon handler om å gjøre seg opp en mening gitt det kjente informasjonsgrunnlaget man har i saken, for eksempel grad av risiko. Beslutning omhandler hvorvidt man skal gripe inn i saken eller ikke.
2. Beslutningsterskel refererer til det punktet der vurdering av sakens informasjon, mengde og vekt av alvorlighet skal bringes videre til en beslutning. Beslutningsterskelen er det punktet der saksinformasjonen er tilstrekkelig til å utløse en handling. Beslutningsterskelen kan ses på som en personlig "Linje i sanden". Terskelen er påvirket av erfaringer og historien til beslutningstaker, men også av andres erfaringer i tillegg til egen fortolkning av eksterne faktorer som for eksempel sosialpolitiske målsettinger.
3. Endringer i beslutningsterskelen referer til den forskyvningen av beslutningsterskelen som skjer med bakgrunn i endring i synet på hva som er tilstrekkelig informasjon for

at handling skal utløses. Statlige retningslinjer om hvilke saker som skal prioriteres, men også spesielle faktorer kan endre den individuelle beslutningsterskelen.

Saksfaktorene omhandler hva slags bekymring som er meldt (Bauman et al. 2011, 6).

Barnevernet skal vurdere innholdet i meldingen og beslutte ulike utfall innen en uke jfr.

Barnevernloven § 4-3. Beslutningen som fattes er henleggelse, undersøkelse eller hasteplassering (Kojan, Marthinsen og Christiansen 2016, 65). I meldingsarbeidet er informasjonsgrunnlaget begrenset, tidsfristen er knapp og beslutningsalternativene få (Kojan, Marthinsen og Christiansen 2016, 69). Dette kan på den ene siden øke muligheten for at ulike barnevernsarbeidere vil vurdere samme eller lignende informasjon likt og komme til samme beslutning. Men begrenset informasjon åpner også for påvirkning av andre faktorer enn meldingens innhold, som lokalt innarbeidede rutiner og kjennskap til melderer eller familien fra tidligere. Mengden av meldinger på det aktuelle tidspunktet som venter på avklaring kan kanskje også virke inn på beslutningen (Kojan, Marthinsen og Christiansen 2016, 69).

Foreldres personlige egenskaper, deres situasjon og familiens historie er en viktig del av vurderings- og beslutningsgrunnlaget. Foreldres erfaring fra egen oppvekst, ligger ofte til grunn for den omsorgen de intuitivt vil gi videre til egne barn. Dette ser ut til å gjelde selv om foreldrene er opptatt av å gi barna sine en annen oppvekst enn de selv fikk. Refleksjon over egen oppvekst kan gjøre at egne negative erfaringer kan benyttes positivt (Christiansen, Iversen og Kojan 2016, 116).

Organisasjonsfaktorer som har betydning for beslutninger som tas, er ressurser. Dette er en systemfaktor som har stor betydning (Christiansen og Kojan 2016a, 29). Det gjelder forhold mellom bemanningen og oppgavene som skal utføres og tilgangen på tiltak som barnevernet kan tilby barn og familier. Interne rutiner og tidligere erfaringer på det aktuelle barnevernskontoret påvirker også hvilke tiltak barnevernsarbeidere vil iverksette i familier. Foruten lovverk er det ulike planer, rutiner og struktur som kjennetegner beslutningsprosessen (Moe og Gotvassli 2016, 200). Kontroll og kvalitet sikres gjennom gode rollebeskrivelser og prosedyrer, sammen med kommandolinjer og beslutningshierarki som er tydelig for alle ansatte.

Eksterne faktorer som har en viktig rolle i barnevernsarbeidere beslutninger, er lovanvendelser. Som tidligere påpekt, er det gjeldende lovverket vagt utformet og barnevernsarbeidere er tildelt en stor skjønsmessig myndighet. I enkeltsaker kan barnevernet

hente inn eksterne fagkyndige for eksempel psykologisk som etter utredning kommer med sine råd og anbefalinger. Dette kan også ha innvirkning på barnevernets beslutning om tiltak (Christiansen og Anderssen 2009, 37; Jørgensen 2015, 154). Barnevernet har et stort tidspress og en forventning om hurtige avgjørelser i komplekse saker (Moe og Gotvassli 2016, 201). Det er mange uoversiktlige faktorer, og barnevernsarbeideren kan ikke ha full oversikt over konsekvensene av beslutningen som fattes.

Faktorer ved saksbehandler vil være kunnskap, kompetanse, erfaring, holdninger og personlige verdier. Mennesker har begrenset rasjonalitet og derfor er konteksten viktig i beslutningene (Bauman, et al. 2011, 5). Dette kan være barnets situasjon, foreldrenes omsorgsevne og ressurser i nærmiljøet, men også hvordan opplysningen fortolkes og forstås av barnevernsarbeideren. Barnevernsarbeideren skal trekke grenser mellom det som er mangelfullt ved omsorgen, men likevel akseptabelt, og det som er så mangelfullt at det er skadelig for barnet (Christiansen og Anderssen 2011, 211). Denne vanskelige avveiningen kan medføre at barnevernstjenesten venter lenge med å flytte barn ut av hjemmet. Analyser av barnevernsstatistikker viser at det vanligvis har vært iverksatt hjelpetiltak fra ett til fem år før det blir vedtatt omsorgsovertakelse (Backe-Hansen 2004, 20). Barnevernet skal sikre hjelp og støtte slik at foreldre blir i stand til å ivareta barna, men skal samtidig vurdere om omsorgen de gir er god nok og dermed gripe inn (Christiansen og Anderssen 2011, 212). Hensynet til hvert enkelt barn skal vurderes ut fra den aktuelle situasjon, men samtidig skal det tas hensyn til struktur og lovverk (Moe og Gotvassli 2016, 201). Skjønnsutøvelse er viktig for å sikre fleksibilitet og tilpasning til hver families individuelle behov. Utstrakt bruk av skjønn kan derimot gjøre beslutningsprosessen sårbar for menneskelige feilvurderinger (Læret og Skivenes 2016, 46). For at beslutninger i barnevernet skal være legitime, kreves det at prosessen har vært god og at det er mulig å kontrollere den aktuelle beslutningen og innholdet i den.

4 Metodologi

I dette kapitlet vil jeg først presentere det vitenskapsteoretiske ståstedet for studien. Det er valgt et fenomenologisk/hermeneutisk perspektiv som vil bli presentert først. Jeg vil deretter redegjøre for metodevalg og fremgangsmåte i undersøkelsen.

4.1 Fenomenologi og hermeneutikk

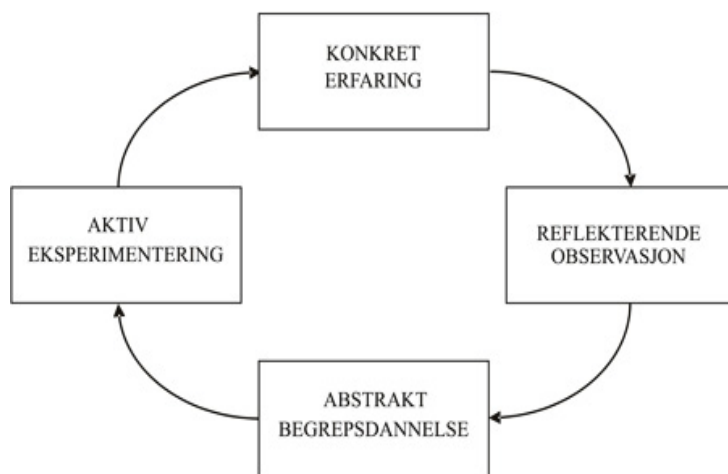
Kvalitativ forskning er forankret i bl.a. fenomenologi og hermeneutisk vitenskapsteori (Kvale og Brinkmann 2015, 30). Undersøkelsen har tatt utgangspunkt i disse retningen, da jeg ønsket å besvare problemstillingen gjennom barnevernsarbeidernes opplevelser, refleksjoner og erfaringer omkring arbeidet med familier i der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet. Fenomenologisk tilnærming har sitt opphav i fenomenologisk filosofi og ble grunnlagt av filosofen Edmund Husserl (Thomassen 2007, 82). I denne retningen rettes oppmerksomheten mot verden slik den konkret oppleves og erfares fra et subjektperspektiv. Det er den levde erfaringsverden man søker å forstå (Kvale og Brinkmann 2015, 45; Thomassen 2007, 83; Thagaard 2013, 40). I undersøkelsen er det informantenes opplevelser i arbeidet med den aktuelle gruppen familier som er fokus. For å studere barnevernsarbeideres beslutningsarbeid og undersøke hvilke utfordringer som kan oppstå, fremstår fenomenologisk tilnærming som hensiktsmessig.

Fenomenologien som metodisk tilnærming krever en mest mulig forutsetningsløs undersøkelse. Dette betyr at forskeren må se bort fra alle teorier, antakelser og forventinger som en vanligvis møter erfaringer med (Thomassen 2007, 84). All forutgående viten, vår forforståelse må settes ”i parentes” for å undersøke fenomenet slik det fremtrer for oss. Man skal løsrive et fenomen fra enhver kontekst (Thomassen 2007, 161).

Meningsinnholdet, forståelsen og opplevelsen til informanten, samt følelsene som er knyttet til dette, vil påvirke hva som oppleves utfordrende. Meningsinnholdet vil også påvirke den enkeltes beslutning og valg. Informantenes opplevelse og forståelse slik de ser det i sin livsverden, vil da synliggjøres. I intervjuet vil dialogen og refleksjonen være mitt verktøy som brukes for å få informantens opplevelse og forståelse belyst.

I hermeneutikken er man opptatt av forståelse og fortolkning, samt hvordan man går frem for å få gyldig fortolkning og dermed kunnskap (Thagaard 2013, 40). Forståelse er et grunntrekk av det å være et menneske som gjør at mennesket søker å forstå den historiske og sosiale verden og den kultur og tradisjoner det er preget av (Krogh 1996, 232). Dette er ifølge Gadamer filosofisk hermeneutikk. Uavhengig av forskningsmetode er det ikke mulig å ha direkte tilgang til forståelse av andres erfaring. Derfor er det nødvendig å tolke.

Forståelsesprosessen i hermeneutikken oppnås gjennom den hermeneutiske sirkel. Begrepet viser til den prosessen om hvordan forståelse utvikles gjennom en stadig bevegelse mellom helhet og delene i det materialet man søker å forstå (Thomassen 2007, 91). Helheten består av mange små deler og disse utgjør en helhet. Sirkelen kan forklares ved at delene utgjør en gjensidig avhengighet til hverandre. Forståelsen beveger seg hele tiden fra helheten til delen og tilbake til helheten. Målet er å utvide forståelsen i en sirkulær bevegelse (Gadamer 1999, 154). Egne erfaringer har betydning for hvordan vi tolker og forstår hendelser.



Figur 2: Den hermeneutiske sirkel

Sirkelen viser at man legger til kunnskapen han har fått tildelt, inn i sin egen fortolkning. Sirkelen viser betydningen av forforståelse (Krogh 1996, 239). Uten forforståelse, kommer man aldri inn i den hermeneutiske sirkelen. Det er ikke mulig å starte prosessen hvis man prøver å stille seg på bar bakke. Hermeneutisk prosess gir mulighet for en kontinuerlig utdyping av meningsforståelsen av en tekst. Man leser hele teksten for å danne seg et helhetsinntrykk. Så går man tilbake til enkelte temaer og delutsagn for å finne deres mening og betydning. Deretter kan man vende tilbake til en mer reflektert helhetstolkning. Slik går man frem og tilbake (Kvale og Brinkmann 2015, 237).

I hermeneutikken er man opptatt av vilkårene for forståelse og fortolkning. Man er opptatt av konteksten fenomenene er i. I denne retningen er forståelse av fenomener bare forståelig i den sammenheng de forekommer i (Gilje og Grimen 1993, 152; Thagaard 2013, 41). Det er konteksten som gir fenomenene en bestemt mening og fremskaffer de nøklene man må ha for å forstå dem. Hermeneutikken tar inn betydningen av menneskets historiske, kulturelle og sosiale sammenheng for bestemmelsen av forståelseshorizonten hvor ting får mening. I

observasjoner av et fenomen, vil vi alltid gjøre dette ut fra et gitt perspektiv – noe vi er opptatt av eller vil finne ut av (Thomassen 2007, 79). Forforståelse er nødvendig for å kunne forstå og det er bare på bakgrunn av en forståelse vi allerede har, vi kan gripe en mening (Thomassen 2007, 79). Dette er forutsetninger som gjør det mulig å tolke.

Ved å ha en fenomenologisk tilnærming til intervjuguiden og intervjuene kan jeg bli mest mulig forutsetningsløs og bli i stand til å fange den reelle verden som eksisterer i barnevernet. Jeg ønsker å komme inn på subjektets forståelse av fenomenet jeg undersøker. Subjektets opplevelser vil bli fortolket av forskeren (Dalen 2011, 58). Den fenomenologiske tilnærming til forståelse av andres erfaringer blir hermeneutisk fordi forståelse krever tolkning. Ved å ha en hermeneutisk tilnærming til intervjumaterialet må jeg ha klargjort min egen forforståelse i så stor grad at den vil være en verdifull del av analysen. Dette betinger en redegjørelse av teoretisk kunnskap om temaet, men også andre forhold som kan ha innvirkning på hvordan jeg analyserer.

Min forforståelse for temaet er dels begrunnet i teori om temaet, men noe kan ikke begrunnes i annet en følelse av hva som er bra å gjøre. Mine synspunkter og måter jeg forholde meg på vil være preget av mange forhold; egen oppveksthistorie, kunnskap av formell og uformell art som jeg har ervervet meg gjennom studier og erfaring, samt den kontekst som jeg befinner meg i. Jeg var i denne studien i en kontekst der jeg både var ansatt i barnevernet og student, og jeg hadde en forforståelse med meg inn i studien. Forsvarlig faglig arbeid knyttes ikke bare til anerkjent teori eller forskning, men det er et mål at jeg i arbeid med familier etterstreber en størst mulig grad av bevissthet rundt alle kildene som danner grunnlaget for vurderinger som jeg gjør. Jeg vil i punkt 4.2.8 gjøre rede for noen tanker rundt min egen forforståelse i denne undersøkelsen da jeg er selv ansatt innen feltet jeg har valgt å forske på.

4.2 Forskningsdesign

4.2.1 Metodevalg

Metode betyr opprinnelig veien til målet (Kvale og Brinkmann 2015, 83). Metoden som velges, må være begrunnet i hvordan man best mulig kan få belyst eller fremskaffe mer kunnskap om det emnet man vil undersøke. Problemstillingens art gjorde at det var mest hensiktsmessig å gjøre en kvalitativ undersøkelse. Kvalitative tilnærminger egner seg til å få

en forståelse av sosiale fenomener og tolking og analysering av disse fenomenene (Kvale og Brinkmann 2015, 46).

Undersøkelsen er basert på fem semistrukturerte av barnevernsarbeidere ved fire ulike barnevernkontor i Hordaland. Semistrukturerte intervjuer kjennetegnes av at en rekke temaer skal dekket i løpet av intervjuet (Kvale og Brinkmann 2015, 156). Det er også forslag til spørsmål innen hvert tema og intervjuformen er preget av åpenhet når det gjelder endringer i rekkefølgen og formuleringen av spørsmål. På denne måten kan man følge de spesifikke svarene som gis og de historiene intervjupersonene forteller. Bakgrunnen for valg av intervjuform var at jeg ønsket en viss struktur for å være sikker på at alle sider ved barnevernets arbeidsmetoder kom frem. Samtidig ønsket jeg muligheten til å følge opp med spørsmål der informanten selv synes noe var viktig. Intervjuformen åpner opp for en spontanitet, som kan være en viktig bidragsyter til prosjektet på en annen måte enn fastlagte spørsmål. Kunnskapen produseres gjennom interaksjonen mellom intervjuer og informant. I utformingen av intervjuet var hvert tema utformet ut fra hvilken kunnskap som var viktig i forhold til analyse av intervjuet. Mulige spørsmål til hvert tema ble utformet med den hensikt å fremme et positivt samspill mellom intervjuer og informant. Målet var også å holde samtalen i gang og stimulere intervjupersonene til å snakke fritt innenfor de temaene som var lagt. Dette kaller Kvale og Brinkmann (2015, 163) intervjuets tematiske og dynamiske dimensjon.

Intervjuene var en samtale mellom profesjonelle, da jeg arbeidet i samme felt som intervjupersonene. Fordelen med en slik profesjonalitet i intervjusituasjonen var felles forståelse om lovens bestemmelser og ulike fagbegreper som er helt naturlig for barnevernsarbeidere å bruke. En annen fordel var at jeg kunne følge informantenes resonnementer uten å bli usikker på det å forstå deres virkelighet. Dersom informanten ble usikker, kunne jeg komme med eksempler og ulike forslag fordi jeg kjente feltet. Det var likevel ikke en samtale mellom likeverdige deltakere, ettersom at det er forskeren som definerer og kontrollerer samtalen (Kvale og Brinkmann 2015, 52). Ved å ha denne kjennskapen til feltet, påhvilde det meg et ansvar å holde meg nøytral når det kom til egne meninger og holdninger, og la informantene føre ordet.

4.2.2 Utvalg og rekruttering

Undersøkelsen ble gjennomført i Hordaland og barnevernskontorene ble valgt ut med bakgrunn i størrelse og hvor det var mulig å finne relevante saker som kunne belyse problemstillingen. Tre av barnevernskontoret var store og lå i områder med høy forekomst av familier som var i LAR-behandling og et barnevernskontor var lite og hadde begrenset erfaring om temaet.

Barnevernslederne på de respektive kontor fikk tilsendt forespørsel om deltakelse der det ble informert om prosjektet, analysen, deltakelse og datasikkerhet (Vedlegg 1). I forespørselen ble det vist til kriteriene for deltakelse i undersøkelsen. For å få god nok innsikt og svar på problemstillingen, ble det vurdert at intervjuene skulle ha fokus på konkrete saker. Sakene som skulle inngå, betinget at mor hadde brukt LAR-medisiner i svangerskapet i regi av det statlige LAR-programmet. Informantene skulle også ha erfaring med arbeid i familier i den aktuelle gruppen. Deltakelsen kan ses på som et resultat av et strategisk utvalg. Det innebærer at man har bestemt seg for hvilken målgruppe en vil intervju eller skaffe data fra (Johannessen, Tuft og Kristoffersen 2009, 107). Barnevernsjefene rekrutterte deltakere gjennom deres kjennskap til barnevernsarbeidernes kompetanse på området. Jeg kunne også rekruttert med tilleggskriterier som alder, arbeidserfaring, stillingstittel og utdanning for på denne måten å identifisere mer variasjon i dataene. Jeg fant det vanskelig å kreve, med det merarbeidet dette ville pålegge barnevernslederne. Jeg opplevde at barnevernslederne i de forespurte bydelene var samarbeidsvillige og engasjert i prosjektets tema.

Målet i undersøkelsen var 10 saker og at hver informant skulle gjennomgå 2 saker. Hvor mange som skal intervjues bestemmes av hvor mye tid og ressurser en har til rådighet, samt «loven» om avtakende utbytte (Kvale og Brinkmann 2015, 148). Dette kriteriet kalles også materialets metning. I intervjuprosessen ble det vurdert fortløpende om antall saker som ble gjennomgått, gav ny informasjon. Sakene som inngikk i undersøkelsen skulle være hjelpetiltakssaker og omsorgssaker. Ved å differensiere på denne måten, var målet å få bred forståelse av beslutningsprosessene som omhandlet den aktuelle gruppen. Ved å foreta intervjuer på ulike barnevernskontor var målet å betrakte praksis og sammenligne barnevernskontorene.

I løpet av prosessen trakk det ene barnevernskontoret seg fra undersøkelsen, med begrunnelse i at ingen medarbeidere hadde meldt sin interesse. Jeg forespurte da to nye

barnevernskontorer som gav positivt svar. Grunnlaget for analyse ble 4 barnevernskontor, 5 informanter og 9 konkrete saker.

4.2.3 Gjennomføring av intervjuene

Det finnes få standardregler eller felles prosedyrer i kvalitativ forskning, men det kan betraktes som et håndverk (Kvale og Brinkmann 2015, 35). Informantene hadde på forhånd fått informasjon om at det skulle gjennomgås to saker, og bedt om å forberede seg. Intervjuene fant sted i perioden oktober - desember 2016 og varte fra en og en halv til to timer. Informantene ble tilbudt gjennomføring av intervjuet på sitt eget arbeidssted. Bakgrunnen var at informantene skulle bli minst mulig belastet i forhold til den tiden de skulle bruke på å være deltaker i prosjektet. Alle intervjuene, foruten ett fant sted på informantenes arbeidssted. Siste intervju ble gjennomført på min egen arbeidsplass fordi dette var mest hensiktsmessig for informanten.

Før intervjuene startet, informerte jeg litt om meg selv, om prosjektet og hva som skulle foregå. Vi gikk igjennom samtykkeerklæringen og jeg forklarte hvorfor jeg brukte båndopptaker (Vedlegg 2). Deretter forklarte jeg hvordan intervjuet skulle gjennomføres. I saksgjennomgang, ville spørsmålene bli gjentatt i forhold til hver sak og det ville være variasjon i spørsmålene i henholdsvis hjelpetiltakssak og omsorgssak. Til slutt ville det være generelle spørsmål om kunnskap, holdninger og rutiner om den aktuelle gruppen. Informanten fikk selv velge hvilken sak som skulle presenteres først. Det ble også lagt inn tid til spørsmål og småprat.

I intervjuprosessen forsøkte jeg å utforske og belyse de ulike temaene sammen med informanten. Det var dialogen, samspillet mellom oss som drev samtalen fremover. Underveis i intervjuet, oppsummerte jeg utsagn og beskrivelser. Dette gav mulighet for å stille utdypende spørsmål eller sjekke ut om jeg hadde forstått riktig. Gjennom å stille utdypende spørsmål og utforske fortellingene kan forskeren få økt forståelse, samt bidra til at informanten kan få presisert eller tydeliggjort sine erfaringer (Kvale og Brinkmann 2015, 47). Dette gav en mulighet for ytterligere refleksjon både hos informanten og hos meg. Denne formen for intervju, gir rom for kontinuerlig fortolkning og mulighet for umiddelbar bekreftelse eller avkreftelse av forskerens fortolkninger (Kvale og Brinkmann 2015, 221). Selv om vi holdt oss til de oppsatte temaene, viste opplysningene ulik vei og retning. Dette kunne være relevante tema, som for eksempel samvær med foreldre av plasserte barn og

hvordan dette kunne innvirke på barnet, men jeg måtte passe på at de ikke ble for dominerende ut fra hvilke behov jeg hadde for informasjon ut fra mitt forskningsspørsmål. Jeg noterte på intervjuguiden underveis og dette var til god hjelp i etterarbeidet, men også for å kunne oppsummere underveis i intervjuet.

Etter det første intervjuet, måtte jeg revurdere intervjuguiden på nytt. Jeg oppdaget at det ble for komplisert for barnevernsarbeideren å ha komplett tidslinje og nøyaktig oversikt over hele saksforløpet. Barnevernsarbeideren hadde ikke hatt sakene over hele perioden familien hadde hatt kontakt med barnevernet. Jeg oppdaget også at intervjuguidens organisering kunne forenkles uten å utelate noe vesentlig sammenlignet med neste intervju. Jeg gjennomgikk intervjuet og sjekket ut alle spørsmål som ble stilt. De spørsmålene som ble tatt bort, var heller ikke stilt i første intervju. Intervjuguiden slik den ble korrigert etter første intervju, ble brukt til de resterende intervjuene (Vedlegg 3). Denne prosessen kunne vært utført i form av et prøveintervju. Et prøveintervju kan gi inntrykk av om spørsmålene fanger opp det en ønsker å undersøke (Dalland 2007, 95). For at et prøveintervju skal gi best mulig erfaring, bør testinformanten tilhøre samme gruppe som de endelige informantene. Jeg hadde ikke mulighet til å få gjennomført prøveintervju fordi det ikke var noen relevante informanter som var tilgjengelig.

Feltnotater er nedtegninger av non-verbal atferd og egne iakttagelser under intervjuet (Dalen 2011, 56). Etter intervjuene satt jeg av tid til å skrive feltnotater og noterte og beskrev konteksten for intervjuene, samt nonverbale uttrykk og interessante utsagn og historier. Jeg beskrev også mine egne inntrykk fra intervjuet og mine refleksjoner over egen rolle. Lyddopptak av intervju innebærer en første abstraksjon fra intervjupersonens direkte fysiske tilstedeværelse og dette innebærer blant annet tap av kroppsspråk (Kvale og Brinkmann 2015, 205). Feltnotater kan bidra til å gjenkalle intervjusituasjonen og se utsagn og egen refleksjon i den konteksten den kom fra (Dalen 2011, 57). Jeg merket også samtykkeerklæring og intervjuguiden med bokstavkode og nummer. Jeg navngav barnevernsarbeidere med A, B, C, D og E. De ulike barnevernskontorene ble kalt K1, K2, K3 og K4.

Informantene hadde ulik alder og erfaring i barnevernet. Erfaring varierte fra ca. 1 år til 27 år. Med ett unntak hadde alle informantene ulike former for videreutdanninger i barnevernet. Alle informantene var godt forberedt i intervjuet.

En utfordring som jeg møtte i intervjusituasjonen var min egen bakgrunn i barnevernet. Det opplevdes som ressurs å ha erfaring og kompetanse om barnevernets lovgrunnlag og rammer for arbeidet. Men jeg måtte hele tiden være bevisst på at jeg skulle være mest mulig nøytral. I utformingen av intervjuguiden, var åpne spørsmål viktig å formulere. I forkant av intervjuet forberedte jeg meg mentalt på at min forståelse av denne gruppen, samt mine kunnskaper om arbeidsprosesser og andre faktorer ikke skulle innvirke på hvordan jeg agerte i intervjuet. Jeg ønsket en fenomenologisk inngang til intervjuet for å klare å gripe informantenes reelle historier. I selve intervjusituasjonen opplevde jeg ved noen tilfeller at informanten ønsket mine refleksjoner. Dette var særlig i den delen som omhandlet kunnskap- og holdningsspørsmål. Dette løste jeg ved å være taus og tåle den stillheten som oppstod og dersom jeg fikk direkte spørsmål om hva jeg synes om temaet, svarte jeg høflig at jeg ikke ønsket at dette skulle være relevant. Jeg opplevde at dette ble positivt mottatt av informantene og jeg fikk også fyldige og gode refleksjoner rundt dette temaet.

4.2.4 Transkribering

Transkribering er transformering fra muntlig intervjusamtale til skriftlig tekst (Kvale og Brinkmann 2015, 204). Prosedyren gjør intervjusamtalen tilgjengelig for analyse.

Transkribering ble gjennomført fortløpende etter intervjuene og utført av en ekstern person. Vedkommende signerte taushetserklæring i forkant av oppdraget. Transkripsjon fra lydopptak til tekst er heftet med mange tekniske og tolkningsmessige problemstillinger spesielt i forbindelse med ordrett talespråkstil versus skriftspråkstil (Kvale og Brinkmann 2015, 207). Det finnes ikke standardregler for transkribering, men heller en rekke valg som skal treffes. Den eksterne personen fikk instruksjoner om at intervjuene skulle skrives ordrett slik informantene uttrykte seg. Alle setninger, småord som ææh, hmmm, gramatiske feil, pauser og ufullstendige setninger ble tatt med. Alle gjentakelser skulle også skrives. Formålet var at den eksterne personen ikke skulle utelate eller omskrive teksten, men også at det kunne være meningsfullt å ta med. Det skulle komme godt frem om informanten var usikker, tankefull eller andre forhold som kunne ha betydning for analysen. Det ble avtalt at informantenes dialekter skulle omskrives til bokmål. Dette gjorde transkriberingsarbeidet overkommelig, men det var også et ledd i å sikre informantenes anonymitet.

Tilbakemelding fra den eksterne personen var at det var utfordrende med ulike dialekter og faguttrykk som var ukjent. Ved ett intervju var det to informanter tilstede i starten.

Bakgrunnen var at den ene informanten kjente saken best og den andre informanten hadde overtatt saken nylig. De snakket i munnen på hverandre og avbrøt hverandre midt i setninger. Jeg gjennomgikk transkripsjonene i etterkant, og sammenholdt med lydopptaket for å sikre at transkripsjonen var i tråd med de verbale fortellingene. På denne måten ble transkripsjonen kvalitetssikret.

Forskeren bør være velinformert om temaet før intervjuet og være i stand til å fortolke stemmeleie, ansiktsuttrykk og kroppsspråk (Kvale og Brinkmann 2015, 47). Forskeren skal registrere og fortolke meningen med det som sies og på hvilken måte det sies på.

Transkripsjon medfører en utvelgelse av hvilke dimensjoner av muntlige intervjusamtaler en skal ta med i den skriftlige transkripsjonen (Kvale og Brinkmann 2015, 208). Etter at transkripsjonene var kvalitetssikret, gjennomgikk jeg alle intervjuene på nytt. Mine feltnotater og stikkord på intervjuguiden ble da svært viktig for å kunne få inn ansiktsuttrykk, spesielle nonverbale uttrykk som viste bl.a. usikkerhet, fortvilelse og humor. Dette ble vurdert som viktig informasjon. Nonverbale uttrykk kan uttrykke meninger og holdninger som ikke ble direkte sagt. Dette kunne heller ikke en ekstern person gjøre, da vedkommende ikke var tilstede under intervjuet. Transkripsjonen ble også gjennomgått med formål å sikre anonymiteten til barnevernskontor og saker som ble omtalt. Alle forhold som kunne være identifiserbare, tatt bort og erstattet med XXX og en parentes om hva det gjaldt, for eksempel stedsnavn, barnevernskontor, yrker og aktivitetstilbud.

Alle informantene fikk tilbud om å få lese gjennom transkripsjonene. To av informantene ønsket dette, men hadde ingen innvendinger til datamaterialet.

Informasjon om antall fødsler av mødre i LAR, som er oppgitt på side 6, har jeg mottatt på epost fra Medisinsk Fødselsregister (MFR). Jeg har ikke kunnet identifisere opplysningene på annen måte.

4.2.5 Analysestrategi

Analysearbeidet begynner allerede før man intervjuer. Dette betyr at man tenker på analysemetode allerede i intervjuforberedelsene (Kvale og Brinkmann 2015, 216). Den strategien man vurderer å bruke vil deretter styre forberedelsene, som utarbeiding av intervjuguiden, intervjuprosessen og transkriberingen.

I analysen er målet å finne hvordan mønstre og sammenhenger i dataene kan forstås, og deretter utvikle en forståelse som går utover de beskrivelsene informantene gir av sin situasjon og sine synspunkter (Thagaard 2013, 167). Ved å velge ut tekstelementer med potensiell kunnskapskraft, representerer det en forlengelse av utvalgsstrategien og innebærer en filtrering, ved at betydelige deler av det opprinnelige materialet legges bort (Malterud 2017, 84).

I analysen benyttet jeg hermeneutisk fortolkende tilnærming. Hermeneutikken fremhever betydningen av å utforske et dypere meningsinnhold enn det som er umiddelbart innlysende (Thagaard 2013, 41). Den analytiske prosessen preges ofte av at man skifter oppmerksomheten mellom å utforske meningsinnholdet i empirien til å innarbeide teoretiske begreper (Thagaard 2013, 187). Jeg utforsket mitt materiale ved å først lese empirien på ulike måter for å danne meg et inntrykk, for deretter å se empirien i lys av teori og forskning. Fremgangsmåten jeg har benyttet kan derfor sies å være induktiv. Thagaard (2013, 172-173) presiserer viktigheten av å fokusere på å veksle mellom helhetlig perspektiv og studier av de enkelte delene. Denne vekslingen mellom nivåer i analysen er viktig for å utvikle en forståelse som er helhetlig og nyansert.

Jeg startet med å lese alle intervjuene for å danne meg et helhetsinntrykk. Jeg leste deretter hvert intervju for seg med formål å danne meg et inntrykk av disse. I dette arbeidet brukte jeg også mine feltnotater for å gjenkalle intervjusituasjonen. Jeg vendte deretter tilbake for å reflektere over mitt første helhetsinntrykk.

Kategorier kan være utviklet på forhånd eller komme frem i løpet av analyseprosessen (Kvale og Brinkmann 2015, 228). En slik kategorisering kan gi en oversikt over store mengder data og gjøre analysearbeidet overkommelig. Mitt analysemateriale utgjorde ca. 170 sider. Malterud (2017, 99) sier at det er en fare for at forforståelsen er dominerende dersom temaene fra intervjuguiden blir utgangspunktet i første temautvelging. Man skal her legge til side det man tror vi vil finne. Jeg valgte likevel å ta utgangspunkt i den tematiske inndelingen fra intervjuguiden fordi de var organisert i henhold til saksgjennomgangen. Jeg vurderte at kategoriene fra intervjuguiden ville gi den best mulige oversikt over dataene. Kategoriene som ble benyttet var oppstart, hjelpetiltak, omsorg, samarbeidsinstanser, skjønn, barnet, foreldre, holdninger, kunnskap og rutiner. I resultat og drøftingsdelen referer begrepet

samarbeidsinstanser til de fagprofesjonene som er i kontakt med foreldrene i sakene som inngår i undersøkelsen, for eksempel NAV, rusomsorgen og psykiatrien.

Systematiske tekstkondensering, som er inspirert av Giorgis fenomenologiske tekstanalyse er en anvendelig metode for tematisk tverrgående analyse av kvalitative data (Malterud 2017, 115). Selv om metoden kan gjennomføres uten teoretisk skolering, krever enhver analyse refleksjon og systematikk for å kunne gi vitenskapelig kunnskap. I tillegg er bevissthet rundt betydningen av den teoretiske referanserammen viktig fordi dette er avgjørende for at empirien tolkes på en måte som er kreativ og forsvarlig (Malterud 2017, 83). I analysefasen skal det bestemmes hva slags fokus mine spørsmål skal ha og de teoretiske perspektivene bidrar til rike og relevante fortolkninger.

Tverrgående analyser innebærer at det er informasjon fra flere informanter som sammenfattes (Malterud 2017, 93). Da er det likhetstrekk, forskjeller og variasjoner i erfaringer, følelser eller holdninger fra flere deltakere som skal fortolkes og sammenfattes. I analyse av kvalitative data innebærer dekontekstualisering at man løfter ut deler av stoffet og ser nærmere på det sammen med andre elementer i materialet som sier noe om det samme (Malterud 2017, 85).

For å dekontekstualisere mitt materiale, satte jeg kategoriene opp i en matrise, der jeg leste alle intervjuene og fant relevante utsagn som kunne belyse temaet i undersøkelsen. Muntlig og skriftlig språk er forskjellig. Et godt velformulert muntlig uttrykk kan virke usammenhengende og kanskje preget av gjentakelser når det transkriberes direkte (Kvale og Brinkmann 2015, 205). I analysen brukte jeg den opprinnelige transkriberte teksten, men valgte i oppgaven å benytte redigerte sitat. De ble omgjort til en korrekt skriftlig form for å gjøre uttalelsene mer lettlest (Kvale og Brinkmann 2015, 308). Dette var en nøyaktig prosess hvor jeg var påpasselig med å ikke forandre meningsinnholdet. Jeg merket sitatet i det transkriberte materialet og skrev om setningene som merknad i dokumentet. Da utelatte jeg pauser og småord, samt skrev om setningen slik at den ble grammatisk riktig. Sitatet kunne være tekst på flere setninger. Dette kaller Kvale og Brinkmann (2015, 232) for meningsfortetting. Ved valg av sitater til forskningsrapporten, gikk jeg tilbake til det transkriberte intervjuet og tok en ny vurdering om meningsinnholdet var det samme som jeg opprinnelig hadde tenkt.

Jeg leste materialet på nytt, både på langs og på tvers, og reflekterte over de utsagnene som jeg fant relevant. Jeg leste da i lys av bakkebyråkrateteori, beslutningsteori og de prinsippene som barnevernloven bygger på, sett i sammenheng med problemstillingen. I dette trinnet er det relevant å separere irrelevant fra relevante utsagn (Malterud 2017, 101). Jeg satt derfor opp en ny matrise og gjennomgikk alle sitater fra første kategorisering. Det ble da det dannet fem kategorier som kunne belyse problemstillingen. De ble kalt «rammebetingelser», «organisatoriske forhold», «kompleksitet», «usikkerhet» og «beslutningsterskel». Jeg brukte fargekoder på hver kategori i den nye matrisen. Jeg merket deretter utsagn som var aktuelle for kategorien. I dette arbeidet oppdaget jeg at mange utsagn som kunne være aktuelle for flere kategorier. Jeg valgte da å sette piler i matrisen, samt notere meg sammenhengene underveis i denne analyseprosessen.

Nå ble oppdraget å jobbe videre med innholdet i hver kategori for å undersøke behovet for ytterligere sortering til undergrupper (Malterud 2017, 105). Arbeidet med å kode og gruppering fremstod omstendelig og det var mye frem og tilbake. Det var i en situasjon svært oversiktlig, til så å oppdage at sitatene ikke passet helt inn sammen med de andre. Dermed var det nødvendig med ny vurdering. Jeg endte opp med fire hovedkategorier som grunnlag for presentasjon av resultatene i undersøkelsen; ”Beslutningsramme”, ”Faglig skjønn”, ”Makten og avmakten” og ”Den personlige faktoren”.

Det siste trinnet i analysen er å sammenfatte funnene i form av et resymé som grunnlag for nye beskrivelser og begreper som kan deles med andre (Malterud 2017, 108).

Rekontekstualiseringen skal forebygge reduksjonisme ved å sikre at svarene som er lest ut av det dekontekstualiserte materiale, fremdeles har en forsvarlig referanse til sammenhengen de kommer fra (Malterud 2017, 85). Slike tekstdeler kalles også for meningsbærende enheter. Funnene skal sammenfattes som en gjengivelse som muliggjør nye beskrivelser eller begreper og er fortellinger. Fortellingene kan danne grunnlag for å vurdere om funnene er tro mot teksten som de er vokst frem fra, og fremdeles er gyldige. I denne undersøkelsen fremsto resultatene som gode representasjoner for tekstdelene som de var hentet fra.

4.2.6 Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet

De sentrale spørsmålene som må stilles til alle forskningsprosjekter, er om en kan stole på det som presenteres og hvilken relevans forskningen har kommet frem til utover den konteksten

de har sin bakgrunn i (Thagaard 2013, 193-194). Spørsmålene dreier seg om forskningsprosjektets gyldighet og pålitelighet.

Validitet eller gyldighet i kvalitativ forskning dreier seg om hvorvidt en undersøker det en har til hensikt å undersøke (Kvale og Brinkmann 2015, 276). Validering avhenger av kvaliteten på undersøkelsen og funnene må kontinuerlig sjekkes, utspørres og fortolkes teoretisk (Kvale og Brinkmann 2015, 278). Forskeren må ha et kritisk syn på sine fortolkninger. Validering hører ikke til spesiell undersøkelsesfase, men skal foregå gjennom hele forskningsprosessen gjennom prosessvalidering (Kvale og Brinkmann 2015, 277). Forskerens rolle og forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen (Kvale og Brinkmann 2015, 108). Refleksivitet henviser til den prosessen en forsker må gå igjennom for å kunne bli i stand til å gjenkjenne hvor ens egne forforståelse har påvirket resultatet. Forskeren skal eksplisitt gjøre rede for sin spesielle tilknytning til fenomenet som studeres (Dalen 2011, 94). Jeg har praktisk innsikt i barnevernets arbeidsmetoder, juridisk grunnlag og barnevernfaglige teorier. Min egen arbeidserfaring som barnevernsarbeider og involvering i dette forskningsprosjektet medførte en fare for å ”go native”. Jeg kunne bli så involvert i det informantene fortalte, at jeg mistet objektiviteten. Jeg har gjennom hele forskerprosessen vært bevisst min rolle som forsker i eget felt. Jeg hadde ikke spesifikk kunnskap om hvordan barnevernet håndterte saker som omhandlet LAR. Jeg hadde heller ikke selv hatt saker med denne problemstillingen. Ved valg av intervju metode og utforming av intervjuguide var hensikten å ivareta objektivitetskravet i undersøkelsen. Ved gjennomgang av aktuell litteratur og forskning til denne undersøkelsen, har jeg tilegnet meg innsikt om LAR i svangerskap, mødrene som får LAR-medisiner og barns utvikling når de har blitt eksponert for disse som foster. Jeg har vært bevisst på å finne et variert utvalg av utenlandske og norske studier på området.

Epistemologisk refleksivitet er drøfting av muligheten for at forskningsspørsmålet kan ha vært definerende og begrensende for hvilke resultater som kan genereres fra data (Malterud 2017, 46). Denne refleksivitetsformen inviterer til å tenke over forutsetninger som er gjort underveis i forskningen og bidrar til å tenke over virkninger av disse antagelsene. Min interesse for temaet ble grunnlaget for problemstillingen. Temaet vokste ved mediekritikk av barnevernets behandling av familier som var tilknyttet LAR. Som fagperson i feltet ble jeg opptatt av hvordan barnevernet håndterte problemstillinger knyttet til den aktuelle gruppen.

Slik har mitt ståsted fått betydning for problemstillingen og utforming av intervjuguide. Mitt fag og arbeidsfelt må antas å ha hatt innflytelse på det teoretiske perspektivet som ble valgt. Sammen med forforståelse vil mitt teoretiske perspektiv ligge til grunn for analyse og tolkning av funnene. Da kan man også anta at et annet ståsted og teoretisk perspektiv vil føre til andre tolkninger. Andre relevante kategorier kunne blitt valgt ut, eller samme kategorier kunne bli forstått forskjellig. Data er ikke speiling av virkeligheten, men må tolkes for å gi mening (Malterud 2017, 43). Tolkning er også kontekstavhengig på ulike områder, som kultur, politikk og ikke minst selve intervjusituasjonen (Kvale og Brinkmann 2015, 114).

Reliabilitet eller pålitelighet har med forskningsresultatets konsistens og troverdighet å gjøre (Kvale og Brinkmann 2015, 276). Det har sammenheng med om resultatet kan reproduseres av andre forskere på et annet tidspunkt. Reliabilitet i kvalitativ forskning betinger en nøyaktig gjengivelse av forskningsprosessen. Dette omfatter forhold ved forskeren, informantene og intervjusituasjonen. Man må også beskrive hvilke analytiske metoder som er benyttet under bearbeidelse av datamaterialet (Kvale og Brinkmann 2015). Dette er belyst i dette kapitlet og ved at intervjuguiden er vedlagt (Vedlegg 3).

Reliabilitet ivaretas ved prøveintervju for å teste ut spørsmålene (Dalland 2007, 95). Jeg fikk ikke mulighet til det, men ivaretok reliabiliteten ved å justere intervjuguiden til første intervju. Intervjuguiden ble organisert på en mer oversiktlig måte og overflødige spørsmål ble tatt bort. Slik ble spørsmålene like i alle intervjuene.

Forskningsintervjuet blir påvirket av den personlige relasjonen mellom forsker og informant, og er kontekstfølsomt (Kvale og Brinkmann 2015, 162). Under intervjuet sikret jeg reliabilitet ved å gå frem på samme måte i alle intervjuene. Jeg benyttet lydopptaker og alle informantene fikk samme informasjon. Spørsmålene i intervjuene var mest mulig åpne og jeg innhentet informantenes egne erfaringer. Det er en mulighet for at informantene svarte slik de mente var sosialt akseptert da undersøkelsen omhandler et følsomt tema og det råder mange ulike oppfatninger. Min opplevelse var at informantene var reflekterte og viste den ambivalensen som råder i feltet på dette området. Jeg fikk et inntrykk av at svarene jeg fikk var ærlige og nyanserte.

Reliabilitet ved transkriberingen ble ivaretatt ved at samme person transkriberte alle intervjuene, med klare instruksjoner om hvordan det skulle gjøres. Det ble også kvalitetssikret

ved gjennomlesning flere ganger av meg.

I kvalitativ forskning vil generaliserbarhet gi urealistiske assosiasjoner til allmenngyldig overførbarhet (Malterud 2017, 66). Derfor er det hensiktsmessig å bruke begrepet overførbarhet. Begrepet angir grenser og betingelser for hvordan funnene kan gi ny innsikt som andre kan ha nytte av i andre sammenhenger enn der prosjektet ble utført. Dersom resultatene fra en intervjusituasjon er rimelig og gyldige, er spørsmålet om resultatene er av lokal interesse eller om de kan overføres til andre intervjusituasjoner, kontekster og situasjoner (Kvale og Brinkmann 2015, 289). Det er ulike former for generalisering i kvalitative studier og i dette prosjektet er analytisk generalisering aktuelt. Det involverer en begrunnet vurdering av i hvilken grad funnene fra en studie kan brukes som en veiledning for hva som kommer til å skje i en annen situasjon (Kvale og Brinkmann 2015, 291; Thagaard 2013, 210).

Informantene i denne undersøkelsen gav en innholdsrik og dyptgripende beskrivelse av temaene de ble spurt om. De gav det Kvale & Brinkmann (2015, 337) betegner som ”tykke beskrivelser”. Gjennom fem informanter og ni konkrete saker har jeg fått tilgang på hvordan barnevernet arbeider med familier der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet. Selv om denne undersøkelsen er liten og har et begrenset omfang, er det også viktig å poengtere at den aktuelle gruppen er liten. Jeg har sett beskrivelsene til informantene i lys av hverandre og deretter i forhold til tidligere forskning og teori. Jeg har gjort noen betraktninger, som kan ha overføringsverdi til andre lignende situasjoner.

Som forsker med en kvalitativ tilnærming er ikke målet å finne sannheten, men det er likevel viktig å formidle informantenes erfaring på en respektfull og troverdig måte. For at analysen skulle komme frem til best mulig gyldige, pålitelige og overførbare resultater, har jeg hele tiden vært reflektert og kritisk til mitt eget arbeid.

4.2.7 Etiske hensyn gjennom hele forskningsprosessen

Etikk er grunnleggende for intervjuforskningen og strekker seg utover etiske regler, som å følge regler og overholde moralkodekser (Kvale og Brinkmann 2015, 38). Etiske problemstillinger skal prege hele forskningsprosessen og man bør ta hensyn til mulige etiske problemer fra formålet med undersøkelsen til den endelige rapporten foreligger (Kvale og Brinkmann 2015, 97).

Johannesen, Tufte og Christoffersen (2009, 91) viser til tre viktige forhold en forsker må tenke gjennom. Det omhandler informantens rett til selvbestemmelse og autonomi, forskerens plikt til å respektere informantens privatliv og forskerens ansvar til å unngå skade. Alle informantene mottok skriftlig og muntlig informasjon om undersøkelsen. De gav skriftlige samtykke til deltakelse og fikk opplyst om sin rett til å trekke seg uten å oppgi årsak. Jeg opplyste om min taushetsplikt, samt at dataene ville bli anonymisert i den endelige rapporten. All behandling av intervjumaterialet har vært i tråd med krav fra NSD (Vedlegg 4). Lyddopptak har blitt lagret nedlåst og har vært utilgjengelig for andre enn meg. Personen som utførte transkripsjonene signerte taushetsplikterklæring og transkripsjonene ble anonymisert. Dataene har bare vært tilgjengelig for min veileder ved høghskolen i Bergen.

I dette prosjektet ble det gjennomgått konkrete saker med barnevernsarbeidere og informantene fikk anmodning om å forberede seg før intervjuet. Jeg hadde ingen innvirkning på valg av saker, foruten at det var ønskelig at det ble gjennomgått hjelpetiltakssaker og omsorgssaker. Jeg hadde heller ingen innvirkning på valg av informanter. Alle informantene ble opplyst om at detaljinformasjon om barn og foreldre ikke var av interesse. Anonymisering ble gjenstand for kvalitetssikring i flere omganger. Ved gjennomgang av transkripsjonene ble alle identifiserende uttalelser, samt identifisering av aktuelle barnevernkontor erstattet med "XXX".

4.2.8 Refleksjoner over min egen rolle som forsker i eget felt

Det er en forskjell på om forskerens posisjon kan knyttes til det miljøet en studerer eller om forskeren er utenforstående (Thagaard 2013, 206). Er en innenfor miljøet, kan forskeren ha et særlig godt grunnlag for forståelse av fenomenet som studeres og tolkning kan utvikles i relasjon til egne erfaringer. Men det er også en fare for at tilknytning til miljøet kan føre til at forskeren overser det som er forskjellig fra egne erfaringer, og viktige nyanser kan gå tapt. Min rolle som forsker i eget felt kunne medført at jeg kunne ignorert visse resultater og lagt vekt på andre resultater på bekostning av en fullstendig og nøytral undersøkelse av fenomenet. I tillegg er intervjuforskning interaktiv forskning og det er en fare for at en nær og personlig samspill mellom forsker og informant, kan føre til at forskeren blir påvirket. En posisjon i feltet som studeres, gir ikke et bedre grunnlag for validitet, men det er viktig at forskeren presenterer sitt ståsted slik at leseren kan vurdere tolkningene på bakgrunn av det (Thagaard 2013, 207).

I mitt prosjekt var refleksjoner omkring min egen rolle et fokusområde fra starten av prosjektet til endelig rapport. Det krevde refleksjoner i tematiseringen, utvalgsstrategi, intervjuguiden, selve intervjuet, i analysen og i rapporten. Refleksjonene omhandlet både mine kunnskaper om temaet, men også min kjennskap til barnevernets arbeidsmetoder og samfunnsmandat. I tillegg måtte jeg redegjøre for mine egne holdninger om temaet og særlig den delen som omhandlet retningslinjene for gravide i LAR. Jeg hadde en forestilling om at rusmiddelmissbrukere som fikk tilbud om LAR-medisiner var i faresonen for overdoser og tidlig død. Jeg hadde også erfaring med rusmiddelmissbrukere i mitt daglige arbeid og har sett skadevirkninger på de voksne på nært hold. Jeg hadde også en oppfatning av at LAR-medisiner og illegale rusmidler var ulike ting, men innenfor kategorien rusmidler. Men jeg var skeptisk til at gravide skulle få LAR-medisiner på prinsipielt grunnlag. Jeg måtte klargjøre mine holdninger for å skape den analytiske avstanden til prosjektets problemstilling, utforming av intervjuguide, intervjusituasjonen. Slik kunne jeg analysere materialet på en slik måte at de reelle svarene kom frem.

Forskerens integritet er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen som produseres (Kvale og Brinkmann 2015, 110). Moralsk ansvarlig forskningsatferd er noe mer enn abstrakt etisk kunnskap og kognitive valg. Det innebærer moralsk integritet, evne til empati, sensitivitet og engasjement. Men det er kunnskap, ærlighet og rettferdighet som er de avgjørende faktorene. I de ulike delene av forskningsprosessen har refleksjoner over egne motiver, perspektiver og antakelser vært fremtreden. I presentasjonen har det vært viktig å få frem den reelle arbeidsprosessen til barnevernsarbeiderne uten at jeg skulle påvirke hvordan de uttrykke seg. I analysefasen har jeg bevisst søkt etter reelle svar, ikke svar som kan støtte hvordan jeg mener det skulle være.

4.2.9 Styrker og svakheter i undersøkelsen

I hermeneutisk forstand er det bare mulig å treffe velinformerte slutninger i en forskningsrapport på grunnlag av vår forforståelse (Kvale og Brinkmann 2015, 273). Det er forforståelse som gjør oss i stand til å forstå noe og forskerens posisjon vil påvirke forskningsprosessen og resultatene av denne. Refleksivitet innebærer en erkjennelse og overveier eget ståsted i forskningsprosessen (Malterud 2017, 21). Jeg har reflektert over hvordan forskningen kan ha påvirket, og potensielt endret de involverte. Jeg er sterkt engasjert i barns rett til en god oppvekst. Alle familier som er i kontakt med barnevernet, har krav på rettferdig behandling. Samtidig er det vanskelig å forholde seg til at barn sviktes selv

om barnevernet har kontakt med familien. Mine meninger kan både ha styrket og svekket denne undersøkelsen. Styrken er motivasjonen til å gjøre en innsats for familiene i denne aktuelle gruppen. Svakheten er at man kan leve seg så langt inn i problemstillingene til at man ikke kan forholde seg kritisk til dataene.

I denne forskningsprosessen har jeg vært på ulike barnevernkontor og intervjuet barnevernsarbeidere. Selv om jeg har vært bevisst min rolle som forsker, kan det stilles spørsmål med hvordan informantene har sett på meg. Det kan være sannsynlig at de har sett på meg som en kollega i feltet, og ikke som forsker. Dette ble forsøkt ivaretatt med informasjonsbrev i forkant, samtykkeskjema og gjennomgang av struktur i forkant av intervjuet.

Styrken i kvalitativ tilnærming er at man søker å gå i dybden og vektlegger betydning når en innhenter data og metoden fremhever prosesser og meninger som ikke kan måles i kvantitet eller frekvenser (Thagaard 2013, 17). Utvalget i denne undersøkelsen er begrenset til ni konkrete saker som er presentert av fem barnevernsarbeidere. Med flere informanter ville det vært en bedre mulighet til å påstå at resultatene kunne overføres til andre lignende situasjoner. På den andre siden kom det noen fellestrekk til syne som kan være beskrivende for barnevernets utfordringer med denne gruppen familier.

Intervjusituasjonen kan sees på som en sosial interaksjon mellom forsker og informant (Thagaard 2013, 113). Den personlige kontakten som utvikles i intervjusituasjonen, den tilliten og troverdigheten gir grunnlag for at informanten kan fortelle åpent og ærlig om sine erfaringer. Spørsmålet er om informanten vil endre sine svar i et intervju med en annen informant og dette har med reliabilitet å gjøre (Kvale og Brinkmann 2015, 276). Jeg opplevde å få nyanserte og ærlige beskrivelser av barnevernsarbeidernes erfaringer. Informantene fremstod som trygge i intervjusituasjonen og svarte utfyllende på mine spørsmål. Det var ikke ledende spørsmål i intervjuguiden og jeg prøvde å unngå ledende oppfølgingsspørsmål. Selv om det er ønskelig med høy reliabilitet av intervjufunn for å motvirke tilfeldig subjektivitet, sier Kvale og Brinkmann (2015, 276) at for sterkt fokus på reliabilitet kan motvirke kreativ tenking og variasjon. Balansen mellom ønske om høy reliabilitet og ivareta behovet for kreativ tenking og variasjon er forsøkt ivaretatt med ulike tema og ved å legge generelle kunnskaps, holdnings og rutinespørsmål til slutt i intervjuet slik at disse ikke skulle bli styrende for hva informanten svarte.

Informantene i undersøkelsen hadde med ett unntak lang arbeidserfaring i barnevernet, fra 5 år til 27 år og var alle barnevernspedagoger eller sosionomer. 4 av informantene hadde i tillegg ulike former for videreutdanninger. Jeg opplevde dem som faglig sterke og svært meningsberettigede.

Barnets stemme mangler i denne undersøkelsen, foruten det barnevernsarbeidernes selv har formidlet om hva barnet har uttalt. Det fremkom heller ikke om barnevernet systematisk hadde snakket med barna i sakene som ble omtalt, bortsett fra uttalelser om at barnevernet ikke fikk snakke med barna i hjelpetiltakssakene. Ved å inkludere barnet i en undersøkelse om barnevernets arbeid med familier der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskap, kunne det gitt et bredere perspektiv om hvordan tiltak fungerer for denne gruppen.

Studien er begrenset til å gjelde hjelpetiltakssaker over tid og omsorgssaker. Derfor vil denne undersøkelsen ikke si noe om hvordan LAR-saker behandles i meldingsfasen.

5 Resultater

Resultatene som presenteres er et resultat av systematiske og grundige overveielser av hva som kan styrke overførbarheten av funnene. Det har vært en utfordring i prosessen å beholde balansen mellom strenge prosedyrer og analytisk tilnærming. Jeg vil først oppsummere hovedfunnene i undersøkelsen og deretter presentere de empiriske resultatene i fire kategorier.

Hovedfunnene i undersøkelsen var at lover og forskrifter utgjorde en større begrensning i LAR-saker enn det en ser i andre barnevernssaker. Samarbeidsinstanser, som NAV og rusomsorgen, brakte avgjørende informasjon for beslutninger i uoversiktlige saker. Hos barnevernsarbeiderne var det varierende grad av kunnskap om LAR. Ved de barnevernskontorene som ble undersøkt, var det ingen rutiner for arbeid med den aktuelle gruppen. Det faglig skjønnnet ble utfordret ved at ulike saksfaktorer, som manglende urinprøver og uteblivelse fra møter, skapte et komplekst bilde uten at barnevernsarbeiderne hadde adekvat kunnskap. NAS, LAR og sidemisbruk var risikofaktorer som skulle vurderes i tillegg til andre vurderingselementer. Barnevernsarbeidernes vektlegging av ressurser i familien, medførte ofte at beslutning om tiltak tok lang tid. Det ble i liten grad tatt i bruk tiltak som mobiliserer nettverket til familiene. Avmakten til barnevernsarbeiderne var mer fremtreden enn myndighet og makt. Manglende kontroll over saksfaktorene, vedvarende bekymring for omsorgssituasjonen og ambivalens overfor retningslinjene for LAR frembrakte

maktesløshet hos barnevernsarbeiderne. Det tyder ikke på at barnevernsarbeidernes egne holdninger og verdier til den aktuelle gruppen var styrende for beslutninger i denne undersøkelsen. Det fremkom heller ikke at det var lavere terskel for inngripen i LAR-saker enn i andre barnevernssaker, men at det ble ventet lenge med beslutning.

5.1 Beslutningsramme

Med beslutningsramme menes overordnet politikk og lovverk, men også kultur, ledelse og rutiner (Lipsky, 1980; Djupvik og Eikås, 2010). Dette er rammer som angir barnevernets strukturelle handlingsrom.

Kjennskap til graviditet når mor får metadon eller buprenorfin i svangerskapet ble av flere informanter omtalt som viktig. De fleste sakene ble kjent for barnevernet gjennom bekymringsmelding fra rusomsorgen eller NAV da mor var gravid. Noen saker ble kjent fordi mor hadde barn fra før, og familien hadde tiltak i barnevernet. Barnevernets mulighet til å undersøke når mor er gravid er begrenset fordi barnevernloven ikke inntre før barnet er født. Informant C sa det slik: *Mange av sakene blir kjent for oss under svangerskapet og da jobber vi tett med dem, så sant de tillater det.* Flere barnevernsarbeidere beskrev sårbarheten i informasjonsflyten mellom barnevernet og andre samarbeidsinstanser når mor er gravid i LAR. Informant D sa: *Det var en misforståelse mellom behandlingsinstitusjonen til mor og helsestasjonen. Helsestasjonen trodde at institusjonen hadde meldt saken til barnevernet, og institusjonen trodde at helsestasjonen hadde meldt.* Misforståelsen medførte at saken var ukjent for barnevernet inntil fødselen, og medførte tidspress i undersøkelsen for å avdekke omsorgssituasjonen, jf. barnevernloven § 4-3. Kjennskap til graviditet og samtykke til involvering av barnevern i svangerskapet var viktige rammebetingelser som påvirket beslutningene. Det ble fremsatt som viktig å få kunnskap om graviditet tidlig i svangerskapet for å kunne hjelpe familien på best mulig måte. Utfordringen fremkom hvis informasjonsflyt mellom instanser ikke fungerte, og dersom mor ikke ønsket kontakt med barnevernet under graviditeten.

Flere informanter beskrev situasjoner der barnevernet ikke klarte å dokumentere verken omsorgssvikt eller eventuelt sidemisbruk i familien. Nesten alle hjelpetiltakssaker er tiltak basert på frivillighet, jf. barnevernloven § 4-4. Terskelen for å vurdere nye og mer inngripende tiltak er høy, og krever godt begrunnet og dokumentert årsak, jf. barnevernloven § 4-12. Informant A sa det slik: *Problemet var å komme innenfor dørene i familien.* I denne

saken rapporterte samarbeidsinstansene at foreldre fulgte opp alle avtaler med rusomsorgen og at barnet utviklet seg bra. Familien holdt samtidig barnevernet på avstand ved å unnlate å møte til avtaler og tillot ikke barnevernet å snakke med barnet. Informant E sa det slik: *Problemet er at foreldrene er enig med meg når jeg snakker med dem, og så gjør de noe helt annet når jeg ikke er der.* Frivillighet og samarbeidslinjen i hjelpetiltakssaker satte grenser for hvordan barnevernet vurderte saken. Samarbeidsinstansenes informasjon ble tillagt vekt i beslutningene, selv om informasjonen ikke var entydig og utfyllende. Dette ses også i annen forskning (Christiansen og Anderssen 2009, 37). Barnevernets mulighet til å kontrollere informasjonen var begrenset i hjelpetiltakssaker.

Flere barnevernsarbeidere uttrykte tvil rundt barnets omsorgssituasjon. Det var mistanke om sidemisbruk utover LAR-medisiner og vold i hjemmet. Samarbeidsinstansene unnlot å melde fra om uteblivelser av avtaler og manglende urinprøvetaking. Informant E sa det slik: *Instansene har vært mer ustabile enn foreldrene selv.* Mange informanter beskrev at foreldrene var motvillig til å ha kontakt med barnevernet og at samarbeidsinstanser tilbakemeldte positive ting om familien. Informant A beskrev en situasjon der det var stor bekymring for barnas omsorgssituasjon over mange år: *Barnevernet fulgte det som helsevesenet konkluderte med, nemlig at dette var et barn som utviklet seg i riktig retning.* Noen informanter beskrev et velfungerende samarbeid både med samarbeidsinstansene og foreldrene. Da ble situasjonen beskrevet som oversiktlig og tydelig. Informant C sa det slik: *Det er et stort apparat rundt mor og det funker (...) Man er ikke i krig på en måte.* Informasjon fra samarbeidsinstansene ble grunnlaget for beslutning også når den totale omsorgssituasjonen skulle vurderes. Informasjonen behøvde ikke være entydig eller konsistent. Åpenhet hos alle involverte i saken ble uttrykt som viktig for at oversikten i sakene skulle bli god nok. Kompleksiteten kunne utgjøre en risiko for at beslutningene ville bli tatt på mangelfullt grunnlag. Tilgjengelig informasjonen gav ikke alltid et fullgodt bilde av omsorgssituasjonen.

En kunne forvente å finne at tidspress var en viktig del av arbeidshverdagen for barnevernsarbeiderne, men det fremkom ikke eksplisitt i resultatene. Hos informant B fremkom det at tiden ikke strakk til når det var snakk om å ha kontakt med samarbeidsinstansene: *Det var ikke et vanskelig samarbeid, men det har vel vært at jeg ikke har snakket så ofte med samarbeidspartnerne så ofte en skulle ønske. Men sånn er det vel i alle saker for alle.* Tidspress og flere saker enn det som er forsvarlig er en kjent situasjon for

barnevernet og kjennetegner bakkebyråkratene (Lipsky 1980, 29). Handlingsrommet for beslutninger blir begrenset dersom man ikke har tid til å undersøke alle faktorer i en omsorgssituasjon.

Flere informanter beskrev sakene som et puslespill, som var preget av slutninger på flere områder. Der familien tok i mot hjelp, var barnevernsarbeideren mer optimistisk enn der familien viste ulike former for motstand. Informant C beskrev en mor slik: *Hun tar i mot hjelp, men det er ikke med den største takknemlighet for å si det sånn (...) Hun har vært vanskelig å hjelpe, vi vet ikke hvor dypt det stikker, så hun er litt den der snikeren.*

Informanten var ikke trygg på om mor var ærlig i sin fremtreden overfor barnevernet. Alle hjelpetiltakssakene varierte i bekymringsgrad over tid og det var mange risikofaktorer som skulle tas stilling til. Barnevernet kunne motta motstridende informasjon om foreldrenes rusmiddelmisbruk og atferd. Informant E sa det slik: *Mor sier at hun snøvler på grunn av metadonen.* Diffus informasjon kunne være at barna hadde ulike vansker uten at barnevernet kom i posisjon til å undersøke nærmere hva disse vanskene hadde sin årsak i. Informant B sa det slik: *Hvis det er tildekkende foreldre, kan det kanskje gå litt lenger tid enn det bør før man endelig ser det.* Slike momenter førte ofte til at saken forble hjelpetiltakssak over lang tid. Dette resultatet sees også i andre studier om beslutningsprosesser (Christiansen og Anderssen 2009, 33). Informant A sa det slik i en langvarig hjelpetiltakssak: *Barna lever i nuet og opplever at situasjonen er uholdbar, samtidig som man opplever at det ikke er nok til å fremme sak.* Foreldres opptreden og involvering av barnevernet i hjelpetiltakssaker hadde stor betydning for progresjon i sakene og beslutninger. Utfordringen var å dokumentere kunnskapen som skulle muliggjøre beslutninger og føre til endring i omsorgssituasjonen.

Flere barnevernsarbeidere beskrev saker slik Backe-Hansen (2001, 120) omtaler som ”trumfkort”, og da var hovedargumentasjonen for beslutning dokumentert sidemisbruk utover av LAR-medisiner. Alle informantene omtalte LAR-behandling som medisiner. Veien frem til at det ble dokumentert sidemisbruk kunne derimot være lang. Informant E sa det slik: *Er det sidemisbruk eller er det ikke sidemisbruk? (...) Fokuset blir ofte hvor mye rus er det?.* Dokumentert kunnskap om sidemisbruk utløste beslutning, men var vanskelig å stadfeste. Utfordringen var å forstå hvilke symptomer som var tegn på bruk av illegale rusmidler og hva som var LAR-medisiner.

I undersøkelsen var det tre hjelpetiltakssaker over flere år før det ble besluttet omsorgsovertakelse. I to av sakene var det fremmet sak til Fylkesnemnda på et tidligere tidspunkt, men barnevernet fikk ikke medhold. I den ene, var barnet frivillig plassert jfr. barnevernloven § 4-4, 6. ledd og samtykket ble opphevet. Informant B sa det slik: *”Vi vurderte § 4-8, tilbakeholdsparagrafen, men landet på at det ikke var grunnlag nok”*. Barnevernet fremmet da saken for Fylkesnemnda og i påvente av behandlingen beskrev barnevernsarbeideren et barn som fikk tiltagende atferdsvansker og gikk tilbake i utviklingen. I den andre beskrev informant A en langvarig hjelpetiltakssak, der bekymringen omhandlet både mistanke om sidemisbruk utover LAR-medisiner og andre forhold: *Nemnda mente at det ikke var ført tilstrekkelige bevis for at mor hadde sidemisbruk, og at observasjoner av henne kunne ha sammenheng med sykdom*. Det Bache-Hansen (2004, 22) betegner som samsvar mellom sak og lov, utgjorde en viktig del av beslutningsarbeidet. Det var derimot utfordrende å få tilstrekkelig dokumentasjon til å iverksette omsorgstiltak. Informasjon fra samarbeidsinstansene ble i større grad vektlagt i Fylkesnemnda enn barnevernets vurdering av barnets omsorg. Det var en utfordring for barnevernsarbeiderne å få kunnskap om den helhetlige omsorgssituasjonen.

Flere informanter fortalte at kunnskap om LAR-medisiner i svangerskap ikke hadde vært fokus på grunnutdanningene. Temaet hadde heller ikke vært aktuelt i de videreutdanningene mange av informantene hadde tatt. Et barnevernskontor hadde erfaring med flere LAR-saker. Informant C sa det slik: *Vi har mye kunnskap om dette og jeg ser på oss som et kontor som jobber godt i disse sakene*. De andre barnevernskontorene i undersøkelsen uttrykte at de ikke hadde spesiell kompetanse på LAR. Ingen av de fire barnevernskontorene hadde noen spesielle rutiner for arbeid med LAR familier. Informant B sa: *Vi må gå på hjemmebesøk og observere samspill på samme måte som ”omsorgsviktsaker”*. *Det er de samme tingene*. Flere informanter beskrev LAR-saker som rus-saker. Informant D sa det slik: *Når vi hatt rus-saker, slik som denne, så er vi veldig tett på familien*. Kunnskap om aktuelle problemstillinger som kan oppstå i familier er viktig for å foreta gode og legitime beslutninger (Backe-Hansen 2004, 11; Læret og Skivenes 2016, 37). Beslutningene skal være av god kvalitet og tiltak skal begrunnes saklig. Informantene i denne undersøkelsen hadde varierende kunnskap om LAR. Det fremkom også at det ikke var spesifikke arbeidsrutiner for arbeid med familier der mor hadde brukt LAR-medisiner i svangerskapet.

Som resultatene viser, angir beslutningsramme graden av involvering fra barnevernets side allerede fra mor er gravid. Begrensningen i barnevernets myndighet er en sårbarhet som kan få konsekvenser når barnet er født. Samarbeidsinstansenes informasjon har stor verdi både før og etter fødsel og barnevernet er avhengig av at informasjonen er tydelig og konsistent. Foreldres grad av samarbeid betydde mye for hvordan barnevernet beskrev saken og hadde innvirkning på hvor treffende tiltak som var mulig å beslutte. Kunnskap om den aktuelle gruppen var mangelfull ved de barnevernkontorene undersøkelsen omfattet. Ingen av barnevernkontorene hadde rutiner som omhandlet arbeid med LAR-saker. Dersom informasjonsflyt og åpenhet ikke var tilfredsstillende skapte dette utfordringer i beslutningsprosessene. Det ser også ut til å være utfordrende å treffe gode beslutninger uten tilstrekkelig kunnskap og rutiner om den aktuelle gruppen.

5.2 Faglig skjønn

Det faglige skjønn refererer til to forhold som skjer innenfor en kontekst og gitte rammer. For det første er det handlingsrommet som barnevernsarbeiderne benytter for å vurdere informasjon og som er styrt av strukturelle faktorer, som lovverk, retningslinjer og veiledere. For det andre er det et epistemisk rom, som fagkunnskap, erfaring og dialog med ulike personer (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 214,215; Bunkholdt og Kvaran 2015, 22).

Flere av barnevernsarbeiderne beskrev samarbeid med familiene som viktig faktor for å kunne vurdere omsorgsforholdene. I syv av de ni sakene var det alvorlig bekymring for sidemisbruk utover LAR-medisinene. Mange informanter uttrykte bekymring vedrørende omsorgssituasjon, men uten mulighet til å gripe inn med alvorligere tiltak fordi foreldrene motsatte seg hjelp. Informant A sa det slik: *Barnet fikk oppfølging i den grad barnevernet kom i posisjon*. Det var i tillegg bekymring for vold mellom foreldrene, sammen med sidemisbruk utover LAR-medisinene. Informant A fortalte at barnevernet kom for sent inn i hjemmet etter en voldshendelse, slik at situasjonen var normalisert. Saken vekslet mellom alvor og uvisshet uten at barnevernet kom i posisjon til å hjelpe: *Er det godt nok? Er det ikke godt nok? (...) og samtidig er det ikke nok til å fremme sak. (...) Vi får sånne paddehatter*. Informanten refererte til voldsspiralen og at barnevernet kom inn når familien var i reparasjonsfasen eller ”hvetebrødsdagene” og situasjonen da var rolig jf. Johannessen og Simonsen 2011, 111. Informant D sa det slik: *Det er vanskelig å vite hva som er sant og hva som ikke er sant*. Det faglige skjønn ble utfordret ved at grunnlaget for beslutning var

mangelfullt. Handlingsrommet for det faglige skjønnnet ble ikke klart definert fordi barnevernet ikke hadde konsistent informasjon om omsorgssituasjonen.

Flere informanter fortalte om bakgrunnen for å la sakene forbli på hjelpetiltaksnivå. Ressursfokuset var fremtredende, både hos foreldrene, men også den utvidede familien og nettverk. Samarbeid og relasjonen mellom barnevernsarbeideren og foreldrene ble uttalt som viktig. Informant E sa det slik: *Både mor og far har en familie som kan sies å være en beskyttelsesfaktor for barnet.* Dersom relasjonen ble definert som god, ble prosessen frem til avgjørelse om omsorgsovertakelse lang. Informant B fortalte om en hjelpetiltakssak som ble en omsorgssak etter 6 år og da hun fikk spørsmål om hvorfor det tok så lang tid, svarte hun: *Det var jo ressurser i denne pappaen.* Tillitsfull relasjon mellom foreldre og barnevernsarbeider, kan medføre at ressursfokuset overskygger risikofaktorer (Christiansen og Anderssen 2009, 36). Det faglige skjønnnet så ut til å bli utfordret i saker der det var bygget opp en tillitsrelasjon mellom barnevernsarbeideren og foreldre. Dette kan hindre en forskyvning i beslutningsterskelen, som utløser en ny beslutning (Bauman et al. 2011, 7).

Flere av barnevernsarbeiderne fortalte om kunnskap som ble kjent etter at barn fikk nye omsorgsrammer i fosterhjem. Informant A sa: *Det vesentlige ble sett når han kom trygge omsorgsbetingelser. Da så en virkelig hvor mye han slet, hvor store vansker han hadde.* Flere informanter begrunnet utsetting av beslutning om mer inngripende tiltak med manglende kunnskap om omsorgssituasjonen og at saker ble prøvd for Fylkesnemnda uten å få medhold. Begge momentene medførte at sakene forble hjelpetiltakssaker. Hjelpetiltaket som ble brukt i de fleste av sakene i denne undersøkelsen, var tilsyn, både meldte og uanmeldte. Informant D sa: *Når det var kontrolltiltak, skjerpet de seg.* Konsekvensen av at barnevernet prøver ut hjelpetiltak over lang tid før omsorgsplassering, står i motstrid til ny kunnskap om barns utvikling (Perry et al. 1995, 277; Ford og Courtiois 2009, 32,43; NOU 2012:5). Denne forskningen fordrer tidlig innsats fra barnevernet for å redusere risikoen for utviklingskade på barnet. Det var likevel flest saker i denne undersøkelsen der barnevernet ventet lenge med beslutning om mer inngripende tiltak. Utfordringene i det faglige skjønnnet ser ut til å være at informasjonen som forelå i saken kunne tolkes på ulike måter. Barnevernets fortolkning av omsorgssituasjonen kunne føre til manglende omsorgsvedtak i Fylkesnemnda.

Kunnskap om foreldrene er viktig for å kunne vurdere riktige tiltak (Christiansen, Iversen og Kojan 2016, 116). Ingen av informantene i undersøkelsen uttrykte kunnskap om mødrenes

oppvekstforhold. I alle sakene kjente informantene til at foreldrene hadde tidlig debut av rusmidler, seksuelle overgrep og psykisk sykdom i barne- og ungdomsårene, men oppveksten til foreldrene var ikke kartlagt. Ved utprøving av hjelpetiltak, var erfaringen i flere av sakene at det ikke førte til endring i omsorgssituasjonen. Informant B sa det slik: *Veilederne hadde ikke flere tema å veilede på.* Flere av informantene antok og trodde at mødrene ikke hadde hatt god oppvekst. I en sak var bakgrunn og oppvekst kjent for barnevernet og vektlagt som viktig refleksjonsgrunnlag for mor. Informasjonsflyt mellom barnevernet og samarbeidsinstansene fungerte, og samarbeidet med foreldre og nettverk ble beskrevet som godt. Informant C sa det slik: *Dette er en solskinnshistorie enn så lenge og hun har utrolige ressurser. Det er et stort støtteapparat rundt henne og hun er lett å heie på og utrolig lett å hjelpe.* Mange informanter vektla foreldrenes innsikt i sin egen situasjon som viktig refleksjonsgrunnlag. Dersom mor viste innsikt i sine vansker, rushistorie eller psykisk sykdom, uttrykte barnevernsarbeiderne at saken ble mer oversiktlig og håndterbar. Informant D sa det slik: *Mor er samarbeidsvillig, spør mye og ønsker hjelp.* Mangelfull kunnskap om foreldrene skapte utfordringer i det faglige skjønnet. Vurdering av innsikt hos foreldrene som beslutningsgrunnlag kunne være en strategi for å håndtere mangel på annen kunnskap om foreldrene.

Alle barna i undersøkelsen var født med NAS i sterk grad og behandlingstrengende på sykehus mellom 4 og 8 uker. Mange informanter viste til kunnskap om hva barn trenger når det er født og hadde en formening om at barn født med NAS hadde ekstra store omsorgsbehov (Skotland 2007, 27; Kvello 2012, 118). Informant A sa det slik: *Disse barna trenger omsorgspersoner som er sensitive, ellers mister de mye av sin utvikling.* Flere informanter fortalte at samarbeidsinstansenes synspunkt ble vektlagt i vurderingen av omsorgssituasjonen. Informant D sa: *Når helsevesenet tar vare på barnet og kan se at barnet utvikler seg bra, samtidig som foreldrene er positive i møte med dem, kan barnevernet for lett miste fokuset.* Barna som var over 4 år, hadde ADHD-lignende symptomer og de eldste barna, som var i alderen 10-13 år, hadde fått diagnosen. Flere av informantene fremsatte tvil om symptomene hadde sin årsak i at barna var utsatt for LAR-medisiner i svangerskapet, eller om det handlet om omsorgsbetingelsene barnet hadde hjemme. Informant B sa: *Er det rusen de er utsatt for eller er det dårlig omsorg?(...)Det er lettere å si om vanskene til barnet skyldes rus hvis barnet har vært plassert fra fødselen. Da har barnet fått den omsorgen det skal ha hele veien.* Flere informanter uttrykte rædløshet om vanskene barna kunne få når mor hadde brukt LAR-medisiner i svangerskapet. Informant C sa det slik: *Det er ikke noen tegn på han, men*

han er jo ikke gamle karen. Det faglige skjønnnet ble utfordret når barnevernsarbeiderne skulle vurdere vanskene til barnet og derved omsorgsbehovet fordi det var knyttet usikkerhet til årsaken.

Flere informanter beskrev LAR-bruk som et tilleggsmoment i en ellers svært kompleks sak. Mange informanter mente at rusomsorgens oppfølging av foreldrene hadde betydning for hvordan barnevernet vurderte saken. Informant A sa: *Når de går over på metadon så trekker kanskje alle pusten litt og tenker; ”Ja, nå er det i alle fall regulert...”*. Det ble uttrykt bekymring for sidemisbruk utover LAR-medisiner og dette skapte usikkerhet rundt omsorgssituasjonen. Informant E sa det slik: *Vi var aldri på bølgelengde i denne saken (...) Vi måtte ta dag for dag*. I flere saker var informasjonen fra samarbeidsinstansene uklar eller stod i motsetning til det barnevernet vurderte. Dersom foreldrene ikke ønsket hjelp og i tillegg gjorde seg utilgjengelig for barnevernet, ble det et komplekst saksbilde for barnevernet å navigere i. Informant D sa det slik: *Urinprøvene hun tar, er for tynne til å kunne analyseres og du må drikke en god del for at det skal skje (...) og det kan bety at hun ruser seg og prøver å skjule det*. Kompleksiteten i sakene vanskeliggjorde vurderingene om omsorgssituasjonen var tilfredsstillende eller ikke. Utfordringene i det faglige skjønnnet var å skille de ulike saksfaktorene fra hverandre og LAR ble en tilleggsfaktor. Samarbeidsinstansenes informasjon ble tillagt stor vekt, selv om den fremstod som mangelfull. En kan se lignende resultater fra annen forskning (Christiansen og Anderssen 2009, 37).

Flere informanter uttrykte at det var klare rutiner for arbeid med den aktuelle gruppen. Da informantene ble spurt om å konkretisere rutineene, fremstod de fleste uklar. Informant C sa: *Vi har ikke noe nedskrevet så vidt jeg vet, men vi har klare retningslinjer (...)* Jeg ser på *LAR-meldinger som rusmeldinger*. Mange informanter var opptatt av at denne gruppen skulle behandles som alle andre familier og trakk frem det individuelle perspektivet. Det fremkom ikke at barnevernet hadde spesielt fokus på LAR-familier. Informant E sa det slik: *”Dette er en klient, som alle andre klienter”*. Undersøkelse av et barns omsorgssituasjon og foreldres omsorgskompetanse kan være faglig komplisert og utfordrende, og stiller krav til grundighet og systematikk (Rød og Heggdalsvik 2016, 81). Rutiner og kunnskap om ulike problemstillinger som kan oppstå i barnevernssaker er viktig for å fatte gode beslutninger. Det faglige skjønnnet ble utfordret ved at det ikke var spesifikke rutiner og prosedyrer vedrørende den aktuelle gruppen.

Resultatene viser at det faglige skjønnets bestod av mange momenter som skulle veies og vurderes for å finne riktig tiltak til familien. NAS var gjenstand for ulike vurderinger og ble en tvetydig kilde til hva som var riktig fremgangsmåte i saken. Det faglige skjønnets ble utfordret ved at ulike saksfaktorer kunne skape et komplekst bilde, der LAR var en av mange vurderingspunkter når beslutningene skulle tas. Fravær av rutiner og manglende kunnskap om den aktuelle gruppen utfordret det faglige skjønnets. Samarbeidsinstansenes informasjon fikk avgjørende vekt i det faglige skjønnets.

5.3 Makten og avmakten

Makten og avmakten henviser til det spennet mellom muligheten til å ta i bruk makten om å beslutte mer inngripende tiltak som omsorgsovertakelse og den lange veien en må gå for å komme til en slik beslutning (Christiansen og Anderssen 2009, 33).

Flere av informantene beskrev klare tegn som var bekymringsfulle i møte med foreldre i LAR. Dette kunne være uteblivelse fra avtaler, manglende urinprøvetaking og at foreldre kunne formidle forskjellige historier til ulike samarbeidsinstanser. Mange barnevernsarbeidere opplevde at det kom bekymringsmeldinger fra privatpersoner og offentlige samarbeidsinstanser i de aktuelle sakene i undersøkelsen. Foreldrene hadde derimot forklaringer på sin atferd og gode begrunnelser for å ikke holde avtaler. Det ble uttrykt som utfordrende å tolke informasjonen, uten opplevelse av myndighet til å kontrollere nærmere uten samtykke fra foreldre. Mange informanter beskrev et motstridende bilde av situasjonen og mange usikkerhetsmomenter som kompliserte saken. Informant E sa så det slik: *Det er det som er det vanskelige. Har de tatt for mye medadon? Har de rust seg på noe annet? Det er vanskelig for oss og det er vanskelig for andre å vite om de er ruset eller ikke*.

Konsekvensen var ofte at saken ikke ble godt nok opplyst til å vurdere tiltak som førte til nødvendig endring i omsorgssituasjonen til barnet. Informant A sa det slik: *Det å holde mange fokus samtidig er vanskelig*. Maktposisjonen til barnevernet ble ikke fremtreden i situasjoner der informasjonen var inkonsistent og usikker. Det var derimot en opplevelse av maktesløshet at man ikke hadde myndighet til å beslutte andre tiltak på det informasjonsgrunnlaget som forelå.

I to av sakene i denne undersøkelsen ble det fremmet sak om omsorgsovertakelse til Fylkesnemnda der barnevernet ikke fikk medhold. I den ene saken ble sakkyndig utredning av mor utslaget for at anken til Tingretten ble trukket fra barnevernets side. Utredningen viste at

hjelpetiltak kunne avhjelpe situasjonen. Utfordringen var at tiltakene som ble iverksatt, ikke ble fulgt opp av foreldrene. Informant A sa det slik: *Det er kleint å sitte i barnevernet å si at ja, det er ansvarsgruppe vi får inn (...) Bekymringen ligger der og vi fortsetter som før, like diffust.* I den andre saken levde barnet først i en alvorlig omsorgssviktsituasjon i 1 år. Barnet ble da plassert i beredskapshjem i en periode før det flyttet til den andre forelder. Barnet ble utsatt for omsorgssvikt i ytterligere 5 år før det ble plassert i fosterhjem. Informant B sa: *Det føles ugreit at vi har latt dette barnet leve sånn.* Det ble uttrykt at tiden det tok å ”bygge sak” var lang og krevende i barnevernet. Informant D sa: *Det å komme i posisjon og ha nok informasjon til å fremme sak, var vanskelig.* Barnevernets makt til å gripe inn krever samsvar mellom sak og lov (Backe-Hansen 2004, 22; Lindboe 2012, 44). Avmakten viste seg ved manglende medhold fra Fylkesnemnda og den opplevelsen av uvisshet som kom til syne da sakene var diffus.

Flere informanter fortalte om kunnskapen som fremkom etter at barnevernet hadde overtatt omsorgen for barna. Barna hadde levd i omsorgssvikt over lang tid uten at barnevernet hadde grepet inn. Informant A sa det slik: *Et av de eldre barna sa ”så ikke barnevernet hvor ille det var? Vi fløt jo i sprøyter” Vi gjorde faktisk ikke det fordi vi ikke kom inn.* Det fremkom at foreldrene hadde hatt et utstrakt sidemisbruk utover LAR-medisiner. Informant B sa det slik: *Du føler at du bare trasker i gjørme for det er så lite du får tak i. Det er egentlig kjempetrist. (...) Jeg kjenner litt på at det jobbes fryktelig dårlig i disse sakene.* Barnevernet håndhever sitt mandat og griper inn når det er dokumentert tilstrekkelig at barna lever under skadelige forhold av ulike årsaker, jf. barnevernloven § 4-12. Barnevernsarbeiderne kan forsøke å predikere, men kan sjelden vite med sikkerhet konsekvensen av en beslutning (Hyrve 2005, 80). Kunnskap om at barnevernet hadde ventet for lenge med beslutning i saker var utfordrende for informantene.

Flere informanter beskrev utprøving av ulike hjelpetiltak over tid, som ikke førte til endring i omsorgsbetingelsene til barnet. Det var ulike veiledningsprogrammer som ble prøvd for å bedre foreldreferdighetene, samtidig som barnevernet hadde mistanke om sidemisbruk utover LAR-medisiner. Informant A sa: *Barn født i LAR, har klare helsemessige tiltak – de skal rett på barneklubben. Vi har ikke klare tiltak for barn som er født i LAR.* Mange informanter formidlet at det var generelle foreldreferdigheter de fokuserte på. Kompleksiteten medførte en tilleggsutfordring i å vurdere saksfaktorene på best mulig måte (Christiansen og Anderssen 2009, 33; Bauman et al. 2011, 6). Utprøving av ulike hjelpetiltak tok ofte lang tid. Informant

B sa det slik: *Hvor lenge skal vi holde på med dette? (...) og hva tåler dette barnet?*

Helhetsvurdering i saker med stor kompleksitet var krevende og det ble erfart at det faglige skjønnnet ikke hadde vært godt nok i mange saker. En fullstendig rasjonell beslutningsmodell innebærer en tydelig preferanseskala og fullstendig oversikt over konsekvensene ulike alternativer vil innebære (Hyrve 2005, 80; Kaufmann og Kaufmann 2015, 217). Å ha fullstendig oversikt over alle saksfaktorer er ikke mulig i det komplekse feltet som barnevernet er. Det var krevende for barnevernsarbeiderne å navigere i sakene, og mange av informantene uttrykte samvittighetskvaler og tap.

Mange informanter uttrykte bekymring når hjelpetiltakssakene så ut til å endre seg og bli mer diffus av ulike årsaker. Det var bekymring for barnets omsorgssituasjon som var fremtredende. Informant E sa: *Bare ett tilfelle der de "ryker utpå", så er barnet alene, det er jo det*. I flere av sakene var det ressurser rundt familien, men informantene hadde ikke tro på at nettverket ville melde fra til barnevernet dersom foreldrene ruste seg på illegale rusmidler. Informant D sa det slik: *Vi forholder oss til foreldrene og det er jo slik de fleste barn blir sviktet*. I en av ni saker ble det avholdt familieråd som tiltak for å iverksette ressurser i nettverket. Tiltaket hadde ikke vært vurdert i de andre sakene. En barnevernsarbeider mente at det måtte være et kontrollbehov for at familieråd kunne iverksettes, jf. barnevernloven § 4-12. Endring i saker medførte økt informasjonsbehov som ikke ble tilfredsstilt og dette førte til at bekymringsnivået økte. Samtidig ble det ikke iverksatt tilgjengelige tiltak for å skape et sikkerhetsnett rundt familien.

Mange av barnevernsarbeiderne uttrykte seg sterkt om politikken som føres på området og det ble uttrykt frustrasjon rundt det at barna ikke ble fulgt systematisk fra helsevesenet lenger enn til de er 6 år. Informant C sa det slik: *Jeg er opptatt av at vi skal følge disse barna, og hvem har ansvar for det? (...) Det er et svik fra norske myndigheter og jeg håper alle disse barna søker erstatning*". Informant D sa det slik: *Hvorfor blir ikke barna fulgt til de er voksne? En ser at det får negative konsekvenser for barnet selv om mor bare har brukt LAR-medisiner i svangerskapet*. Det at barnevernet skulle håndheve en politisk ordning som de selv ikke var enig, frembrakte en fortvilelse hos barnevernsarbeiderne.

Resultatene viser at barnevernsarbeiderne ikke opplevde sin makt, men heller en avmakt når ulike momenter ble vurdert. Manglende kontroll over saksfaktorene og tvetydig informasjon skapte utfordringer i beslutningsarbeidet som fremstod utmattende for barnevernsarbeiderne.

Kontinuerlig bekymring for om foreldrene ruste seg på illegale rusmidler var også vanskelig. Manglende medhold i saker som ble prøvd for Fylkesnemnda, samt informasjonen som fremkom etter at barnet ble plassert i fosterhjem kunne bringe frem en fortvilelse hos barnevernsarbeideren. Retningslinjenes begrensning i at barna i den aktuelle gruppen ikke blir fulgt opp lenger enn til skolealder, fremstod også belastende for barnevernsarbeiderne.

5.4 Den personlige faktoren

Den personlige faktoren refererer til barnevernsarbeidernes egne verdier, erfaring og fortolkning av eksterne faktorer, som politiske målsetninger og lovverk (Bauman et al. 2011, 7; Munro 2005, 384). Dette rommet for skjønn betegnes som demokratiets sorte hull (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 218).

Flere av barnevernsarbeiderne uttrykte uenighet i bestemmelsen om at gravide skulle få LAR-medisiner i svangerskapet. Men det ble også uttrykt forståelse fra flere informanter at LAR er en livsforlengende medisin og reduserer faren for overdosedødsfall, samt at forskning ikke støtter at foster tar varige skader av LAR-medisiner (Bakstad et al., 2009; Mohaupt og Duckert, 2010). Informant C sa det slik: *LAR er en faktor, sidemisbruk noe annet*. Likevel var mange informanter uenig i at gravide i LAR skulle få disse medisinene. Alle barna i undersøkelsen hadde NAS og dette var en tilstand som barnevernsarbeiderne hadde en mening om. Informant A sa det slik: *I rusmedisinen har en kanskje en annen definisjon av det å være rusfri enn det barnevernet ser i forhold til barn (.....) Du blir ikke et samfunnsdyktig menneske fordi du får LAR, og du får heller ikke et automatisk et bedre nettverk eller mer kunnskap om barn*. Flere av informantene mente at bestemmelsen om at gravide skal få LAR i svangerskapet, var gjennomført uten at det var tatt hensyn til at kvinnene hadde en lang historie med rus og andre vansker bak seg. Det var en personlig utfordring for barnevernsarbeiderne å navigere sin kunnskap om barn, eget lovverk og personlige oppfatninger i saker som omhandlet LAR.

Det var ulike verdier og holdninger hos informantene når det gjaldt den aktuelle gruppen. Informant B var opptatt av etiske spørsmål, både i forhold til mor og i forhold til barnet: *De trenger medisinen for å opprettholde stabiliteten. LAR blir jo definert som medisin, så da er det jo ikke et rusmiddel (....)Det er hvilken omsorg barnet faktisk får som er utslagsgivende og det er ikke gitt at rus påvirker den*. Informant C var opptatt av de rådene alle gravide generelt får: *Den norske svangerskapsomsorgen er streng. Vi blir frarådet alkohol, vi kan*

knapt ta en paracet og vi skal ikke røyke. Hvorfor i all verden skal vi drive på å ta metadon eller subutex? Det er noe med etikken her og hva vi utsetter fosteret for. Verdier hos den enkelte barnevernsarbeider kan påvirke vurderinger som skal gjøres i saker som preges av usikkerhet, og er vanskelig å kontrollere (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 218).

Informantene viste ambivalens til at gravide får LAR-medisiner. Det kan vanskeliggjøre beslutninger og utgjøre en sårbarhet for feilvurderinger (Læret og Skivenes 2016, 46)

Flere informanter beskrev endringen i terskelen for inngrep etter at politikken ble gjennomført i 2011. Mange informanter fortalte at før 2011 var det rutine på å bruke tvang dersom mor var gravid og brukte illegale rusmidler, jf. Helse- og omsorgstjenestelovens § 10-3. Etter 2011 fikk gravide rusmiddelmissbrukere tilbud om LAR ved graviditet. Informant C sa: *Jeg har jobbet her så lenge og har sett hvordan det var når de trappet ned ved tvang. Det var lettere for barnet da det ble født. Foreldrene hadde det kanskje vanskeligere, men det var bedre for barnet.* Beslutningsterskel for inngrep i barnevernet, kan sies å være bestemt på systemnivå i LAR-saker. En ekstern faktor er endret ved en politisk avgjørelse (Bauman et al. 2011, 5) Dette medfører at saksbehandlers personlige beslutningsterskel er forskjøvet, uten at forskyvningen er begrunnet ved at informasjonen er vurdert som tilstrekkelig (Bauman et al. 2011, 7). Informant A sa det slik: *Når alternativet er at mor går på gaten og ruser seg..nei.. det er pest eller kolera.* Det fremstod som viktig for barnevernsarbeiderne å vise til tidligere praksis for gravide i LAR. Det opplevdes at motstanden mot aktuell politikk ble rettferdiggjort ved å vise til tidligere erfaring.

Mange barnevernsarbeiderne hadde meninger om prevensjon til gravide i LAR. Noen mente at prevensjon var nødvendig og stilte seg uforstående til at det ikke var påkrevd. Informant C sa det slik: *Hvorfor kan det ikke bli delt ut gratis prevensjon? De kunne fått spiral samtidig som de ble en del av LAR, sånn at det kunne planlegges. De svangerskapene jeg kjenner til er ikke planlagt.* Andre informanter mente at alle kvinner hadde rett til å bli mor. Informant B sa det slik: *En kan kanskje ikke si at det er en menneskerett til å få barn, men det er i alle fall en menneskerett å få prøve hvis du har muligheten til det.* Det var vekslende personlige holdninger til om kvinner i LAR burde bli pålagt å bruke prevensjon. Dette kan medføre en risiko for at familier med samme problemstillinger får ulik behandling i barnevernet.

Resultatene viser at den personlige faktoren kom til uttrykk i vekslende holdninger til at gravide får LAR og sterke meninger om myndighetenes oppfølging av barna. Alle

barnevernsarbeiderne satt et skille mellom LAR og illegale rusmidler, selv om flere informanter var uenig i at gravide fikk LAR i svangerskapet. Hovedbildet fra undersøkelsen var at den personlige faktoren ikke var fremtreden når barnevernsarbeiderne skulle beslutte tiltak. Den helhetlige omsorgssituasjonen ble forsøkt avdekket. Det var sidemisbruk utover LAR-medisiner som ble vektlagt. Det fremkom ikke barnevernsarbeiderne hadde lavere terskel for mer inngripende tiltak som omsorgsovertakelse i denne gruppen. Det opplevdes derimot at man ventet lenge med en slik beslutning.

6 Drøfting

Resultatene peker i retning av at barnevernets arbeid i saker der mor har brukt LAR-medisiner i svangerskapet var kompliserte og arbeidskrevende. Bekymringsnivået hos barnevernsarbeiderne varierte i løpet av kontakten med familien i en sak, og det var høy usikkerhet vedrørende sidemisbruk utover LAR-medisiner. Samarbeidsinstanser som skulle involveres og informere barnevernet var viktige i beslutningsarbeidet i denne undersøkelsen. Ulikt syn på at gravide får LAR blant ulike fagprofesjoner så ut til å komplisere både samarbeidet, og verdien av informasjonen som fremkom. Manglende kunnskap og fravær av rutiner om den aktuelle gruppen medførte en risiko for at barnevernet kunne fatte feilaktige beslutninger. Det ser også ut til at beslutninger om mer inngripende tiltak i familien, tok lang tid. Det var en ambivalens til at gravide får LAR-medisiner. Selv om mange informanter hadde verdier og holdninger som stod i motstrid til retningslinjene om at gravide får LAR-medisiner i svangerskapet, ble det ikke avdekket at dette påvirket beslutningene.

I dette kapittelet vil jeg drøfte hvordan resultatene kan forstås i forhold til tidligere forskning, teori om bakkebyråkrati og en modell for beslutningsteori.

6.1 Betydningen av lovverk og andre rammefaktorer

Resultatene viser at barnevernet var avhengig av at graviditet i LAR ble meldt til barnevernet så tidlig som mulig i svangerskapet, men også at foreldre samtykker til kontakt i denne perioden, jf. barnevernloven § 6-4. Informantene beskrev konsekvenser av manglende informasjon og viktigheten av tidlig kunnskap om graviditet, for å gi best mulig hjelp etter fødsel, jf. barnevernloven §1-2. Lovens begrensning om at det ikke er mulig for barnevernet å undersøke jf. barnevernloven § 4-3 når mor er gravid, så ut til å utgjøre en sårbar faktor og var samtidig en viktig ramme for beslutningstaking. Selv om andre lovverk skal ivareta et foster, kan det stilles spørsmål ved om LAR-saker burde hatt samme lovverk før og etter fødsel. Det

kan på den andre siden være fordeler med å ha separate lovverk. Rusomsorgen og NAV kan ha bedre kunnskap om rus og LAR enn barnevernet, og kan bedre vurdere når det er behov for tiltak rundt den gravide. Det kan også tenkes at andre samarbeidsinstanser har bedre oversikt over hvilken hjelp som kan gis til de gravide i LAR.

Informantene beskrev situasjoner der informasjon fra samarbeidsinstansene ble vektlagt i beslutningene. Barnevernsarbeiderne opplevde ofte at beslutninger om hjelpetiltak ikke førte til endring i omsorgssituasjonen. Lovens prinsipper er styrende for grad av inngrep i barnevernet. Selv om barnets beste er overordnet, skal også andre prinsipper veies nøye (Ot.prp. nr. 44 1991-1992, 26). En forklaring på at hjelpetiltakene ikke førte til endring i denne undersøkelsen, kan være at barnevernsarbeiderne manglet kunnskap om barnets omsorgssituasjon. Derfor fikk samarbeidsinstansenes informasjon stor verdi, selv om den ikke var konsistent. En annen forklaring kan være at dokumentasjonskravet i henhold til lovverket ble utfordret når foreldre ikke ønsket samarbeid. Flere av sakene i undersøkelsen ble prøvd for Fylkesnemnda og kan bety at man vurderte dokumentasjonen som godt nok. En mulighet er også at samarbeidsinstansene holdt tilbake informasjon som kunne påvirke saken negativt (Backe-Hansen 2004, 20). Prinsippet om mildeste inngrep tilsier at hjelpetiltak bør prøves ut først og evalueres, jf. barnevernloven § 4-12. Utprøving av hjelpetiltak kan medføre at barnet lever i en omsorgssviktsituasjon lenge, noe som står i kontrast til lovens formål om å gi rett hjelp til rett tid (NOU 2000:12, 92). Resultatene i denne studien viste en slik realitet på lik linje med annen forskning (Backe-Hansen 2004, 20). Lange saksforløp gir mye informasjon og det kan synes som en utfordring i denne undersøkelsen å velge hva som var relevant i forhold til vurdering av nye beslutninger.

Kronisk mangel på ressurser og mange saker pr. barnevernsarbeider ble ikke direkte uttrykt i resultatene, men er en kjent problemstilling i barnevernet (Lipsky 1980, 29). Mange informanter fortalte at det ble utprøvd ulike former for veiledning til foreldre uten at det ble påvist endring i omsorgssituasjonen. Det kan derfor tenkes at tidspress medførte at barnevernsarbeiderne i undersøkelsen ikke kartla den totale omsorgssituasjonen godt nok til å iverksette riktig type tiltak (Christiansen, Iversen og Kojan 2016, 116-117; Rød og Heggdalsvik 2016, 82). Det kan også tenkes at kunnskapsmangelen om LAR hos informantene medførte uriktige hjelpetiltak i familiene. Rutiner er en viktig systemfaktor for å håndtere ulike problemstillinger (Moe og Gotvassli 2016, 200). Fravær av rutiner, sammen med manglende kompetanse om LAR, kunne medføre at den totale oversikten ble

utfordrende. Informantene beskrev LAR-saker, som enten rus-saker eller ordinære omsorgssviktsaker. Slik håndtering kan ses på som et forsøk på å skape en ”masseproduksjon” for å klare arbeidsmengden de er pålagt (Djupvik og Eikås 2010, 80). Håndtering på denne måten kan være et uttrykk for en motsetning mellom organisasjonenes mål og klientsentrerte mål (Lipsky 1980, 29). Barnevernlovens § 1-1 som impliserer individuell behandling, kan stå i motsetning til organisasjonens behov for å utføre arbeidet raskt med de ressursene som er tilgjengelig. På den andre siden kan kompleksiteten i det som skal vurderes, gjøre det utfordrende å utarbeide spesifikke rutiner eller maler som kan favne alle sider av en sak (Rød og Heggdalsvik 2016, 82).

Informantenes beskrev informasjon som fremkom fra samarbeidsinstansene som varierende i kvalitet. Barnevernsarbeiderne beskrev et komplekst bilde der LAR var en påvirkningsfaktor som var utfordrende å få tilstrekkelig kunnskap om. Informantene fortalte at det var mange ubesvarte spørsmål om foreldrenes fungering og barnas omsorgssituasjon i saksforløpet. Flere av sakene ble beskrevet som diffuse. Dette sammenfaller med annen forskning om beslutninger i barnevernet (Christiansen og Anderssen 2009, 33). Barnevernet realiserer politiske mål innenfor eksisterende lovverk (Djupvik og Eikås 2010, 74). I denne konteksten er LAR-medisiner til gravide en politisk bestemt avgjørelse, som baseres på at det er bedre at mor bruker LAR-medisiner i svangerskapet enn illegale rusmidler (Konijnenberg og Melinder 2012, 36-37; Konijnenberg, Lund og Melinder 2015, 1641). Retningslinjene er også i samsvar med WHO's anbefalinger. Et relevant spørsmål er hvordan barnevernsarbeiderne i denne undersøkelsen avdekket den totale omsorgssituasjonen i saker der LAR var en faktor. Bruker barnevernkontorene sjekklister og standardiserte kartleggingsverktøy, som skal bidra til å fange alle risiko- og beskyttelsesfaktorer i en familie (Sameroff og Rosenblum 2006, 118; Kvello 2015, 246)? Kan mangel på tid og ressurser også bety at at barnevernsarbeiderne må stole på samarbeidsinstansenes og foreldrenes opplysninger? Begrenset informasjon åpner for andre faktorer som kan påvirke beslutninger i barnevernet (Kojan, Marthinsen og Christiansen 2016, 69). I denne undersøkelsen fikk samarbeidsinstansenes informasjon til barnevernet stor verdi i beslutningsarbeidet.

Bakkebyråkratens arbeidshverdag preges av komplekse problemer som skal løses gjennom lovverk, retningslinjer og veiledere (Christiansen og Kojan 2016a, 30). Barnevernets inntreden i familier kan oppfattes som en kolonialisering av livsverden slik Habermas beskriver (Fjørtoft og Skorstad 1998, 90). Resultatene i denne undersøkelsen kan forstås på

mange måter innenfor dette området. Resultatene viste at både samarbeidsinstanser og foreldre kunne vise ulike former for motstand i kontakten med barnevernet. Slik reaksjon kan forstås som en reaksjon på at beslutninger i barnevernet ikke var tydelig for de impliserte. Det kunne være et gap mellom den allmenne oppfatning av omsorg og den faglige. Det kan tenkes at reaksjoner i form av unndragelse av kontakt, utydelige og tvetydig tilbakemelding fra samarbeidsinstansene, var et uttrykk for redsel og frykt. Det var barnevernsarbeiderens ansvar å formidle informasjon til familier og samarbeidsinstanser på en forståelig måte. Beslutninger kunne være vanskelig for foreldrene å akseptere, men også utfordrende for barnevernsarbeidere å formidle. Tvetydig og motsetningsfull informasjon kunne gjøre en kompleks sak ytterligere krevende. Resultatene tyder på at inkludering av det utvidede nettverket, medførte større åpenhet og bedre samarbeidsklima mellom barnevern og foreldre. Dette kan forstås som at det ikke var et gap mellom forståelsen til barnevernet og familiens.

Ett barnevernkontor i undersøkelsen hadde erfaring med familier der mor hadde brukt LAR-medisiner i svangerskapet, og anså seg godt opplyst om temaet. Barnevernsarbeidere som bakkebyråkrater skal fatte beslutninger som er legitime og med god kvalitet (Læret og Skivenes 2016, 34). Kollektiv erfaring på et barnevernkontor er medvirkende til hvordan beslutninger fattes og hvilke tiltak som kan være aktuelle (Moe og Gotvassli 2016, 200). I denne undersøkelsen kan det stilles spørsmål ved om kollektiv erfaring vedrørende en aktuell gruppe, fører til forskjellsbehandling av familier. Er man avhengig av hvor man bor i forhold til hvilken oppfølging man får av barnevernet? Den aktuelle gruppen er liten, og det skal mange tilfeller til for å opparbeide seg tilstrekkelig erfaring for å kunne håndtere problemstillinger knyttet til disse. Resultatene i undersøkelsen viser at risikoen for å fatte ulike beslutninger ut fra erfaring på et kontor er tilstede. Spørsmålet er om dette kunne vært avhjulpet med felles kompetanseløft og rutineutvikling til bruk ved alle barnevernkontor. Organisasjonsfaktorer som ressurser, rutiner og tilgangen på tiltak som kan tilbys er viktige systemfaktorer (Christiansen og Kojan 2016a, 29). Et annet spørsmål er om det er tilstrekkelig erfaringsutveksling mellom ulike barnevernkontor når det oppstår problemstillinger som er ukjente. Det ble ikke identifisert slik erfaringsutveksling i denne undersøkelsen.

Å beslutte riktige tiltak avhenger av at informasjonen barnevernet har, er nok til å vurdere og vekte ulike alternative beslutninger på den beste måten (Hyrve 2005, 80). I denne undersøkelsen var kunnskapen om den aktuelle gruppen utydelig. Saksfaktorene som fremkom ved gjennomgang av sakene i undersøkelsen var ofte flertydige, og informantene

beskrev ulike problemstillinger der LAR var en av mange vurderingspunkter. På den ene siden kan resultatene i undersøkelsen tyde på at LAR utgjorde en faktor der flere samarbeidsinstanser var pålagt å gi adekvat informasjon til barnevernet. Ulik fagkunnskap kan bidra til å gi et helhetlig bilde av omsorgssituasjonen (Christiansen og Kojan 2016a, 22). Men informasjonen kunne også gi motstridende veiledning til beslutninger. I denne undersøkelsen så det ut til at informasjonen ble vektlagt i beslutning om tiltak, selv om ikke informasjonen gav et totalbilde av omsorgssituasjonen. Hvorfor informasjonen fra eksterne samarbeidsinstanser hadde beslutningsverdi for barnevernet, kan på den andre siden ha sin årsak i at kunnskapen om den aktuelle gruppen var mangelfull hos barnevernsarbeiderne i undersøkelsen. Dette kunne føre til at barnevernsarbeiderne hadde stor tiltro til samarbeidsinstansene. Et aktuelt spørsmål er om barnevernet bruker metoder som identifiserer risiko- og beskyttelsesfaktorer på en oversiktlig måte, og som kan vise tydelig både hva som finnes av informasjon og hva som må innhentes. Eller kan det tenkes at barnevernskontorene ikke tok seg tid til å kartlegge alle sider ved omsorgssituasjonen, og støttet seg ensidig på andres vurderinger?

Endring i beslutningsterskel, som er en forskyvning for at en ny beslutning skal fattes, avhenger av tilstrekkelig informasjon (Bauman et al. 2011, 7). I denne undersøkelsen var sidemisbruk utover LAR-medisiner hovedårsaken til at beslutning om omsorgsovertakelse ble fattet. Da ble sidemisbruket ”trumfkortet” og hovedargumentet for beslutningen. Det var likevel flest av ”puslespillsakene” i undersøkelsen som var preget av stor usikkerhet og vedvarende bekymring for barnets omsorgssituasjon. Hovedbildet fra intervjuene var at beslutningsterskelen ble forskjøvet kontinuerlig og at det ble ”bygget sak” og at det ble arbeidet kontinuerlig med å samsvare sak med lov. Prosessen kunne foregå over mange år. Bakgrunnen for dette kan være mangesidig. Forskning fremhever også at barnevernet venter for lenge med å beslutte omsorgsovertakelse (Backe-Hansen 2004, 20; Christiansen og Anderssen 2009, 33). På den ene siden viser resultatene at ble det gjort forsøk på å fremme sak til Fylkesnemnda i flere saker. Hvorfor det ble manglende medhold i to av tre saker i denne undersøkelsen kan flere årsaker. Det kan ha sin årsak i at samarbeidsinstanser hadde en slags definisjonsmakt på hva som var barnets beste i LAR-saker ved at Fylkesnemnda vektla informasjon fra russpesialister tyngre enn barnevernets informasjon. På den andre siden kan samarbeidsinstansenes informasjon få avgjørende vekt når det er mange ubesvarte spørsmål og saken er diffus, noe som også støttes i forskning (Christiansen og Anderssen 2009, 37). Det kan stilles spørsmål ved om tidspress og mange alvorlige saker, medvirket til at

barnevernet ikke hadde ressurser til å foreta den helhetlige kartleggingen av familien som var nødvendig for å avdekke den totale omsorgssituasjonen. Et annet spørsmål som kan stilles, er om den manglende kunnskapen om den aktuelle gruppen som viste seg i resultatene, medførte en større tiltro til samarbeidsinstansene enn det som var hensiktsmessig.

Beslutningsrammen i LAR-sakene i denne undersøkelsen ser ut til å medføre at flere faggrupper var meningsberettiget i å vurdere barnets beste. Barnevernet har spesielt fokus på barnet, samtidig som helhetssynet på familien er forpliktende. Dette medførte en komplisert navigering i lovens prinsipper. Barnevernet var forpliktet til å finne det best egnede tiltaket for familien, men var avhengig av både ressurser i form av tid og kunnskap til å kartlegge familiene godt nok. Samarbeidsinstansenes informasjon ble utslagsgivende for beslutningstaking. Manglende kunnskap og erfaring med den aktuelle gruppen ser ut til å medføre at andre faggruppers syn på familien ble styrende for hvilke tiltak som ble iverksatt. Informasjonen kunne også føre til utsettelse av tiltak. Den totale omsorgssituasjonen ble diffus og uoversiktlig og det tok lang tid å finne egnede tiltak.

6.2 Utøvelse av handlingsrommet

Undersøkelsen viste at godt samarbeid mellom barnevern og foreldre, førte til endring i omsorgssituasjonen til barnet. De fleste sakene informantene beskrev, omhandlet derimot mangel på samarbeid, inkonsistent og tvetydig informasjon fra foreldre og samarbeidsinstanser. Barnevernsarbeiderne beskrev ofte at hjelpetiltak ble prøvd uten at det førte til endring i omsorgssituasjonen. I en barnevernssak er det ofte et mål at omsorgssituasjonen skal endre seg til det bedre for barnet ved bruk av hjelpetiltak. Dette kan sees i relasjon til det mildeste inngreps prinsipp, samt det biologiske prinsipp (NOU 2012:5, 52). Resultatene i undersøkelsen viste et mønster der hjelpetiltak synes å bli prøvd ”i blinde”. En mulig forklaring kan være at barnevernsarbeiderne i undersøkelsen ikke hadde tilstrekkelig kunnskap om foreldres oppvekst og omsorgserfaringer til å beslutte riktige tiltak. En annen mulig forklaring kan være utilstrekkelig kommunikasjon med samarbeidsinstanser, som medførte at barnevernsarbeiderne ikke hadde godt nok informasjonsgrunnlag til å iverksette adekvate tiltak. En tredje forklaring kan være at manglende samarbeid og åpenhet med foreldrene medførte utfordringer i det faglige skjønnet slik at beslutningene om tiltak ble feilslått. Foreldrene kunne forsøke å skjule, omdefinere eller mangle innsikt i omsorgsutøvelse av barnet (Schjelderup et al. 2005, 37). Eller kan det tenkes at informantenes kommunikasjon, ferdigheter eller tilnærminger til familien ikke var forståelig for familien?

Det siste momentet kan spores til begrepet ”kognitiv trøtthet” der mangelen på samarbeid skyldes gap mellom forståelse fra familiens side og det barnevernsarbeideren kommuniserer (Djupvik og Eikås 2010, 86). Informantene kunne forenkle og lagre stereotyper basert på lignende saker for å håndtere arbeidsmengde, og gi mulighet til å prioritere noen saker fremfor andre. I denne forenklingen blir ikke informasjonen som blir gitt til foreldrene gjenkjennbar for dem.

Barnevernet skal beslutte i et landskap som er bredt og variert, som dermed gjør sakene komplekse og utfordrende (Christiansen og Kojan 2016a, 20). I denne undersøkelsen utgjorde alvorlig bekymring over tid flere av informantenes hverdag. Saksfaktorer, organisatoriske faktorer og eksterne faktorer medvirket til beslutningene, men flere informanter beskrev situasjoner der de ulike faktorene ofte gav et motstridende bilde av den reelle situasjonen (Bauman et al., 2011). Mange informanter beskrev bekymring for sidemisbruk av illegale rusmidler, vansker hos barna og mangelfull informasjon fra samarbeidsinstansene. Hjelpetiltaksnivået kan begrense barnevernets mulighet til kontroll, jf. barnevernloven § 4-4. Samarbeidslinjen, som er svært viktig i endringsarbeid ble ofte en kilde til usikkerhet og økte bekymringen til barnevernsarbeiderne (Christiansen og Kojan 2016b, 100). På den ene siden kunne vurdering og vekting av informasjon bli komplisert og gi et fragmentert bilde av sakene som ble presentert. Beslutningene som skulle tas, ble utsatt og avvventet. På den andre siden kan det stilles spørsmål om barnevernskontorene som var omfattet av undersøkelsen, brukte anerkjente sjekklister kartleggingsverktøy til å identifisere alle sider ved omsorgssituasjonen. Eller kan det tenkes at forståelsen av informasjonen som fremkom fra samarbeidsinstansene ikke var god nok hos barnevernsarbeiderne, gitt at kunnskapen om den aktuelle gruppen var mangelfull?

Å inkludere familie og nettverk som deltakere i at omsorgssituasjonen til barn kan bli tilfredsstillende selv om foreldre har ulike utfordringer, er i tråd med å øke brukermedvirkning, også i barnevernet (Havnen 2016, 171). Resultatene viste at barnevernsarbeiderne fremstilte sakene positivt dersom familiene hadde ressurser i nettverket. Det var derimot ikke prøvd ut tiltak for å mobilisere nettverket til familiene, men ble fremstilt som en positiv tilførsel der det var åpen dialog. Mobilisering av nettverket som et eget tiltak i de sakene som varierte mye i forhold til bekymring, ble ikke omtalt av informantene i undersøkelsen. Slike tiltak viser økt tillit til at familiens egen evne til endring og ivaretagelse (Schjelderup og Omre 2005, 53). Det er en form for endring i en maktbalanse i familiens

favør og en slik forskyvning øker muligheten for enighet (Backe-Hansen 2004, 174). Familieråd er et anbefalt tiltak og det kan være ulike årsaker til at det i liten grad ble benyttet i de sakene som ble presentert i undersøkelsen. En mulig forklaring kan være at barnevernsarbeiderne ikke hadde kompetanse om metoden. Det kan også tenkes at kultur på den aktuelle arbeidsplassen tilsa at metoden ikke fikk oppmerksomhet. De økonomiske rammene kan også ha betydning, da familieråd ofte avholdes etter ordinær arbeidstid. Det kunne oppleves at arbeidsgiver ikke kompenserte de ansatte godt nok for å arbeide utover normert arbeidstid. Eller var det slik at ledelse på de ulike barnevernskontorene i undersøkelsen ikke hadde tilstrekkelig fokus, prioritering eller tro på metoden? I undersøkelsen var det avholdt familieråd i en sak. Barnet var i avlastningshjem hos familie og det var en klar sikkerhetsplan dersom mor skulle ruse seg på illegale rusmidler. Informanten var trygg på at barnet fikk god nok omsorg, så lenge barnevernet ikke fikk annen informasjon fra nettverket. Ressurstenkingen betrakter dialog og refleksjon som de viktigste redskapene, og metoder som arbeider systematisk med familiers sosiale nettverk er viktig å lære (Schjelderup et al. 2005, 37).

Barnevernets kunnskap om barn sier at den omsorgen barn får i starten av livet, er avgjørende for dets videre utvikling (Perry et al. 1995, 277; van der Kolk 2005, 402; Ford og Courtiois 2009, 32,43; NOU 2012:5; Nordanger og Braarud 2014, 51; Stien og Kendal 2014, 26; Kvello, 2015). Resultatene viser at det var vekslende holdninger til at gravide skal få LAR-medisiner i svangerskapet og spørsmålet er hvordan dette påvirket skjønnsutøvelsen. Vanskene barn har i oppveksten etter å ha blitt utsatt for LAR-medisiner i svangerskapet blir, fra medisinsk hold, forklart med andre miljøfaktorer enn selve medisineren i svangerskapet (Konijnenberg og Melinder 2011, 509; Konijnenberg og Melinder 2012, 38). Det har blitt påpekt at denne gruppen stigmatiseres, blir utsatt for moralsk fordømmelse og ikke får den oppfølgingen de har krav på. Alle informantene i undersøkelsen satte et skille mellom LAR og illegale rusmidler. Resultatene viser at LAR ble vektlagt som en risikofaktor, men ikke som selvstendig beslutningsgrunnlag for mer inngripende tiltak. En mulig forklaring kunne være at barnevernsarbeidere utførte sine oppgaver i tråd med retningslinjene slik de er pålagt å gjøre, selv om deres kunnskap om barn stod i motstrid til retningslinjene (Djupvik og Eikås 2010, 73-74). En annen mulig forklaring kunne være begrensninger i ressurser i form av tid og tilgjengelige tiltak (Lipsky 1980, 29). Sakenes kompleksitet kunne medføre at barnevernsarbeiderne ikke klarte å sortere hvilke momenter som hadde sin årsak i LAR eller i dårlig omsorg. Derfor ble sakene fulgt opp på en politisk korrekt måte. Eller var det slik at

utilstrekkelig informasjon fra samarbeidsinstansene, foreldrenes manglende åpenhet og usikkerhet vedrørende sidemisbruk kunne medføre at barnevernsarbeiderne resignerte i forhold til egen kunnskap? Eller kan det være at kunnskapsmangelen i barnevernet om den aktuelle gruppen, medførte at det var utfordrende å stå i mot andre faggruppers ekspertkunnskap?

Medisinsk forståelse av NAS legges til grunn for at gravide får LAR i svangerskapet (Bakstad et al., 2009; Mohaupt og Duckert, 2010). Selv om forskning har avdekket noen vansker hos noen barn, er det ikke entydige resultater (Konijnenberg 2012, 37). Resultatene i denne undersøkelsen viste at barna hadde ADHD-lignende symptomer og de eldste barna hadde fått diagnosen. Hovedbildet fra intervjuene var at det var utfordrende for barnevernsarbeiderne å avdekke årsaken til barnas vansker fordi slike symptomer kan indikere rus-skader, men også omsorgssvikt (Kvelling 2015, 331, 351). Hvordan ulike former for omsorgssvikt påvirker barn, avhenger av hvor sårbart barnet er ved fødselen (Borge 2010, 54). Barnevernfaglig kunnskap om utviklingspsykologi og hjernens utvikling, står i motstrid til medisinsk forståelse om at NAS er en kort periode, og at NAS ikke har store konsekvenser for utviklingen til barnet senere (Kvelling 2012, 118). Flere informanter beskrev utfordringer i det faglige skjønnet når barnas vansker skulle legges til grunn. Det kan stilles spørsmål om denne utfordringen forsinket prosessen i forhold til beslutningstaking om egnede tiltak, eller avdekking av den totale omsorgssituasjonen.

I det komplekse landskapet barnevernet skal navigere i, utgjør LAR- sakene intet unntak. Resultatene viste at mors LAR-bruk i svangerskapet, skapte flere tilleggsfaktorer enn det som kan være tilfelle i andre saker i barnevernet. Det er kjent kunnskap for barnevern og andre fagprofesjoner at kvinner som får LAR-behandling, har hatt en tung rushistorie bak seg, mangelfull barndom, psykiske lidelser og generelt dårlig helse (Øglend og Solbakken 2008, 5). Fra medisinsk hold blir det påpekt at denne kunnskapen må inkorporeres i forståelsen av barnas utvikling, samt tilrettelegge slik at mødrene får den hjelpen de har behov (Welle-Strand et al., 2016). På den ene siden kunne vekting av faktorene, som omsorg, barnets atferd, foreldrenes fungering på ulike plan, nettverk og samarbeidsinstanser bli uoversiktlig for barnevernsarbeiderne i denne undersøkelsen. På den andre siden kunne barnevernsarbeidernes manglende dialog med foreldre og omgivelser, medføre et ufullstendig dokumentasjonsgrunnlag for å kunne sette i verk gode tiltak. Eller kan det tenkes at fravær av dialog og fragmentert informasjon fra omgivelsene gav et motstridende bilde, og medførte en

utfordring å få ”puslet sammen” saken til et helhetlig bilde? Eller var det slik at barnevernet manglet gode verktøy til å arbeide systematisk med denne aktuelle gruppen?

Tydelige rutiner og god kunnskap om temaer det skal tas beslutninger om, er viktig for at legitimitet og tillit skal skapes i barnevernet (Backe-Hansen 2004, 11; Læret og Skivenes 2016, 36). I undersøkelsen var det ingen av barnevernskontorene som hadde spesifikke rutiner for arbeid med den aktuelle gruppen, slik man ser i vold- og overgrepssaker (Rød og Heggdalsvik 2016, 81). Det kan stilles spørsmål om familiene som denne undersøkelsen omfattet, fikk den oppfølgingen de hadde behov for og om det ble fattet legitime og forståelige beslutninger. Feilaktige beslutninger om denne gruppen stemmer med forskning og kritikk som er fremsatt av leger og forskere (Kaljord 2011, 54; Helsedirektoratet 2011, 128; Safri 2012). På den annen side kan det være at barnevernsarbeiderne hadde et helhetlig syn på familien og vektet alle momenter rundt familien i det faglige skjønnet, der LAR var en av mange momenter. Alle barnevernsarbeiderne omtaler LAR som en faktor og illegale rusmidler som noe annet, noe som taler for at denne gruppen får en objektiv og saklig behandling av barnevernet.

I det faglige skjønnet foregår et komplekst samspill mellom saksfaktorer, organisasjonsfaktorer og eksterne faktorer. Undersøkelsen viste at det var utfordrende å få dokumentert den totale omsorgssituasjonen. I vurdering av egnet hjelpetiltak, var det ikke bare tilgangen på tiltak som var en utfordring, men også det å ta i bruk tilgjengelige tiltak. LAR var en risikofaktor som kompliserte oversikten. NAS utgjorde mange ulike vurderinger og det ble vanskelig å stadfeste årsaken til barnas vansker. Det ble et spørsmål om ”hva er hva” og samarbeidsinstansenes informasjon ble tillagt stor verdi i det faglige skjønnet.

6.3 Mellom makt og avmakt

Resultatene viste at det var en lang og smertefull prosess for barnevernsarbeiderne å finne samsvar mellom sak og lov slik at det kunne fattes gode og legitime beslutninger. Flere informanter fortalte om barn som hadde levd lenge i omsorgssviktsituasjon før beslutning om mer inngripende tiltak ble tatt. Prosessen var preget av usikkerhet, avveininger og utprøving av ulike tiltak uten at det ble registrert endring i omsorgssituasjonen. Dokumentasjonsarbeidet tok lang tid og likevel erfarte noen informanter at barnevernet ikke fikk omsorgsvedtak i Fylkesnemnda. Det kan stilles spørsmål om grensene som settes ved hva som er alvorlig nok til å fremme sak til Fylkesnemnda. Når går saken fra å ha fokus på gode samarbeidsløsninger

med familien til å tenke mer inngripende tiltak? Og hvordan finne denne ”linjen i sanden” uten tilstrekkelig informasjonsgrunnlag, kunnskap og rutiner (Bauman et al. 2011, 5)?

Proessen for å finne grensen for inngripen frembrakte en maktesløshet hos informantene. Min egen erfaring i barnevernet tilsier også at det er ikke alltid ”god nok” omsorg som er gjeldende, men heller en vurdering om når det er ”dårlig nok” omsorg til å fremme sak til Fylkesnemnda.

Informantene uttrykte maktesløshet når de beskrev opplysningene som kom frem etter omsorgsplassering, som viste at barnevernet hadde ventet for lenge med beslutning. Det kan stilles spørsmål ved om kunnskap og ressurser er tilstrekkelig i saker der kompleksiteten er høy og flere fagområder er involvert (Lipsky 1980, 29). Risikoen er tilstede for at informantene i denne undersøkelsen ikke hadde kapasitet til å håndtere sakene som er i samsvar med normene for sosialt arbeid. Eller var det slik at generelle arbeidsrutiner ikke var tilstrekkelig til å favne saker med høy alvorsgrad og komplekse problemstillinger? Eller kan det være at de barnevernskontorene som denne undersøkelsen omfattet, ikke brukte sjekklister og anerkjente kartleggingsverktøy slik det anbefales?

Vanskene som barna viste, var utfordrende for barnevernsarbeiderne å vurdere. Usikkerheten om hva som var hva, ble vektet på ulike måter og det ble forsøkt veiledning, støttetiltak og kontrolltiltak for å avdekke hva vanskene var begrunnet i. Utprøvingen av hjelpetiltak i sakene som ble presentert tok lang tid, ofte flere år. Barnevernet er pålagt å konkretisere individuelt hvilket behov hver familie har og skal ”skreddersy” tiltak, jf. barnevernloven §1-1 ”rett hjelp til rett tid”. En mulig forklaring på at det var utfordrende for barnevernsarbeiderne i undersøkelsen å oppfylle dette kravet i loven, kunne være at informasjonen det skulle vurderes ut fra, var utydelig eller tvetydig. Kanskje ble det prøvd ut hjelpetiltak for å i hvert fall gjøre noe? Bekymringen fra informantene om at barna kunne leve i en omsorgssviktsituasjon eller stod i fare for å bli overlatt til seg selv, medførte kanskje at man vurderte at det å gjøre noe, var bedre enn å vente? Det kan stilles spørsmål om informasjonen som fremkom om barnas vansker etter omsorgsovertakelse, kunne utgjøre en tilleggsbelastning for barnevernsarbeiderne. Eller er det slik at barnevernsarbeidernes dobbeltrolle som hjelper og kontrollør, ikke er tilstrekkelig definert og tydeliggjort, samt at grenseoppgangen mellom en slik dobbeltrolle er uklar (Christiansen og Anderssen 2009, 34)? Kan det være at langvarige hjelpetiltakssaker, slik denne undersøkelsen tyder på, fører til ”kognitiv trøtthet”? Man kan miste evnen til å se saken fra flere sider eller nye sider. En mulig

løsning kunne være skifte av barnevernsarbeider i saken, eller være to barnevernsarbeidere i kompliserte, langvarige hjelpetiltakssaker. En annen mulig løsning kunne være at barnevernskontoret organiserte et fora der man kan ”løftet opp” alvorlige saker for gjennomdrøfting med leder, jurist og barnevernsarbeider. Man ser slike former for møter i meldingsfasen i barnevernssaker (Hyrve 2005, 87). Slike tiltak kan kanskje redusere risiko for at viktig informasjon blir oversett og ansvarsdelingen kan også redusere opplevelse av avmakt hos enkeltansatte i barnevernet. Forskning viser også at i komplekse barnevernssaker, som grenser opp mot omsorgsovertakelse, har jurister makten til å definere hva som er den rette beslutningen (Jørgensen 2015, 160).

Barnevernsarbeidere utøver gjeldende politikk på flere områder i forhold til omsorg for barn. Barnevernet har fått gode rutiner og kunnskap om vold og seksuelle overgrep, med godt samarbeid med politi og utviklingen av Statens Barnehus, som foretar tilrettelagte avhør av barn (Heltne og Steinsvåg 2011, 234). I denne undersøkelsen kunne ikke rutiner og organisert samarbeid med andre fagprofesjoner vedrørende den aktuelle gruppen identifiseres. Det ble også påpekt fra flere informanter i undersøkelsen at gravide i LAR har god oppfølging av helsevesenet med klare rettigheter, uten tilsvarende rettigheter etter at barnet er født. Det var til dels sterke beskrivelser av den etiske siden av en samfunnspolitikk som har vedtatt bruk av LAR-medisiner i svangerskapet, uten det mange informanter mente var tilstrekkelig forskning på området. Flere informantene uttrykte også fortvilelse over at barna ikke ble systematisk fulgt opp av helsevesenet etter skolealder. Samtidig hadde mange informanter gode refleksjoner rundt alternativet til LAR-medisiner i svangerskapet, som var illegale rusmidler. En mulig forklaring på denne frustrasjonen som kom frem fra informantene, kan ha sin årsak i at systemfaktorene til bakkebyråkratene oppleves utydelig (Djupvik og Eikås 2010, 73). Det kan stilles spørsmål med om informasjon og kunnskapsdeling mellom helsevesenet og barnevern kunne vært bedre, og at det burde bli utviklet et mer forpliktende samarbeid. Forskning viser også at i omfattende saker, bruker barnevernet ekspertuttalelser som grunnlag for å redusere kompleksiteten (Christiansen og Anderssen 2009, 37; Jørgensen 2015, 154).

For at barnevernsarbeiderne skal utøve sitt arbeid på den beste måten, er det behov for tydelige rammebetingelser som retningslinjer og rutiner for å ivareta de ulike problemstillingene de kan komme i kontakt med. I denne undersøkelsen var mangel på oversikt, ressurser og kunnskap faktorer som så ut til å frembringe avmakt hos barnevernsarbeiderne. Dokumentasjon til å beslutte tiltak, men også å fortolke informasjon

som fremkom, fremstod som utfordrende. Det å få kunnskap etter omsorgsplassering som viste at barn hadde levd i rus og omsorgssvikt over lang tid, samtidig som barnevernet hadde hatt hjelpetiltak i familien, frembrakte en avmaktsfølelse for barnevernsarbeidere.

6.4 Verdier, erfaringer og fortolkning

Undersøkelsen fra fire barnevernskontor hadde som mål finne hvilken praksis som ble utøvd vedrørende den aktuelle gruppen. Dette var vanskelig å finne, da sakene som inngikk i undersøkelsen inneholdt ulike problemstillinger selv om de hadde en fellesnevner ved at mor hadde brukt LAR-medisiner i svangerskapet. Derfor velger jeg å se på noen momenter som kunne ført til ulike beslutninger og praksis.

Verdier barnevernsarbeiderne har, påvirker hvordan man fortolker informasjonen som foreligger og kjennetegner bakkebyråkratens rom for skjønn som er vanskelig å kontrollere (Molander, Grimen og Eriksen 2012, 218). I denne undersøkelsen var det variasjon i hva barnevernsarbeiderne mente om at gravide fikk LAR-medisiner i svangerskapet. Flere barnevernsarbeidere behandlet LAR-saker som rus-saker, og kunne indikere en holdning som fremstår dømmende overfor denne gruppen mødre, slik kritikken fra leger og forskere påstår (Kaljord 2011, 54; Safri 2012, 1011; Lund, Brendryen og Ravndal 2014, 38). I undersøkelsen fremkom det ikke variasjon i beslutningene selv om barnevernsarbeiderne hadde ulike holdninger om temaet. En mulig forklaring på dette resultatet kunne være at barnevernsarbeiderne brukte sjekklister og kartleggingsverktøy som reduserte påvirkningen av personlige verdier, holdninger og erfaring slik Rød og Heggdalsvik (2016, 81) påpeker. En annen mulig forklaring kunne være at barnevernsarbeiderne var lojal mot gjeldende retningslinjer på dette området uten å inkludere personlige verdier. Eller var det slik at beslutningene ble kvalitetssikret av flere, slik at personlige verdier ikke ble avgjørende? Det kan stilles spørsmål ved om det var mulig å eliminere personlige faktorer slik resultatene tyder på. Eller var det slik at den helhetsvurderingen barnevernsarbeiderne gjorde av alle momenter i saken, overskygget informantens motstridende verdier, men også undergravde tilleggsmomentet LAR? Og kunne manglende kunnskap om den aktuelle gruppen medføre at denne risikofaktoren ikke ble tillagt nødvendig vekt?

Erfaring med ulike problemstillinger utgjør en styrke for den kollektive erfaringen ved et barnevernskontor, men er ikke noen garanti for at det arbeides godt med sakene (Christiansen, Iversen og Kojan 2016, 116). I denne undersøkelsen fortalte alle informantene at den aktuelle

gruppen ikke hadde vært tema, verken på grunn- eller videreutdanningene. Resultatene viste at ett barnevernskontor hadde hatt mange saker av denne typen og anså seg opplyst på temaet. Spørsmålet er om fraværet av rutiner og struktur for beslutninger om den aktuelle gruppen, slik resultatene tyder på, kunne gi større plass til personlige preferanser enn ved andre problemstillinger der det er klare rutiner og prosedyrer. Et annet spørsmål er om grenseoppgangen mellom hva som var god nok omsorg og når det var så mangelfullt at det var skadelig for barnet, var så preget av utydelighet og usikkerhet at det kunne føre til en slags beslutningsvegring.

Holdningene til at gravide får LAR-medisiner i svangerskapet var vekslende i denne undersøkelsen og spørsmålet er hvordan dette påvirket beslutningene som ble fattet. Det ble ikke identifisert forskjeller i fortolkning av informasjon i denne undersøkelsen med bakgrunn i holdninger og verdier. Det individuelle perspektivet ble forsøkt ivaretatt ved å se hver familie som en helhet og vurdere alle momenter hver for seg og sammen. Informantenes holdninger, slik de ble fremsatt, opplevdes ikke saklige og nyanserte. Men slik sakene ble presentert i undersøkelsen og vurderingene som ble tatt, fremstod saksbehandlingen som ryddig, objektiv og nyansert. Teori og forskning på området viser at den personlige preferanser og verdier har innvirkning på beslutninger som fattes i barnevernet (Munro 1999, 17,19; 2005, 384; Christiansen og Kojan 2016a, 31; Molander, Grimen og Eriksen 2012, 217; Bauman et al. 2011, 7). Det kan også stilles spørsmål ved om ressursfokuset i forhold til foreldre som barnevernsarbeiderne uttrykte, medførte at fokuset på barnet kom i bakgrunnen, slik annen forskning også viser (Christiansen og Anderssen 2009, 36). På den andre siden kan det være at gode sjekklister og undersøkelsesmetoder ble brukt for å kartlegge alle sider av en sak. Eller kan det tenkes at alle barnevernskontorene i undersøkelsen hadde en kvalitetssikring av alle vurderinger som ble gjort og på den måten ble personlige preferanser og holdninger mindre fremtreden enn en kunne anta?

Det kan stilles spørsmål rundt de personlige konsekvensene av at man skal forvalte en politisk bestemt ordning, som står i motstrid til sine egne personlige og etiske verdier slik mange informanter i undersøkelsen uttrykte. Det er høyt sykefravær i barnevernet, stor gjennomtrekk av ansatte og høy forekomst av utbrenthet (Killèn 2007, 29). Barnevernet arbeider med mennesker i krise, med mange ulike problemstillinger som skal håndteres og vurderes opp mot barnets totale omsorgssituasjon. Den psykiske påkjenningen som mange barnevernsarbeidere blir utsatt for i hverdagen, blir håndtert på ulike måter av hver og en.

Risiko for ”kognitiv trøtthet”, som kan forstyrre gode beslutninger er tilstede (Djupvik og Eikås 2010, 86). I denne konteksten er LAR kommet inn som et nytt moment i det komplekse bildet som utgjør mange barnevernssaker. Dette kan øke risikoen for at barnevernsarbeidere vil oppleve at sakskomplekset blir overveldende med bakgrunn i at undersøkelsen viste at holdningene er vekslende, men også at kunnskapen er manglende og rutiner er fraværende.

Det er ikke grunnlag i denne undersøkelsen for å påstå at personlige verdier og preferanser påvirker beslutninger i barnevernet når det gjelder LAR-saker. Jeg kan heller ikke påstå at erfarne barnevernkontor foretok bedre, velbegrunnede beslutninger i LAR-saker enn andre, mindre erfarne kontorer. Grunnlag for beslutninger var den helhetlige omsorgssituasjonen barnet hadde, ikke om mor brukte LAR-medisiner. Risikoen for at beslutninger blir ulik fra kontor til kontor er derimot tilstede. Belastningen med å arbeide med komplekse problemstillinger uten tilstrekkelig kunnskap og rutiner kan i tillegg utgjøre en fare for utbrenthet og turnover i barnevernet.

7 Avslutning

I dette kapittelet vil jeg kort oppsummere undersøkelsen og deretter presentere noen implikasjoner for praksis når det gjelder arbeid med den aktuelle gruppen. Til slutt vil jeg anbefale noen ideer til videre forskning.

7.1 Oppsummering

I denne undersøkelsen har temaet vært beslutninger i barnevernet der barn har blitt eksponert for LAR- medisiner i svangerskapet. Fire barnevernkontorer i Hordaland har bidratt med ni konkrete saker ved hjelp av fem informanter. For å bruke informasjonen som fremkom i intervjuene har jeg presisert, nyansert og drøftet ulike sider ved beslutninger ved hjelp av teori og forskning.

Hovedinntrykket i denne undersøkelsen var at manglende myndighet til å beslutte tiltak for ufødt barn, medførte at barnevernet var avhengig av god kommunikasjon med andre fagprofesjoner rundt den gravide i LAR. Andre fagprofesjoners informasjon som omhandlet foreldrenes fungering ble tillagt stor vekt i vurderingene som ble gjort i saken, selv om kvaliteten på informasjonen ikke var entydig. Ressurser i form av tid til å foreta grundige omsorgsvurderinger var en utfordring. I denne undersøkelsen hadde barnevernsarbeiderne

mangelfull kunnskap om den aktuelle gruppen. Undersøkelsen viste også at det ikke ble brukt spesielle, eller tilpassede arbeidsrutiner i arbeid med familier der LAR var en faktor.

Grad av åpenhet med samarbeidsinstanser og foreldre hadde betydning for hvordan barnevernet besluttet i denne undersøkelsen. Det faglige skjønnnet ble utfordret fordi kompleksiteten i nesten alle sakene gjorde det vanskelig å få frem tilstrekkelig dokumentasjon til å beslutte virksomme tiltak i familiene. Mors LAR-medisin og mistanke om sidemisbruk var risikofaktorer som ble vurdert i et helhetlig bilde av omsorgssituasjonen. NAS var også en faktor som skapte utfordringer i det faglige skjønnnet. I denne undersøkelsen var opplevelse av maktesløshet hos barnevernsarbeiderne var mer fremtreden enn myndighet til å beslutte tiltak.

Oppsummert kan en se ut fra denne undersøkelsen at LAR-sakene var kompliserte og en utfordring for barnevernet å håndtere. Systemfaktorene setter rammer for arbeidet og gir barnevernet både handlingsrom og begrensninger. Lovens begrensninger om at barnevernet ikke kan beslutte tiltak om et ufødt barn, kan utgjøre en sårbar faktor i LAR-sakene. Manglende kunnskap om den aktuelle gruppen og fraværende arbeidsrutiner kan utgjøre en risiko for at saksbehandlingen ikke blir tilstrekkelig for å fatte riktige beslutninger. Barnevernets vektlegging av LAR som en av mange momenter, kan bety at gruppen behandles slik andre saker håndteres. Utfordringene viste seg når ulike sider ved LAR, som sidemisbruk og NAS hos barna, skulle vurderes i det faglige skjønnnet uten tilstrekkelig kunnskap og rutiner. Avmakt var mer fremtredende enn makt i saker som omhandlet LAR. Det ble ikke indentifisert at motstridende verdier og holdninger hos barnevernsarbeiderne til den aktuelle gruppen, påvirket beslutningene som ble fattet.

7.2 Implikasjoner for praksis

Studien identifiserer noen problemområder som kan gi implikasjoner til praksis. Kunnskapsutvikling i barnevernet om bruk av LAR-medisin og konsekvenser på flere områder er nødvendig. Riktig kunnskap kan bidra til bedre, raskere og mer treffende beslutninger enn det som ble synlig i denne undersøkelsen. Kunnskapsutveksling mellom fagprofesjoner rundt mor og barnevern kan forbedre barnevernets grunnlag for beslutninger. Den aktuelle gruppen er liten og det kan derfor være en idé at barnevernskontorer utveksler erfaringer når det oppstår problemstillinger som er ukjente. Rutineutvikling er en annen implikasjon som bedrer beslutningsprosesser i barnevernet. I et byråkratisk oppbygd system med klare lovmessige og organisatoriske rammer, er rutiner en viktig del av

kvalitetssikringen. Behandling av LAR-saker som rus-saker kan medføre beslutninger som ikke er hensiktsmessige. Rutineutvikling mellom samarbeidsinstanser og barnevernet når en mor i LAR er gravid, vil sikre barnet bedre enn slik det fungerer i dag.

Tiltaket familieråd mobiliserer utvidet familie og nettverk øker brukermedvirkning og viser tillitt til familiers evne til endring og ivaretagelse. Familieråd kan være et godt valg i saker som omhandler LAR. Undersøkelsen viste at tiltaket var lite brukt.

Langvarige og utfordrende saker i barnevernet utgjør en fare for ”kognitiv trøtthet”.

Undersøkelsen viste at kompleksiteten i sakene var omfattende. Ved å ha flere saksbehandlere i samme sak, samt rutine der leder og jurist gjennomgår saken på ulike tidspunkt i prosessen, kan forebygge risikoen for feilslutninger.

I et barnevernsperspektiv kan det stilles spørsmål ved at forskningslitteratur som barnevernet støtter seg til, ikke omhandler barn som er utsatt for LAR-medisiner i svangerskapet.

Litteratur som jeg har lest, omtaler disse for barn av rusmiddelmissbrukere. Dersom det er ønskelig å utvikle gode redskaper og nødvendige holdninger til denne gruppen, vil det være avgjørende at litteraturen omtaler gruppen på en respektfull måte.

7.3 Videre forskning

LAR-medisiner til gravide er et følsomt tema hvor mange fagprofesjoner er meningsberettiget. Hittil har forskningen omhandlet medisinske fordeler og ulemper med denne ordningen. Selv om den aktuelle gruppen er liten, fortjener familiene det gjelder, en god og kunnskapsrik oppfølging på alle områder, også av barnevernet. De faggruppene som følger barnet i oppveksten kan medvirke til å kartlegge utfordringer barna har. De kan konkretisere hvilken hjelp som er nødvendig for at barna skal utvikle seg på best mulig måte. Derfor er det viktig å inkludere barnehage, skole, Pedagogisk Psykologisk Tjeneste, Barne- og Ungdomspsykiatrien og barnevern når kunnskapen skal utvikles vedrørende denne gruppen.

Denne undersøkelsen er begrenset både i omfang, men også i forhold til teori. Mer kunnskap om barna er nødvendig for å redusere risikoen for utviklingsskade, men også muligheten til å beslutte riktige tiltak. Et forslag er å undersøke barn av mødre i LAR fra et tilknytningsperspektiv og traumeperspektiv. Et annet forslag er å undersøke den aktuelle

gruppen i meldingsfasen og få identifisert på en bedre måte den dialogen som foregår med barnevernet og samarbeidsinstansene med mål om å utvikle samarbeidet videre.

Denne undersøkelsen viste ikke at personlige verdier og preferanser påvirket beslutninger i barnevernet når mor har brukt LAR- medisiner i svangerskapet. Annen forskning motsier dette. Det er mulig at ved annen spørsmålsstilling og teoribakgrunn ville jeg fått andre svar.

Denne undersøkelsen kunne ikke svare på om NAS gav varige utviklingskade på barnet eller om andre risikofaktorer medvirket til vanskene. Videre forskning på dette området, både fra barnevernets og medisinsk side, vil være viktig for barna i denne gruppen.

Litteraturliste

- Backe-Hansen, Elisabeth. 2001. «Rettsferdiggjøring av omsorgsovertakelse.» Beslutningsteoretisk analyse, NOVA.
- Backe-Hansen, Elisabeth. 2004. *God nok omsorg*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Bakstad, Bittelise. 2008. «Legemiddelassistert rehabilitering for gravide. En nasjonal prospektiv studie.» Masteroppgave, Universitetet i Oslo.
- Bakstad, Bittelise, Monica Sarfi, Gabrielle Welle-Strand og Edle Ravndal. 2009. «Opioid Maintenance Treatment during Pregnancy: Occurrence and Severity of Neonatal Abstinence Syndrome». *European Addict Research* 15 (3): 128-34.
doi:10.1159/000210042
- Bauman, Donald J, Len Dalglish, Jon Fluke og Homer Kern. 2011. «The decision-making ecology». *American Humane Association*
https://www.publicpolicy.com/upload/pdfs/Juvenile%20Justice%20documents/Race%20Equity%20Coalition/Decision_Making_Ecology.pdf (28.01.2017)
- Berrick, Jill, Jonathan Dickens, Tarja Pösö og Marit Skivenes. 2016.
«Time, Institutional Support and Quality of Decision Making in Child Protection: A Cross-Country Analysis». *Journal of Human Service Organizations: Management, Leadership & Governance* 40 (5): 451-468. doi:10.1080/23303131.2016.1159637
- Borge, Anne Inger Helmen. 2010. *Resiliens: risiko og sunn utvikling* (2. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkholdt, Vigdis og Inge Kvaran. 2015. *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Christiansen, Øivin. 2011. «Når barn plasseres uten for hjemmet: beslutninger, forløp og relasjoner». Avhandling for doktorgrad, Universitetet i Bergen.
- Christiansen, Øivin og Bente Heggem Kojan. 2016a «Å fatte beslutninger i barnevernet.» I *Beslutninger i barnevernet*, red. Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan, 19-33. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christiansen, Øivin og Bente Heggem Kojan. 2016b. «Beslutninger om hjelpetiltak i hjemmet.» I *Beslutninger i barnevernet*, red. Øyvinn Christiansen og Bente Heggem Kojan, 92-107. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christiansen, Øyvinn og Norman Anderssen. 2009. «From concerned to convinced: reaching decisions about out-of-home care in Norwegian Child welfare». *Child & Family social work* 15 (1): 31-40. doi:10.1111/j.1365-2206.2009.00635.x

- Christiansen, Øivin og Normann Anderssen. 2011. «Fra bekymring til overbevisning: Barnevernets beslutninger om å plassere barn utenfor hjemmet». *Tidsskriftet Norges Barnevern* 88, (4): 200-214. <http://www.idunn.no/tnb/2011/04/art03>
- Christiansen, Øivin, Oddmar Iversen og Bente Heggem Kojan. 2016. «Beslutninger om plassering utenfor hjemmet.» I *Beslutninger i barnevernet*, red. Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan, 108-121. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalen, Monica. 2011. *Intervju som forskningsmetode - en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, Olav. 2007. *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Djupvik, Alf Roger og Magne Eikås. 2010. *Organisert Velferd. Organisasjonskunnskap for helse-og sosialarbeidere* (2. utg). Oslo: Det Norske Samlaget
- Fjørtoft, Kjersti og Berit Skorstad. 1998. *Etikk i sosialt arbeid. Mellom samfunnsplikt og personlig ansvar*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- FNs konvensjon av 20. november 1989. *FNs konvensjon om barnets rettigheter* https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-05-21-30/KAPITTEL_bkn-1?q=Fns%20konvensjon%20om%20barnets%20rettigheter (09.07.2016).
- Folkehelseinstituttet "Fakta om metadon" Lest 10. Juli 2016 <https://www.fhi.no/historisk-arkiv/faktaark/fakta-om-metadon/>
- Ford, Julian D og Christine A. Courtiois. 2009. «Neurobiological and development research: Clinical implications». I *Treating complex traumatic stress disorders: An evidence-based guide*, red. Julian D. Ford og Christine A. Courtiois, 31-59. New York: The Guildford Press.
- Gadamer, Hans-Georg. 1999. «Forståelsens historitet som det hermeneutiske problem.» I *Hermeneutik - en antologi om forståelse*, red. Jesper Gulddal og Martin Møller. København: Dansk Gyldendal.
- Gilje, Nils og Harald Grimen. 1993. *Samfunnsvitenskapens forutsetninger: innføring i samfunnsvitenskapenes vitens*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Grung, Ruth. 2016. «Stortinget vil ha slutt på rus-svangerskap.» *Dagbladet*, 28.09.2016. (Lest 29. september 2016) <http://www.dagbladet.no/kultur/stortinget-vil-ha-slutt-pa-rus-svangerskap/63610429>

- Hans, Sydney Lynn. 2000. «Parenting and parent-child relationships in families affected by substance abuse». I *Children of addiction: Research, health, and public policy issues*, red. Hiram E. Fitzgerald, Barry M. Lester og Barry S. Zuckerman, 45-67. New York & London: RoutledgeFalmer.
- Haugli, Trude. 2004. «Til barnets beste. Familiebilder - familiemønstre i endring.» *Kirke og kultur* 108 (3): 345-360.
http://www.idunn.no/kok/2004/03/til_barnets_beste_familiebilder_familiemonstre_i_endring
- Havnen, Karen J. Skaale. 2016. «Familieråd som beslutningsmodell i barnevernet.» I *Beslutninger i barnevernet*, red. Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan, 162-177. Oslo: Universitetsforlaget.
- Helsedirektoratet. 2011. «Gravide i legemiddelassistert rehabilitering» Lest 11. juli 2016.
<https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/nasjonalt-retningslinje-for-gravide-i-legemiddelassistert-rehabilitering-lar-og-oppfolging-av-familiene-frem-til-barnet-nar-skolealder>
- Heltne, Unni og Per Øystein Steinsvåg. 2011. «Samarbeid – en forutsetning for god hjelp». I *Barn som lever med vold i familien*, red. Unni Heltne og Per Øystein Steinsvåg, 234-253. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hyrve, Geir. 2005. «Meldingsmøte.» I *Nye metoder i et moderne barnevern*, red. Liv Schjelderup, Cecilie Omre og Edgar Marthinsen, 74-89. Bergen: Fagbokforlaget.
- Jørgensen, Tone. 2015. «Til barnets beste - ein studie av avgjerdsprosessar og problemløysing i det kommunale barnevernet». Doktorgrad, Bodø: Nord Universitet.
- Johannessen, Asbjørn, Per Arne Tufte, og Line Kristoffersen. 2010. *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode*, (4. utg). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johannesen, Kaja Næss og Hanne Netland Simonsen. 2011. «Forståelse av og hjelpebehov for voldsutsatte mødre i nære relasjoner.» I *Barn som lever med vold i familien. Grunnlag for beskyttelse og hjelp*, 107-119. red. Unni Heltne og Per Øystein Steinsvåg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Kaljord, Carina. 2011. «Jobber for rusfri start». *Spor* 14 (2): 51-52.
http://www.korusnord.no/Global/Publikasjoner/Spor/Spor_211_LoRes2.pdf
- Kaufmann, Astrid og Geir Kaufmann. 2015. *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Killèn, Kari. 2007. *Profesjonell utvikling og faglig veiledning: et fellesfaglig perspektiv*, (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Klingenberg, Claus. 2009. «NAS-Neonatal abstinenssyndrom» *helsebiblioteket.no* Lest 11. juli 2016. <http://www.helsebiblioteket.no/retningslinjer/metodebok-for-nyfodtmedisin/9-nevrologi/9.12-nas>
- Kojan, Bente Heggem, Edgar Marthinsen og Øivin Christiansen. 2016. «Beslutninger i meldingsarbeidet.» I *Beslutninger i barnevernet*, red. Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan, 62-75. Oslo: Universitetsforlaget.
- Koleib, Hanan. 2011. «Gravide rusmiddelavhengige. En vurdering av kunnskapsstatus og behandlingstilbud.» *Helse-Stavanger, KORFOR*. Lest 17. juli 2016. <https://helse-stavanger.no/seksjon/korfor/documents/rapporter/publrapport%20gravide%20rusmiddelavhengige%20en%20vurdering%20av%20kunnskapsstatus%20og%20behandlingstilbud.pdf>
- Konijnenberg, Carolien og Annika Melinder. 2011. «Prenatal exposure to methadone and buprenorphine: A review of the potential effects on cognitive development». *Child Neuropsychology: A Journal on Normal and Abnormal Development in Childhood and Adolescence* 17 (5): 495-519. doi:10.1080/09297049.2011.553591.
- Konijnenberg, Carolien. 2012. «A prospective study of the cognitive development of children prenatally exposed to opioid maintenance treatment (OMT)» Doktorgradsavhandling ved Psykologisk institutt. Oslo: Universitetet i Oslo.
- Konijnenberg, Carolien og Annika Melinder. 2012. «Kunnskapsstatus LAR-barn.» *Rus & Samfunn* 6 (3): 36-39. https://www.idunn.no/rusos/2012/03/kunnskapsstatus_lar-barn
- Konijnenberg, Carolien, Ingunn O. Lund og Annika Melinder. 2015. «Behavioural outcomes of four-year-old children prenatally exposed to methadone or buprenorphine: a test of three risk models». *Early Child Development and Care* 185 (10): 1641-1657. doi:10.1080/03004430.2015.1016506
- Krogh, Thomas. 1996. *Historie, forståelse og fortolkning*. Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Kvale, Steinar og Svend Brinkmann. 2015. *Det kvalitative forskningsintervju*, (3. utg). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Øyvind. 2012. «Tidlig barneverninsats med utgangspunkt i tilknytningsforskning.» *Tidsskriftet Norges barnevern* 89 (3): 116.134. https://www.idunn.no/tnb/2012/03/tidlig_barneverninsats_med_utgangspunkt_i_tilkn_ytningsfors
- Kvello, Øyvind. 2015. *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*, (2.utg). Oslo: Gyldendal akademisk.

- LAR-forskriften. *Forskrift om legemiddelassistert rehabilitering (LAR-forskriften)*. Fastsatt ved kgl. res. 18. desember 2009. <https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1641>
- Læret, Oda Krogh, og Marit Skivenes. 2016. «Kvalitet og legitimitet i barnevernets beslutninger.» I *Beslutninger i barnevernet*, red. Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan, 34-47 Oslo: Universitetsforlaget.
- Lindboe, Knut. 2012. *Barnevernrett*, (6.utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Lipsky, Michael. 1980 *Street-Level Bureaucracy. Dilemmas of the individual in public services*. New York: Russell Sage Foundation.
- Lov av 10. februar 1967 *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker* (forvaltningsloven).
- Lov av 8. april 1981 nr. 7 *Lov om barn og foreldre* (banelova).
- Lov av 4. februar 1992 nr. 132 *Lov om legemidler m.v* (legemiddeloven).
- Lov av 17. juli 1992 nr. 100 *Lov om barneverntjenester* (barnevernloven).
- Lov av 21. mai 1999 nr. 30 *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (menneskerettsloven).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 61 *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m* (Spesialehelsetjenesteloven).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 63 *Lov om pasient- og brukerrettigheter* (Pasient- og brukerrettighetsloven).
- Lov av 2. juli 1999 nr. 64 *Lov om helsepersonell m.v.* (helsepersonelloven).
- Lov av 17. juni 2005 nr. 90 *Lov om mekling og rettergang i sivile tvister* (tvisteloven).
- Lov av 19. mai 2006 nr. 16 *Lov om rett til innsyn i dokument i offentlig verksemd* (offentleglova).
- Lov av 18. desember 2009 nr. 131 *Lov om sosiale tjenester i arbeids- og velferdsforvaltningen* (Sosialtjenesteloven)
- Lov av 24. juni 2011 nr. 30 *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester* (helse- og omsorgstjenesteloven).
- Lund, Ingunn O, Håvar Brendryen, og Edle Ravndal. 2014. «A Longitudinal Study on Substance Use and Related Problems in Women in Opioid Maintenance Treatment from Pregnancy to Four Years after Giving Birth». *Substance abuse: research and treatment* 14 (8): 35-40. doi:10.4137/SART.S15055.
- Lund, Ingunn O og Marte Handal. 2016. «Den beste behandlingen vi har». *Bergens tidende*, 29.02.2016. (Lest 29. februar 2016) <http://www.bt.no/btmeneringer/kronikk/Den-beste-behandlingen-vi-har-308154b.html>

- Malterud, Kirsti. 2017. *Kvalitative forskningsmetoder for medisin og helsefag*, (4. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- McCarthy, John J, Martin Leamon, Michael Parr og Barbara Anania. 2005. «High-dose methadone maintenance in pregnancy: Maternal and neonatal outcomes». *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 193 (3): 606-610.
doi:10.1016/j.ajog.2005.03.072
- Moe, Torill og Kjell-Åge Gotvassli. 2016. «Ledelse og beslutningspraksis.» I *Beslutninger i barnevernet*, red. Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan, 195-213. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mohaupt, Henning og Fanny Duckert. 2010. «Barn av rusmisbrukere - drøfting av sentrale risikofaktorer». *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 47 (5): 408-414.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=111647&a=3#abstract
- Molander, Anders, Harald Grimen og Erik Odvar Eriksen. 2012. «Professional Discretion and Accountability in the Protective State». *Journal of Applied Philosophy* 29 (3): 214-230. doi:10.1111/j.1468-5930.2012.00564.x
- Munro, Eileen. 1999. «Common errors of reasoning in child protection work». *Child Abuse and Neglect* 23 (8): 745-758. <http://eprints.lse.ac.uk/358/>
- Munro, Eileen. 2002. *Effective Child Protection*. London, California, New Delhi og Singapore: SAGE publications.
- Munro, Eileen. 2005. «Improving practice: Child protection as a systems problem.» *Children and Youth Services Review* 27 (4): 375-391. <http://eprints.lse.ac.uk/359/>
- Nordanger, Dag Øystein og Hanne C. Braarud. 2014. «Regulering som nøkkelbegrep og toleransevinduet som modell for ny traumepsykologi». *Tidsskrift for norsk psykologforening* 51 (7): 530-536.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=424651&a=3
- Norsk legemiddelhåndbok "Buprenorfin"* Lest 31. juli.16
<http://legemiddelhandboka.no/Generelle/79182>
- NOU 1985:18. *Lov om sosiale tjenester mv*. Oslo: Sosialdepartementet
- NOU 2000:12. *Barnevernet i Norge – Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling – Ekspertutvalgets utredning om det biologiske prinsipp i barnevernet*. Oslo: Barne- og likestillings og inkluderingsdepartementet.

- NOU 2016:16. *Ny barnevernslov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- Ofstad Kari og Randi Skar. 2015. *Barnevernloven (med kommentarer)*. Oslo: Gyldendal juridisk.
- Oldeide, Adelheidur. 2016. «Får ikkje forske på rusbarn». *Bergens tidende*, 17.01.2016. (Lest 17.januar 2016). <http://www.bt.no/nyheter/lokalt/Far-ikkje-forske-pa-rusbarn-3522716.html>
- Opheim, Berit. 2013. «Barnevernet og faglig skjønn». *Adressa*, 23.05.2013. (Lest 27. januar 2017). <http://www.adressa.no/meninger/article7602143.ece>
- Ot.prp.nr.44 (1991-1992). *Om lov om barneverntjenester (barnevernloven)*. Barne- og familiedepartementet.
- Perry, Bruce D, Ronnie A. Pollard, Toi L. Blakley, William L. Baker og Domenico Vigilante. 1995. «Childhood Trauma, the Neurobiology of Adaption, and "Use-dependent" Development of the Brain: How "States" Becomes "Traits"». *Infant Mental Health Journal* 16 (4): 271-291. doi:10.1002/1097-0355(199524)16:4<271::AID-IMHJ2280160404>3.0.CO;2-B
- Prop. 106 L (2012-2013). *Endringer i barnevernloven (forslag til lovvedtak)*. Barne- og likestillingsdepartementet.
- Rød, Per Arne og Inger Kristin Heggdalsvik. 2016. «Beslutninger i undersøkelsesarbeidet.» I *Beslutninger i barnevernet*, red. Øivin Christiansen og Bente Heggem Kojan, 76-91. Oslo: Universitetsforlaget.
- Safri, Monica. 2012. «Oppvekstmiljøet er viktigst». *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 49 (10): 1010-1012. http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=277231&a=3
- Sameroff, Arnold J og Katherine L. Rosenblum. 2006. «Psychosocial Constraints on the Development of Resilience». *Annals of the New York Academy of Sciences* 1094 (1): 116-124. Doi:10.1196/annals.1376.010
- Sandtorv, L, H. Reigstad, S. Bruarøy, I. Elgen og LM. Læg Reid. 2009. «Har legemiddelassistert rehabilitering konsekvenser for barna?» *Tidsskriftet den Norske legeforening* 129 (4): 287-290. doi:10.4045/tidsskr.09.33335
- Schjelderup, Liv, Cecilie Omre, Edgar Marthinsen, Sveinung Horverak og Geir Hyrve. 2005. «Mot et nytt barnevern.» I *Nye metoder i et moderne barnevern*, red. Liv Schjelderup, Cecilie Omre og Edgar Marthinsen, 9-45. Bergen: Fagbokforlaget.

- Schjelderup, Liv og Cecilie Omre. 2005. «Familieråd - en ny modell for beslutninger i barnevernet.» I *Nye metoder i et moderne barnevern*, red. Liv Schjelderup, Cecilie Omre og Edgar Marthinsen, 52-71. Bergen: Fagbokforlaget.
- Skau, Greta M. 1996. *Mellom makt og hjelp. Om det flertydige forholdet mellom klient og hjelper*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Skotland, Sidsel. 2007. «RUSBARN: Hvor mange er de?» *Rus & Samfunn* 1 (1): 26-29.
https://www.idunn.no/rusos/2007/01/rusbarn_hvor_mange_er_de
- Stien, Phyllis og Joshua C. Kendall. 2014. *Psychological Trauma and the Developing Brain : Neurologically Based Interventions for Troubled Children*. London: Routledge.
- Thagaard, Tove. 2013. *Systematikk og innlevelse. Innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, Magdalena. 2006. *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- van der Kolk. 2005. «Development trauma disorder.» *Psychiatric Annals* 35 (3): 401-408.
http://www.traumacenter.org/products/Developmental_Trauma_Disorder.pdf
- Velez, Martha L, Lauren M. Jansson, Jennifer Schroeder og Erica Williams. 2009. «Prenatal methadone exposure and neonatal neurobehavioral functioning.» *Pediatric Research* 66 (6): 704-709. doi:10.1203/PDR.0b013e3181bc035d.
- Vindegg, Jorunn. 2010. «Når det beste er utenfor rekkevidde.» *Tidsskriftet Norges barnevern* 87 (4): 210-211. <https://www.idunn.no/tnb/2010/04/art08>
- Vindegg, Guri. 2012. «Metadon til gravide: Veiledning eller villedning?» *Tidsskrift for Norsk psykologforening* 49 (9): 896-897.
http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=273759&a=3
- Welle-Strand, Gabrielle K, Svetlana Skurtveit, Lars Tandum, Helge Waal, Bittelise Bakstad, Lisa Bjarkø og Edle Ravndal. 2015. «Tapering from Methadone og Buprenorphine during Pregnancy: Maternal and Neonatal Outcomes in Norway 1996-2009».
European Addiction Research 21 (5): 253-261. doi:
<https://doi.org/10.1159/000381670>
- Welle-Strand, Gabrielle, Monica Sarfi, Thomas Clausen og Jørgen G. Bramness. 2016. «Dette vet vi om LAR-barna». *Bergens Tidende*, 02.02.2016. (Lest 2. februar 2016).
<http://www.bt.no/btmeninger/kronikk/Dette-vet-vi-om-LAR-barna-309362b.html>
- Øglænd, Ingvild og Mari Solbakken. 2008. «Barn av kvinner som bruker metadon eller buprenorfin i svangerskapet: En studie av preverbal kommunikasjon og omsorgsrelatert stress.» Masteroppgave, Universitetet i Oslo.

Vedlegg 1. Forespørsel om deltakelse

Indre-Arna, 4.juli 2016

Forespørsel om deltakelse i masterprosjekt

Jeg er for tiden student ved masterstudiet i barnevern ved Høgskolen i Oslo og Akershus. I den forbindelse arbeider jeg med avsluttende masteroppgave hvor temaet er barnevernstjenestens arbeid med LAR-barn. Jeg undersøker hva saksbehandlere i barneverntjenesten vektlegger når det skal tas beslutninger i saker der barna har vært eksponert for metadon eller buprenorfin i svangerskapet.

LAR-medisiner til gravide er et viktig sosialpolitisk tema og det er debatt rundt politikken som føres i ulike fagmiljøer. Fra medisinsk hold er samarbeidssamarbeidsinstanser, bl.a. barnevernet, kritisert for manglende kunnskap om temaet og at beslutninger tas på feil grunnlag. I denne studien ønsker jeg å få kunnskap om hvordan barneverntjenesten arbeider med disse sakene. Jeg arbeider selv i Arna barneverntjeneste og er engasjert i temaet. Forhåpentligvis vil undersøkelsen kunne bidra til økt kunnskap på et område, som til nå, har vært lite forsket på.

Jeg ønsker å intervju saksbehandlere, som gjennom sitt arbeid har erfaring fra å arbeidet med denne gruppen. Det er ønskelig å intervju to saksbehandlere og at saker gjennomgås i intervjuene. På denne måten kan det fremkomme kunnskap om hva som faktisk gjøres og en vil også forhåpentligvis få frem individuelle forskjeller i sakene. Ved å intervju flere barnverntjenester kan det også fremkomme ulik praksis.

Intervjuene vil ta ca. 1 time.

Intervjuene skal etter planen gjennomføres i september/oktober 2016. Intervjuene vil bli tatt opp på bånd for deretter bli transkribert og analysert. Opplysningene vil bli behandlet konfidensielt og bli anonymisert. Lydopptak vil bli slettet når oppgaven er ferdig.

Prosjektet skal meldes til Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS (NSD). Undersøkelsen gjøres i samarbeid med veileder, førsteamanuensis Per Arne Rød ved Høgskolen i Bergen.

Jeg ser fram til et godt samarbeid og håper å høre fra dere så snart som mulig.

Vennlig hilsen

Heidi Hennes

Sosionom og mastergradsstudent

Mail: heidi.hennes@bergen.kommune.no eller heidi@webutvikler.net

Tlf. 95770071

Vedlegg 2. Samtykke til deltakelse

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet "Barnevernets arbeid med LAR-barn"

Bakgrunn og formål

Jeg er masterstudent ved Høgskolen i Oslo og Akershus og skal gjennomføre en studie som grunnlag for min masteroppgave i barnevern. Jeg ønsker å undersøke barnevernsarbeideres arbeid med familier der det er kjent at mor har brukt metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Målet er å få ny kunnskap om hva saksbehandlere i barneverntjenesten vektlegger når det skal ta beslutninger i disse sakene.

Barneverntjenesten du arbeider i er valgt ut fordi det er kjent at tjenesten har slike saker og du forespørres om deltakelse fordi du har erfaring med gruppen.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Datainnsamlingen vil bli gjort i form av semistrukturerte intervjuer. Det er ønskelig å gjennomgå anonymiserte saker, både hjelpetiltakssaker og omsorgssaker. Familiens anonymitet må sikres gjennom hele intervjuet.

Hva skjer med informasjonen som blir innsamlet?

Anonymitet vil bli kvalitetssikret ved at du får lese gjennom det transkriberte materialet og eventuelle merknader vil bli tatt hensyn til. Navn på barneverntjeneste skal ikke publiseres. Ved publisering skal verken du eller saker du beskriver, kunne gjenkjennes.

Prosjektet skal avsluttes innen utgangen av 2017.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli makulert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Heidi Hennes på telefon 95770071 eller mail: heidi@webutvikler.net. Veileder for studentprosjektet er førsteamanuensis Per Arne Rød ved Høgskolen i Bergen.

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, NSD - Norsk senter for forskningsdata AS.

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta.

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 3. Intervjuguide

Saksbehandlers arbeid med familier der mor har brukt metadon eller buprenorfin i svangerskapet.

- Beskrive formålet med studien
- Forklare gjennomgang av saker og strukturen i intervjuet.
- Gjennomgang av samtykkeskjema
- Beskrive formålet med lydopptak og feltnotater

Bakgrunnsinformasjon om informant

Kjønn:

Alder:

Utdannelse:

Stilling

Antall års erfaring i barneverntjenesten:

1. SAKSGJENNOMGANG

Oppstart og undersøkelse

Husker du hvordan denne saken startet? Beskriv det du husker

Hjelpetiltak og omsorgsovertakelse

Dersom tiltakssaker over tid:

Hva slags hjelpetiltak var aktuelle i denne saken? Begrunnelse

Har omsorgsovertakelse vært vurdert i denne saken? Begrunnelse

Hva slags vurderinger ble gjort?

Hvordan ble mors LAR-medisiner vektlagt?

Dersom omsorgssaker

Hvor lang tid ble hjelpetiltak prøvd før plassering? Begrunnelse

Eventuelt: Hvorfor ble det ikke vurdert hjelpetiltak før plassering? Begrunnelse

Hva var grunnlaget for å fremme sak til Fylkesnemnda?

Hva slags vurderinger ble gjort?

Hvordan ble mors LAR-medisiner vektlagt?

Hva er saksbehandlers oppfatning av hvor lang tid hjelpetiltak prøves ut før beslutning om å fremme sak tas?

Andre samarbeidssamarbeidsinstanser

Beskriv hvordan samarbeidet i denne saken ble organisert.

Hvordan fungerte samarbeidet sett fra saksbehandlers side?

Hva er din oppfatning vedrørende samarbeid i disse sakene?

Skjønnsmessige vurderinger

Har det oppstått noen skjønnsmessige utfordringer i denne saken?

Forhold ved barnet

Mener du at LAR-medisiner har skadet dette barnet?
På hvilket grunnlag mener du det?

Forhold ved foreldrene

Hva slags risiko- og beskyttelsesfaktorer har du sett hos foreldrene i denne saken?
Hvordan har barneverntjenesten vektlagt de ulike faktorene?
Hva betyr de ulike faktorene for barnets omsorgssituasjon?
Hvordan beskriver foreldrene selv sin situasjon?

Er det noe annet i forbindelse med denne saken du tenker kan være relevant i forhold til å belyse hvordan barnevernet arbeider i disse sakene?

2. KUNNSKAPER, HOLDNINGER OG RUTINER**Saksbehandlers kunnskap og holdning om temaet**

Fortell om din kunnskap om effekten LAR- medisiner har på et foster.
Hva mener du om at gravide får metadon eller buprenorfin i svangerskapet.
Hvorfor mener du det?

Rutiner

Hvordan håndteres LAR-saker i din tjeneste?
Er det nedfelt rutiner i arbeidet med denne gruppen?

Vedlegg 4. Godkjenning fra NSD

Per Arne Rød
Institutt for sosialfag og vernepleie Høgskolen i Bergen
Postboks 7030
5020 BERGEN



Vår dato: 30.09.2016

Vår ref: 49572 / 3 / IJJ

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.08.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

49572	<i>Barnevernstjenestens arbeid med saker der barna har vært utsatt for metadon eller buprenorfin i svangerskapet. Hva vektlegger barnevernsarbeidere når de skal ta beslutninger om barnas omsorgsbehov</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Oslo og Akershus, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Per Arne Rød</i>
<i>Student</i>	<i>Heidi Hennes</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstillende kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/skjema.html>. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 12.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt
Kontaktperson: Ida Jansen Jondahl tlf: 55 58 30 19
Vedlegg: Prosjektvurdering

Ida Jansen Jondahl

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.



Personvernombudet for forskning

Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 49572

INFORMASJON OG SAMTYKKE

Utvalget skal informeres skriftlig om prosjektet og samtykker til deltakelse. Informasjonsskrivet til barnevernsleiderne er greit utformet. Informasjonsskrivet til informantene, mottatt 28.09.2016 er godt utformet.

TAUSHETSPLIKT

I e-postkorrespondanse med student er det avklart at studenten ikke skal få utlevert eller få innsyn i saker, og at spørsmålene ikke skal omfatte taushetsbelagte opplysninger som kan identifisere barna eller familien direkte eller indirekte. Det er kun anonymiserte saker som skal gjennomgås i intervjuene.

FORSKNING PÅ EGET ARBEIDSFELT

Studenten opplyser at hun er bevisst at hun er forsker på eget arbeidsfelt, og at dette også vil bli kommunisert til deltakerne.

INFORMASJONSSIKKERHET

Personvernombudet legger til grunn at student og veileder følger Høgskolen i Oslo og Akershus sine rutiner for datasikkerhet.

PROSJEKTSLUTT OG ANONYMISERING

Forventet prosjektslutt er 12.05.2017. Ifølge prosjektmeldingen skal innsamlede opplysninger da anonymiseres. Anonymisering innebærer å bearbeide datamaterialet slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes. Det gjøres ved å:

- slette direkte personopplysninger
- slette/omskrive indirekte personopplysninger
- slette digitale lydopptak