

Abrar Rasul

Barn av psykisk syke foreldre og barnevernstjenesten

En studie av barnevernsansattes erfaringer og refleksjoner i arbeid
med målgruppen

**Masteroppgave i barnevern
OsloMet – storbyuniversitetet Fakultet for samfunnsvitenskap**

Sammendrag

Folkehelseinstituttet har beregnet at hele 410 000 barn i Norge (37,3 %) har en forelder eller begge foreldre med en eller flere psykiske lidelser. Beregningene viser at 260 000 barn (23,1 %) har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering. Hvis vi teller med kun klart alvorlige lidelser, rammes 115 000 barn (10,4 %) av foreldres psykiske lidelser (Folkehelseinstituttet, 2009). Barnevernsstatistikk viser at 8,5 prosent av alle barn og unge som mottok tiltak fra barnevernet i periode 2016, var registret med saksgrunnlag som indikerer at foreldre har psykiske vansker (Bufdir, 2015). Det finnes ingen studier som har undersøkt hva som ligger bak barnevernstjenestens bruk av dette saksgrunnlaget.

Min masteroppgave handler om hvordan barnevernsansatte jobber med familier der foreldre har psykisk helseutfordringer, og hvordan barnevernet sørger for å ivareta barns behov i slike situasjoner. Studiet er basert på fire kvalitative intervjuer med barnevernsansatte fra ulike tjenestesteder. Et av hovedspørsmålene er: Kan du fortelle om tre forskjellige familier med barn hvor det har vært psykisk helse i bildet, hva har du gjort som saksbehandler i disse saker? Jeg stiller tillegg spørsmål angående de forskjellige sakene.

Vitenskapeligforankring i denne oppgaven er fenomenologi, som handler om å ta utgangspunkt i å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver. I analyseprosessen har jeg brukt meningsfortetning som handler om at lange setning fra tekstdata blir komprimert, og gjengis med korte setninger. I neste omgang knytte disse korte setninger til ulike temaer som jeg analyserer. På den måten har jeg antagelig ikke oversett de viktige elementene for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015).

Det er tre hovedfunn i denne masteroppgaven. En av funnene er at det er en generell trekk at det ikke finnes retningslinjer for hvordan saksbehandlerne skal gå frem i råd og veiledning (Tiltak fra barnevernstjenesten). Saksbehandlere står fritt til å velge hvordan de vil legge opp råd og veiledning. En annen funn er at saker som omhandler barn av foreldre med psykiske helseutfordringer finnes det ingen veiledningsmaler fra overordnet instans for hvordan man skal gå frem i slike saker. I disse saker er saksbehandlerne avhengige av godt samarbeid med andre instanser. Saksbehandlere opparbeider kunnskap eller kompetanse om psykiske helseutfordringer i samhandling med andre instanser og brukerne. En tredje funn er brukere med flergenerasjonsproblematikk trenger en annen type oppfølging enn det barnevernstjenesten tilbyr.

Den studien har begrenset utvalg, det er derfor nødvendig med videre forskning for å bekrefte disse funnene.

Abstract

The Norwegian Institute of Public Health has estimated that a total of 410,000 children in Norway (37.3%) have a parent or both parents with one or more mental disorders. The calculations show that 260,000 children (23.1%) have parents with a mental disorder that may go beyond daily functioning. If we count with only seriously serious illnesses, 115,000 children (10.4%) of parents' mental illnesses are affected (Folkehelseinstituttet, 2009). Child welfare statistics show that 8.5 percent of all children and adolescents who received help from child welfare in the period 2016 were the register of cases that indicate that parents have mental illness (Bufdir, 2015). There are no studies that have investigated what lies behind the child welfare service's use of this case basis.

My master's thesis is about how child welfare workers work with families where parents have mental health challenges and how child welfare ensures that children's needs are met in such situations. The study is based on four qualitative interviews with child welfare employees from different places of employment. One of the main questions is: Can you tell about three different families with children where there has been mental health in the image, what have you been done as a executive officer in these cases? I also ask questions regarding the different cases.

The scientific method in this thesis is phenomenology, which involves starting from understanding social phenomena based on the participants' own perspectives. In the analysis process, i have used meaning condensation that refers to the fact that long sentences from text data are compressed and reproduced with short sentences. Next, link short sentences to different topics that i analyze. That way, i probably did not overlook the key elements for analysis (Kvale & Brinkmann, 2015).

There are three main findings in this study. One of the findings is that it is a general feature that there are no guidelines for how the executive officers should go for advice and guidance. Executive officers are free to choose how they will put up advice and guidance. Another finding is that cases that deal with children of parents with mental health challenges there is no guidelines from the upper institutions of how to proceed in these cases. In these cases, the executive officers are dependent on good cooperation with other institutions. Executive officers develop knowledge or expertise on mental health challenges in interaction with other institutions and clients. A third finding is that clients who have multiple-generation problems need a different type of follow-up than the child welfare service offers.

The study had limited infomants, therefore, further research is needed to confirm these findings.

Til min sønn

Forord

Først og fremst vil jeg takke barnevernsansatte som har deltatt i dette prosjektet. Jeg er takknemlig for at de har delt sine erfaringer, og refleksjoner rundt arbeid med målgruppen. Uten deres bidrag hadde denne masteroppgaven ikke vært mulig.

Jeg vil takke min veileder Kristi Valset som har bidratt med sine erfaringer og inngående kjennskap til barnevernsfeltet.

Jeg vil også takke kollegaer fra Bydel Gamle Oslo, blant annet min mentor Lars Høgmo. Gjennom våre mange og lange samtaler har jeg fått bredere perspektiv på fenomener jeg ville undersøke. Du har fått meg til å bli kjent med den «virkelige verden», vi har snakket blant annet om utfordringer, og muligheter i praksis-verden.

Sist, men ikke minst, vil jeg takke min kjære, Tanya, for å ha motivert meg til å fullføre denne masteroppgaven. Takk for at du har taklet meg i stressende situasjoner i de siste månedene, og at du hørte på mine «rare» analyser og diskusjoner.

Jeg vil også mine venner og klassekamerater for gode diskusjoner og tilbakemeldinger.

Oslo, Mai 2018

Abrar Rasul

Innholdsfortegnelse

1. Innledning:.....	1
1.1 Bakgrunn for valg av tema:	1
1.2 Problemstilling:	4
1.3 Begrepsavklaring:.....	5
1.4 Avgrensing av oppgaven:	6
1.5 Masteroppgavens oppbygging:.....	6
2. Barnevernet i Norge	8
2.1 Innledning.....	8
2.2 Formål og oppgaver:	8
2.3 Tall og statistikk	8
2.4 Meldinger og undersøkelsesfasen:	9
2.5 Hjelpetiltak:	10
2.6 Hvordan barnevernet og andre instanser jobber med familier der foreldre har psykiske helseutfordringer:	10
3. Tidligere forskning: Kunnskapsstatus	12
3.1 Innledning:.....	12
3.2 Artikkel 1:.....	12
3.3 Artikkel 2:.....	12
3.4 Artikkel 3:.....	14
3.5 Artikkel 4:.....	15
3.6 Oppsummering:	16
3.6.1: Metode og tiltak i tjenesten:	16
3.6.2: Idealer:.....	17
3.6.3: Tjenestetilbudet dekker ikke behov?:.....	17
3.7 Behov for mer kunnskap:	17
4. Teori del 1:	19
4.1 Innledning:.....	19
4.2 Hvordan møte brukere:.....	19
4.3 Definisjon av situasjon:	19
4.4 Hva er bakkebyråkrat?.....	20
4.5 Bakkebyråkrat – dilemmaer:	20
4.5 Profesjonelt skjønn:	21
4.7 Faglige normer og hverdagslivets normer:.....	21

4.8 Forståelser og konstruksjon av psykiske helseutfordringer:.....	22
4.8.1 Psykiatrisk perspektiv:.....	22
4.8.2 Humanistisk perspektiv:	22
4.8.3 Systemisk perspektiv:.....	23
4.8.4 Bio-psyko-sosiale perspektiv:	23
4.9 Oppsummering:	23
5. Teori del 2:	24
5.1 Innledning:.....	24
5.2 Hva er omsorg og samspill?	24
5.3 Mikroseperasjoner og barnets atferd:	25
5.4 Bowlbys tilknytningsteori:	26
5.5 Indre arbeidsmodeller:.....	27
5.6 Kritikk av tilknytningsteori:	28
5.7 Parentifisering:	29
5.8 Mentalisering:.....	30
5.9 Sosial arv:	31
5.10 Oppsummering:	31
6. Metode og data	32
6. 1 Innledning:.....	32
6.2 Vitenskapeligforankring: Fenomenologi:.....	32
6.3 Metodisk tilnærming:	32
6.4 Utvalg og rekruttering:	33
6.5 Intervjuguide:	34
6.6 Gjennomføring av intervjuer (Forarbeid):.....	35
6.7 Etske refleksjoner omkring valg av metode:	35
6.8 Refleksjoner omkring reliabilitet og validitet:	37
6.9 Generaliserbarhet:	39
6.10 Data og transkribering:	39
6.11 Analyseprosessen:	40
6.12: Presentasjon av temaer:	41
7. Analyse.....	43
7.1 Beskrivelse av foreldre saksbehandlerne møter med psykiske helseutfordringer	43
7.1.1 Usikkerhet omkring kunnskap om psykiske helseutfordringer:	43
7.1.2 Saksbehandler baserer sin forståelse på psykiatriske diagnoser:.....	44
7.1.3 Forståelse av psykiske helseutfordringer utfra personlige erfaringer med brukere:.....	46
7.1.4 Barn tar voksenrolle:	47

7.1.5 Rolige barn blir ikke lagt merke til:	48
7.1.6 Tverrfaglig samarbeid i praksis – muligheter og utfordringer.....	50
7.1.6 Oppsummering	51
7.2: Beskrivelse av arbeidsmetoder/tiltak.....	52
7.2.1 Faglig forståelse	52
7.2.2 Hverdagsforståelse:	55
7.2.3 Oppsummering:	57
7.3 Refleksjon omkring virkninger av tiltakene	57
7.3.1 Kritikk av råd og veiledning	57
7.3.2 Informasjon om hva møte vil dreie seg om	59
7.3.3 Støttegruppe som metode:	59
7.3.4 Oppsummering:	60
7.4 Opplevelse av å hjelpe familiene.....	60
7.4.1 Beskrivelse av foreldre som saksbehandlere klarer å hjelpe:	61
7.4.2 Relasjonsbygging: Nøkkel for å yte god hjelp:	61
7.4.3 Hvordan beskriver saksbehandlere flergenerasjonsproblematikk:	62
7.4.4 System kritisk:	62
7.4.5 Veileder fra kommunen:	63
7.4.6: Oppsummering:	65
8. Avsluttende diskusjon:	66
9. Litteraturliste:	71
10. Vedlegg:	75
Informasjonsskriv til deltakere	75
Intervjuguide	77

1. Innledning:

Min masteroppgave handler om hvordan barnevernsansatte jobber med familier der foreldre har psykiske helseutfordringer, og samt hvordan barnevernet sørger for å ivareta barns behov i slike situasjoner. Jeg presenterer relevant forskning som tar for seg hvordan barn og unge blir påvirket av forelderens psykiske helse, og hvilke tiltak i tjenesten som finnes for målgruppen. Samtidig som jeg vil undersøke hvordan barnevernsansatte samarbeider med familier i slike saker. Videre ønsker jeg å undersøke hva som fungerer og ikke fungerer i samarbeidet mellom barnevernsarbeidere og familiene. Formålet med denne oppgaven er å løfte fram utfordringer barnevernsansatte møter, og hvordan disse utfordringene løses i forhold til barn som bor med foreldre som har psykisk helseutfordringer.

1.1 Bakgrunn for valg av tema:

Mange kommuner rapporterer at psykisk helse er deres største folkehelseutfordring og at de mangler kunnskap om tiltak, verktøy og metoder som de kan ta i bruk. De viktigste arena for å fremme psykisk helse er barnehage, skoler, arbeidsplasser, og nærmiljøet (Helse- og omsorgsdepartementet, 2017)¹. Folkehelseprogram er tiårig satsing (2017-2027) hvor fokuset er at kommunene skal selv utvikle forslag på hvordan de ønsker å styrke tilbudet om psykisk helse for barn og unge. Det er allerede mye godt som gjøres i kommunene, men mangler systematisk kunnskap om effektive virkemidler. Det skal legges til rette for å utvikle tiltak, arbeidsmåter og kommunebasert forskning (Helsedirektoratet, 2017)². Med barnevernsreformen (2018-2024) vil regjeringen forsterke innsatsen for å gi bedre psykisk helsehjelp til barn som har sak i barnevernstjenesten. Kommunene skal få mer ansvar for barnevernsområdet. I dag er dette ansvaret delt mellom stat og kommunen. Beslutning som tas er langt fra barn og familier, og kommunene har lite valgfrihet. Kommune skal få større økonomisk ansvar for hjelpetiltak. Dette kan gi kommunene større anledning til å utvikle lokale tiltak som sørger for tettere oppfølging av familier. Målet er å hjelpe barn i barnevernet tidligere og bedre (Barne- og likestillingsdepartementet 2017)³. Dette er formål med oppgaven min, da jeg skal utforske hva barnevernsansatte sier at de gjør i saker som

¹ <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>

² <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>

³ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/barnevernsreformen-bedre-hjelp-der-barna-bor/id2547081/>

omhandler foreldre med psykiske helse utfordringer. Hva kan vi lære av barnevernsansattes erfaringer og refleksjoner?

Jeg tar utgangspunkt i to rapporter utgitt av Folkehelseinstitutt for å presentere tall, samt konsekvenser for barn og unge som vokser opp med foreldre som har psykiske helseutfordringer. Den ene er «Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser av» av Fartein Ask Torvik og Kamilla Rognmo. Den andre er «Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv» Del 1: Voksne. Arnstein Mykletun og Ann Kristin Knudsen, Del 2: Barn og unge. Kristin Schjelderup Mathiesen

Folkehelseinstituttet har beregnet at hele 410 000 barn i Norge (37,3 %) har en forelder eller begge foreldre med en eller flere psykiske lidelser. Beregningene viser at 260 000 barn (23,1 %) har foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering. Hvis vi teller med kun klart alvorlige lidelser, rammes 115 000 barn (10,4 %) av foreldres psykiske lidelser. Beregningene viser at mange av familiene med alkoholproblemer også opplever andre psykiske problemer. Om lag 65 000 barn har foreldre som får behandling for psykiske lidelser. I tillegg må man regne med et ukjent antall barn med foreldre som ikke søker hjelp for problemene sine. Tall fra utenlandsk forskning tyder på at mørketallene er ganske høye. (Rognmo & Torvik, 2011, s. 5)

Foreldre som får behandling for sine psykiske helseutfordringer kan få en diagnose. Diagnostisering fører til forenkling av verden. Kategorisering er nyttig for mange formål, og nødvendig for å kunne forutsi hvor mange mennesker som er rammet av psykiske lidelser. Alle psykiske lidelser er plagsomme, det vil ikke si at de har like store konsekvenser for funksjonsevne eller hvordan foreldre følger opp barna. Mange mennesker utfyller kriterier til å få en psykiatrisk diagnose, uten at det går utover deres funksjonsevne. Det er derfor denne rapporten delt i forskjellige grupper: diagnostiserbare, moderat eller alvorlig og alvorlige lidelser. De to sistnevnte kan gå utover daglige fungering, og dermed rammer barns vilkår for adekvat oppvekst (Rognmo & Torvik, 2011, s. 12)

Det er stor sannsynlighet for at barn som vokser opp i disse familier blir påvirket av foreldres psykisk helse. Den aller størst andelen av barn og unge med høy risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser er i familier hvor foreldre selv har psykiske lidelser som varer over tid. Det kan være foreldre som har rusrelaterte problematikk, eller er voldelige (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 12). Rundt halvparten av alle voksne vil en eller annen gang i løpet av livet fylle kriteriene for en psykisk lidelse (Mathiesen, 2009, s. 51). Det er godt dokumentert at

sannsynligheten for at barn og unge utvikler symptomer øker hvis foreldrene har perioder med mange symptomer på psykiske lidelser, som depresjon, angst men også enkelte personlighetsforstyrrelse (Kvelling, 2015, s. 199).

Depresjon hos mødre er i en særstilling som risikofaktor fordi den er sterkt knyttet til alle typer psykiske vansker hos barn. Barn som vokser opp med mødre med en langvarig eller tilbakevendende depresjon er utsatt for å utvikle både emosjonelle, atferdsmessige, kognitive og sosiale vansker (Mathiesen, 2009, s. 52). Blant annet vet vi at dårlig tilknytning mellom mor og spedbarn kan være en risikofaktor for svak sosio-emosjonell utvikling i skoleårene. Det er godt dokumentert at sosioøkonomisk posisjon, målt gjennom utdanning, yrke og inntekt, har sammenheng med helse, og dette gjelder også for psykisk helse (Mykletun & Knudsen, 2009, s. 25). Dersom forholdet mellom foreldrene er konfliktfylt eller foreldreferdighetene er mangelfulle, kan dette også påvirke barn. I følge rapporten vil dette forekomme i mer enn halvparten av familier.

I de fleste familier kan det oppstå negative livshendelser som for eksempel dødsfall eller tap av arbeid. Risikoen er i familier hvor foreldre blir svært preget av nederlaget og tapet, hvor de gir lite eller ingen sosial støtte til barna. Barn har temperamentstrekk som høy grad av skyhet eller negativ emosjonalitet. Dette kjennetegner 20 - 30 % av alle barn og varierer med alder (Mathiesen, 2009, s. 51). Det er viktig å understreke at kortvarig perioder med belastninger i livet vil nødvendigvis ikke føre til at barn blir påvirket, men derimot vedvarende belastninger kan utvikle psykiske problemer som har negative konsekvenser for barn.

Foreldrenes psykiske helseutfordringer påvirker ens funksjonsevne og dermed omsorgsevne. Omsorgspersoners psykisk helseutfordringer påvirker ikke direkte hvordan barn vil utvikle seg, eller om barn tar skade av det (Rognmo & Torvik, 2011, s. 10). Barn som vokser opp i vanlige familier, altså som ikke går under overnevnte risikofaktorer, kan også utvikle symptomer.

1.2 Problemstilling:

Denne oppgaven omhandler hvordan barnevernstjenesten jobber med familier der en eller begge foreldrene sliter med psykiske helseutfordringer. Det er interessant å utforske hvilke utfordringer barnevernsansatte møter i arbeid med denne målgruppen. Samt hvordan barnevernstjenestens kompetanse er i forhold til psykisk helse. Hvilke tiltak egner for slike familier? Og videre; hvordan samarbeider barnevernstjenesten med foreldre og andre offentlige eller frivillige instanser i kommunen? Jeg ønsker å bidra til mer kunnskap om dette feltet gjennom å utforske hvordan og på hvilket kunnskapsgrunnlag saksbehandlere, som representanter for førstelinjetjenesten i barnevernssystemet beskriver psykiske vansker hos foreldre. Dette temaet tar for seg et omfang av mulige forskningsspørsmål, og har derfor blitt presisert til følgende problemstilling:

Problemstilling:

Opplever saksbehandlere i barnevernstjenesten at de kan forbedre omsorgssituasjonen til barn og unge når foreldrene har psykiske vansker?

Delspørsmål:

- a) Opplever saksbehandlerne å ha god nok informasjon om foreldres psykiske helse?
- b) Hvilke tiltak finnes for å gjøre omsorgssituasjonen i disse familiene bedre?

Hvordan beskriver saksbehandlerne tiltakene barnevernstjenesten har tilgjengelig?

- c) Hvordan beskriver saksbehandlerne samarbeidet med andre tjenester og med familien? I hvilken grad er saksbehandlerne avhengig av andre instanser og tjenester for å hjelpe familiene?

1.3 Begrepsavklaring:

Jeg vil i dette avsnittet definere begreper som jeg anser som relevante å begripe i forhold til denne oppgaven.

Barnevernsansatt: En som har treårig høyskoleutdannelse, og jobber i førstelinjetjenesten som saksbehandler.

Bruker: En bruker er en som ønsker eller mottar hjelp fra barnevernstjenesten.

Psykisk helse: defineres som utvikling av og evnen til å mestre tanker, følelser, atferd og hverdagens krav. Det dreier seg om emosjonell utvikling, evne til velfungerende sosiale relasjoner og fleksibiliteten (Folkehelsearbeidet, veien til god helse for alle, 2010, s. 112 helsedirektoratet).

Psykisk sykdom: kan beskrives fra både et *utenfra-perspektiv* og et *innenfra-perspektiv*. Et utenfra-perspektiv forklarer sykdommen utfra medisinske sykdomsmodeller, årsaksforklaringer og diagnosesystemet. Et innenfra perspektiv handler om hvordan psykiske vansker/lidelser preger den enkelte. Den åpner for subjektiv erfaringer av å kjenne og lide. Disse erfaringer vil variere fra person til person (Skårderud, Haugsgjerd & Stänicke, 2010 s. 34).

Psykiske lidelser: defineres om ens forståelse av seg selv og sine relasjoner til andre. Og ikke minst forståelsen av egne følelser og tanker, som vanligvis er det som skaper symptomer og funksjonssvikt (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson & Løkke, 2009, s. 17).

Psykiske vansker: defineres som angst, depresjon, søvnvansker, alkoholisme osv. Som påvirker den dagligdagse fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Dette er avhengig av type og omfang av symptomer. Belastningene kan ikke være så store at de fyller kriterier for medisinsk diagnose. Psykiske vansker defineres som normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon (Folkehelsearbeidet, veien til god helse for alle, 2010, s. 112 helsedirektoratet).

I denne oppgaven fokuserer jeg på psykiske vansker som beskrevet ovenfor, og ikke tung psykiatri og diagnoser. Heretter i oppgaven betegnes psykiske vansker som psykiske helseutfordringer.

1.4 Avgrensing av oppgaven:

Jeg avgrenser min oppgave til foreldre som har psykiske helseutfordringer og ikke til den gruppen som har en psykiatrisk diagnose. Det kan hevdes at ansatte i barnevernets førstelinjetjeneste er i unik posisjon til å vurdere tiltak som kan fremme barns utvikling, tross utfordringer i familien. Dette fordi barneverntjenesten kommer tett innpå familien, danner relasjoner, og blir kjent med familiene på en helt annen måte enn andre instanser familier er i kontakt med. Barnevernsansatte kan kartlegge det kontekstuelle rundt hver enkel familie, som blant annet få tak i opplysninger om deres sosiale nettverk, økonomi, arbeid, utdanning osv. De kan dra på hjemmebesøk, og kan på bakgrunn av dette få et mer helhetlig bilde av familiens hverdagsliv enn hva andre profesjonsgrupper har mulighet. F.eks. korte møter i kliniske omgivelser har kun fokus på symptomer. Utover det kan barneverntjenesten kartlegge og avklare foreldrenes omsorgskapasitet, og hvilke tiltak som kan igangsettes for å ivareta adekvat oppvekstforhold for barn og unge. Mens andre instanser som f.eks. BUP (barn og ungdomspsykiatri) og DPS (Distriktpspsykiatriske sentre) har som oftest fokus på det medisinske (diagnosen). Brukere som oppsøker disse tjenester er oftest i svært sårbare situasjoner på behandlingstidspunkt, og behandlere har dermed ikke mulighet til å bli kjent med familien på samme måte som ansatte i barnevernstjenesten.

På den andre siden er det ikke alltid slik at ansatte i barnevernstjenesten får mulighet til å etablere tette relasjoner med familier. Dette på bakgrunn av tid og ressurser som kreves for å følge opp familier. Det er også avhengig av i hvilken grad familier slipper barnevernsansatte inn på seg. De aller fleste tiltak er basert på forelderens samtykke, det er avhengig av relasjon mellom saksbehandler og foreldre.

1.5 Masteroppgavens oppbygging:

Denne masteroppgaven inneholder åtte kapitler. I første kapittel presenterer jeg bakgrunn for valg av forskningstema, problemstilling, begrepsavklaring og avgrensing av oppgaven. Kapittel to handler om barnevernstjenesten i Norge og kort om hvordan barnevernstjenesten jobber med foreldre som har psykiske helseutfordringer. I kapittel tre presenterer jeg tidligere forskning om konsekvenser for barn som vokser opp med foreldre som har psykiske helseutfordringer både fra Norge og utlandet. Videre følger teorikapitlet en, hvor jeg presenterer teorier om sosialarbeiderens rolle, og i teorikapitlet to presenterer jeg ulike teorier som belyser konsekvenser av oppvekst med foreldre som har psykiske helseutfordringer. Dette følges av kapittel seks der jeg tar for meg metodologiske tilnærmingen til den

masteroppgaven. I kapittel sju presenterer jeg resultatene som er delt i fire analysetemaer. Disse analysetemaene blir drøftet med tidligere presenterte teoriene, og tidligere forskning vil bli trukket inn. Det siste kapitlet oppsummerer jeg forskningsfunnene med forslag til videre forskning av tema.

2. Barnevernet i Norge

2.1 Innledning

I denne delen av oppgaven presenterer jeg kort om barnevernstjenestens formål. Jeg presenterer tall og statistikk for hvor mange barn og unge som mottar hjelp fra barnevernstjenesten. Deretter skriver jeg kort om veien fra bekymringsmelding til enten hjelpetiltak eller omsorgsovertagelse. Tilslutt skriver jeg kort om hva barnevernstjenesten gjør i saker som omhandler barn av foreldre med psykiske helseutfordringer.

2.2 Formål og oppgaver:

Hovedoppgave til barnevernstjenesten er å gi nødvendig hjelp og omsorg til rett tid for barn og unge som lever under forhold som kan være skadelig for deres utvikling jf. bvl §1-1. Barnevernstjenesten skal første og fremste sørge for at barn vokser opp hos sine foreldre, og at det skal gis hjelp som bidrar til at barn kan bo hjemme. Hvor det biologiske prinsippet vektlegges. Hjelp kan være i form av råd og veiledning, økonomisk hjelp, og hjelpetiltak. Hjelpetiltak kan for eksempel være støttekontakt, avlastningstiltak og barnehageplass. Barnevernstjenesten skal undersøke og dokumentere omsorgssituasjonen, og deretter vurdere om det er grunnlag for å fremme omsorgsovertagelse etter § bvl. 4-12. Barnets beste skal vektlegges i slike vurderinger. Barnevernstjenesten i samarbeid med familien kan gi forslag til (frivillig tiltak) som innebærer plass i fosterhjem, foreldre-barn tiltak eller plass på institusjon. Hvis barnevernet skal plassere et barn utenfor hjemmet uten foreldrenes samtykke må det vedtas i fylkesnemnda (tvangsvedtak). For å kunne gi hjelp til rett tid er barnevernstjenesten avhengig av godt samarbeid med andre instanser som barnehage, skole, helsestasjon, NAV, politi og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP) (Bunkholdt & Kvaran 2015, s. 18). Videre presenterer jeg tall om barn og unge som mottar hjelp fra barnevernet.

2.3 Tall og statistikk

Tall fra 2016 viser at 54 620 barn og unge mottok tiltak fra barnevernet. Over ca. 81% av barna som får hjelp av barnevernet, mottar hjelpetiltak. Av 54 620 barn med tiltak fra barnevernet i løpet av 2016 mottok 44 386 hjelpetiltak og 10 234 omsorgstiltak. Disse tallene har vært uendret i løpet av de siste årene (SSB, 2017)⁴. Hjelpetiltak er basert på samtykke fra foreldrene. Etter en lovendring i 2016 er det mulig å pålegge hjelpetiltak i tilfeller hvor foreldrene ikke ønsker å samarbeide med barnevernstjenesten. Saker om pålegg av hjelpetiltak behandles i fylkesnemnda. Sakene avgjøres som oftest på bakgrunn av sakens dokumenter. Det kan være saker som er omfattende, og ikke kan avgjøres på bakgrunn av

⁴ <https://www.ssb.no/barneverng/>

dokumentene. Nemndleder vurderer om deler av saken eller hele saken behandles muntlig. Dette er avhengig av kompleksiteten i saken. Nemndleder vurderer hver enkelt sak før det tas stilling til behandlingsform (Barn og Likestillingsdepartementet, 2016).⁵ Omsorgstiltak er tiltak der rettsinstanser som enten fylkesnemnda eller tingretten har tildelt barnevernstjenesten den juridiske omsorgen over barn, og det er barnevernstjenesten som bestemmer hvilke tiltak som skal settes inn for den enkelte.

Barnevernsstatistikk viser at 8,5 prosent av alle barn og unge som mottok tiltak fra barnevernet i periode 2016, var registret med saksgrunnlag som indikerer at foreldre har psykiske vansker (Bufdir, 2015)⁶. Det finnes ingen studier som har undersøkt hva som ligger bak barnevernstjenestens bruk av dette saksgrunnlaget. I min studie undersøker jeg hvordan kunnskap om psykiske helseutfordringer konstrueres i førstelinjetjeneste i barnevernet.

2.4 Meldinger og undersøkelsesfasen:

Etter at barnevernstjenesten mottar bekymringsmelding, skal det vurderes om det er behov for å undersøke meldingen nærmere. Etter bvl § 4-2 skal barnevernstjenesten innen en uke vurdere om meldingen skal følges med undersøkelse etter § 4-3. Hvis barnevernstjenesten beslutter om å henlegge bekymringsmelding, er det aktuelt å melde til andre tjeneste som BUP eller PPT (Pedagogisk psykologisk tjeneste) (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 88). Dersom barnevernstjenesten velger å foreta undersøkelse, kan dette ikke påklages. Undersøkelsen skal gjøres innen tre måneder, og i noen tilfeller kan det foretas innen seks måneder jf. bvl. § 6-9. Foreldre skal ha kjennskap til bekymringsmeldingen, de skal vite at det foregår avklaring av en sak. Derimot i en akutt situasjon hvor det er innblandet vold og andre straffbare forhold, er det ikke nødvendig å informere foreldre i forkant (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 88). Dette på bakgrunn av barnets beste, samt informasjonshenting.

Selvom det ikke er grunn til å tro at barnet lever under urimelig forhold, skal barnevernstjenesten sørge for å ha gjennomført en samtale med de berørte. Dette for å få foreldre og barns syn på saken (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 96). Barnevernstjenesten tar kontakt med familien for å undersøke bekymringsmelding. Foreldre eller personer som bor med barnet kan ikke nekte besøk etter bvl § 4-3. Undersøkelsen skal gjøres i tråd med det

⁵ <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf.-barnevernloven--4-4/id2482116/sec5>

⁶ https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/

mildest inngrepsprinsipp. Det innebærer at undersøkelsen ikke skal gjøres mer omfattende enn nødvendig, og det skal tas hensyn til berørte parter etter jf. bvl § 4-3 annet ledd.

2.5 Hjelpetiltak:

Formålet med hjelpetiltak er at familier og barn skal få hjelp til løse sine problemer i nærmiljøet, og å bidra til positiv endring i familien jf. bvl § 4-4. Barnevernsansatte skal sørge for at familiene skal finne egne ressurser og utforske nye muligheter som kan gi barnet god oppvekst (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 168). Det er 40 ulike tiltakskategorier som delt inn i åtte hovedkategorier.

1. Institusjon, 2. Fosterhjem, 3. Tiltak for å styrke foreldreferdigheter, 4. Tiltak for å styrke utvikling av barnet, 5. Tilsyn og kontroll, 6. Nettverksarbeid/samarbeid med andre tjenester, 7. Undersøkelse og behandling fra andre tjenester og 8. Bolig (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 178).

Den største kategorien «tiltak for å styrke barns utvikling» omfatter 40 prosent av alle tiltak. Slike tiltak er «besøkshjem/avlastning», «økonomisk hjelp», «SFO og fritidsaktiviteter». Tiltak som er rettet mot styrking av foreldreferdigheter er blant annet «PMTO», «MST», «COS-P»- (Tilknytningsveiledning) og «andre hjemmebaserte tiltak» (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 178).

2.6 Hvordan barnevernet og andre instanser jobber med familier der foreldre har psykiske helseutfordringer:

Alle mine informanter nevnte at det ikke finnes noen veileder eller beskrivelse fra overordnet instans for hvordan man skal gå frem i saker hvor foreldre har psykiske helseutfordringer. De nevnte at slike veiledere/maler finnes i saker som omhandler vold eller seksuelle overgrep. Barnevernsansatte har som oftest ikke den medisinske kunnskapen til å gjøre helsevurderinger, men de har kunnskap om vurdering av omsorgspersoner fungering, samspillskvalitet, risiko- og beskyttelsesfaktorer i familien og i det sosiale nettverket (Kvelling, 2015, s. 198). I saker hvor foreldrene har psykiske helseutfordringer settes ofte tiltak som råd og veiledning, og støtte til fritidsaktiviteter for barn og unge (Gjerustad et al., 2006 s. 109,).

I rundskriv «Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste» står det at når barnverntjenesten krever opplysninger fra andre instanser skal de spesifisere hvilke konkrete opplysninger de trenger. Dette gleder særlig BUP som har kunnskap og kompetanse når det gjelder vurdering av samspill mellom foreldre og barn. De

kan vurdere om barnets adferd skyldes omsorgssvikt eller ikke. Det samme gjelder andre instanser som helsestasjonen og skolehelsetjenesten som følger alle barn og ungdom. I sitt arbeid har de et godt innblikk i barn- og unges væremåter, handlinger/oppførsel og tilstand. Barnevernstjenesten har ikke plikt til å opplyse hvilke tiltak som er iverksatt, men i saker hvor det er videre oppfølging fra helsetjenester kan barnevernstjenesten opplyse om hvilke tiltak som er iverksatt (Helsedirektoratet & Bufdir, 2015, s. 19). Dette viser at barnevernstjenesten er avhengig av godt samarbeid med andre instanser for å kartlegge barns situasjon, og finne hjelpetiltak som passer.

Helsepersonell-loven §10a regulerer plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Bestemmelsen må ses i sammenheng med Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a som pålegger helseinstitusjoner å ha barneansvarlig personell med nødvendig kompetanse for å fremme og koordinere oppfølgingen av barn som pårørende. Formålet er å sikre at barn blir fanget opp tidlig, og det settes i gang tiltak slik at barn og foreldre mestrer hverdagen på en god måte. Tiltak som foreldreveiledning tilbys som ledd i behandling (Helsedirektoratet & Bufdir, 2015, s. 19).

3. Tidligere forskning: Kunnskapsstatus

3.1 Innledning:

I dette kapittelet presenterer jeg tidligere forskning på psykisk helseutfordringer hos foreldre og hvordan dette påvirker omsorgen for barn både fra Norge og utlandet. Forsking fra utlandet kan ikke direkte overføres til Norge. Dette på bakgrunn av ulik organisering av tjenester, samt det sosiale, kulturelle og geografiske forskjellene varierer mellom disse landene. Allikevel vil denne forskning ha relevans i Norge, da det ikke har blitt forsket på dette området i så stort omfang. Jeg vil også referere til ulike forskningsartikler fra Norge som tar for seg ulike tiltak for barn og unge, som kan være rammet av forelderens psykiske helseutfordringer. Tilslutt presenterer jeg en artikkel som tar utgangspunkt i doktorgradstudiet som omhandler tema.

3.2 Artikkel 1: Parenting Practices among Depressed, *Mothers in the Child Welfare System*: Patricia L. Kohl, Jacqueline Njeri Kagotho, and David Dixon (2011).

Litteraturen viser at mors depresjon har høy risiko for skadelig foreldreskap blant annet følelsesmessig mishandling, og streng oppdragelse. Deprimerte mødre har konfliktfylt samspill med deres barn. I dette studiet er det tre hypoteser som skal testes ut. 1. Deprimerte mødre utøver fysisk avstraffelse. 2. Deprimerte mødre neglisjere barna mer. 3. Deprimerte mødre utøver følelsesmessig/psykisk omsorgssvikt. Studiet varighet er 36 måneder der målet er å finne ut hvordan mors depresjon påvirker omsorgsrollen. 1536 barn fra et utvalg av 5501 i alderen 0-16 år oppfylte alle kriterier til å være med i studiet. Resultatet av undersøkelsen viser at det ikke er mer fysisk avstraffelse blant deprimerte mødre enn hos ikke-deprimerte. En del mer fysisk avstraffelse blant afroamerikanske familier enn majoriteten. Noe som også stemmer overens med andre studier. Den andre hypotesen er støttet av studiet. Studiet bekrefter at deprimerte mødre neglisjere barna mer enn ikke-deprimerte mødre. Ingen variasjon over tid når det gjelder grad av neglisjering i løpet av tiden mødrene er deprimerte. Den siste hypotesen bekrefter at deprimerte mødre bruker psykisk avstraffelse blant annet trusler enn ikke-deprimerte. Spesielt i lavinntektsfamilier.

3.3 Artikkel 2: Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helse problemer (2016) - Anne-Marie Aubert & Astrid Halså.

Artikkelen bygger på evaluering av gruppe tilbudet ” *du er ikke den eneste* ”. Dette er et tilbud for barn og unge som har foreldre som sliter med psykiske helseutfordringer. Tall fra rapport gitt ut av folkehelseinstitutt viser at 23% av alle barn vokser opp med forelder som har såpass alvorlig psykisk helseproblemer at det kan gi konsekvenser for foreldrenes evne til å gi

adekvat omsorg. Disse tallene stemmer overens med internasjonal tall (Maybery & Reupert 2009 i Aubert & Halså, 2016, s. 68). Det er viktig å presisere at barn som vokser opp med foreldre som har psykiske helse utfordringer, trenger nødvendigvis ikke behandling. Det er ofte en rekke andre risikofaktorer som medvirker barns oppvekstvilkår. For små barn er tilknytning og samspillproblemer det største problemet (Cleaver et al., 1999 i Aubert & Halså, 2016 s. 70). For skolebarn derimot er risikoen høy for å utvikle atferdsforstyrrelser (spesielt for gutter), angst og tilbaketrekking (spesielt for jenter) (Rutter & Quinton, 1984 i Aubert & Halså, 2016 s. 70). Voksne som har vokst opp med psykisk syke foreldre oppgir at deres oppvekst har vært preget av skamfølelse, ensomhet, uforutsigbarhet og usikkerhet (Dunn, 1993; Ahlgreen, 1998, 2001; Mordoch & Hall, 2008 i Aubert & Halså, 2016 s. 70). Barn tar ofte på seg rollen som unge omsorgspersoner, og føler at det er de som er ansvarlige for foreldrenes problemer (Aldridge & Becker, 2003 i Aubert & Halså, 2016 s. 70). En av konklusjonene til (Halså, 2008 i Aubert & Halså, 2016, s. 71) er at mødre med psykisk helse utfordringer lever i et spenningsfelt, de ønsker å være gode omsorgsgiver samtidig som de selv, samfunnet og hjelpeapparatet definerer deres kontekst som «ugunstig miljø» for barn. De vegrer seg for å prate om sine problemer med hjelpeapparatet, selv om de erkjenner at deres psykisk utfordringer har store konsekvenser for barn (Halså, 2012 i Aubert & Halså, 2016, s. 71).

Det ble startet støttegrupper for barn og unge mellom (7-16 år) i Asker og Bærum kommune i samarbeid med Vestre Viken HF sykehuset. Målet var å gi barn og unge informasjon om psykisk helse og treffe andre i samme situasjon. I evalueringen av dette tilbudet fant forskerne at barn og unge som deltok i disse gruppene fikk en økt forståelse for foreldrenes situasjon, og deretter sin egen. Nesten alle foreldre mente at barna fikk bearbeidet sin skyldfølelse.

Tilbakemelding på evalueringsskjema fra barna var det samme som foreldrene. Det er nevnt flere steder i artikkelen om samarbeid med foreldre for å gi godt tilbud til barna. For å lykkes med forbyggende arbeid for barn i risiko, må sosialarbeidere etablere en arbeidsrelasjon til foreldre som er basert på tillit (Moran, 2004 i Aubert & Halså, 2016, s. 81). Det er viktig å sette inn forbyggende tiltak for å hindre at barna selv utvikler problemer. Tiltakene bør settes inn før sykdommen har oppnådd klinisk høyt symptomnivå.

I artikkelen er det trukket fram erfaringer fra tverrfaglig samarbeid mellom ulike instanser innad i disse kommunene. Til tross for stram økonomi kjempet engasjerte fagfolk og mellomledere for å bevare dette tilbudet. De har virkelig innsett viktigheten av dette arbeidet. De startet med samtalegrupper som etter hvert utviklet seg til et stabilt tverrfaglig samarbeid

rundt gruppevirksomhet. Hvor de videre utvidet tiltakene slik at de var tilrettelagt for de enkelte familier de kom i kontakt med. Det kommer også fram at flere foreldre og barn ble fanget opp, og har blitt henvist til rette instanser. Dette har ført til etablering av varige strukturer innad i kommunen som fremmer samhandling gjennom samarbeid, veiledning og felles refleksjon. Det er imidlertid lang vei å gå når det gjelder å identifisere behov, og deretter iverksette forebyggende tiltak. Det er foreløpig lite forskning og evaluering av hvilke organisatoriske grep som fungerer og hvilke tiltak som imøtekommer foreldre og barns behov. Det trengs empirisk forskning for hvordan tjenesten fungerer fra foreldre-, barn- og tjenesteyterperspektiv.

3.4 Artikkel 3: Barn i skyggen av foreldrenes vansker – utfordringer for hjelperne. En systemisk analyse av praksiserfaringer fra et lavterskeltilbud for gravide og småbarnsfamilier der foreldrene har psykisk lidelse eller rusmiddelavhengighet (2017) - Aud Rørvik.

Artikkelen er basert på en systematisk analyse av praksiserfaringer fra forebyggende familieteam ved universitetssykehuset Nord-Norge gjennom de første to- års drift. Artikkelen bygger på 25 saker hvor det var psykisk helse i bildet, og i seks saker var det rusavhengighet. Hensikten med dette prosjektet var å få større forståelse for behovene i familiene som er utsatt. Samt undersøke hvordan hjelpeapparatet kan forebygge psykiske helsevansker som fører til svikt i omsorg av barn, som igjen gir negativt utfall for barns oppvekst. Det er to temaer som gikk på tvers av sakene: 1. utfordringer i familieliv og omsorg, og 2. hjelpeinstansene familien har fått. Det kommer fram at familienes sammensatte vansker har betydning for omsorg. Det var blant annet redusert prioriteringer og kvalitet på omsorgsfunksjoner. Omsorgsfunksjonene varierte fra familie til familie, men noen fellestrekk gikk igjen. I noen familier var det også utfordringer i samhandling og samspill. Dette påvirket småbarna fordi deres emosjonelle, intellektuelle og sosialutvikling er avhengig av dette samspillet.

Familiene hadde oppfølging fra helsestasjon, hjelpetiltak fra barnevernstjenesten, barn og familieetaten (bufetat) og behandling ved BUP eller kombinasjon av disse tiltakene. Manglende koordinering og samarbeid mellom ulike tjenester skaper utfordringer i rehabilitering (Aubert & Hasla, 2016, s. 71). Endringsprosjektene fra ulike instanser ble for mye for familier. De hver for seg var realistiske men tilsammen ble det for omfattende å gjennomføre i de ressursene familiene hadde. Familien manglet helhetlig tilbud som passet

etter deres behov. De fikk dermed ikke den oppfølging de trengte. Det er nevnt flere steder i artikkelen at hjelpeapparatet hadde fokus på individet, og lite opptatt av familiesituasjon og omsorgsfunksjon. Det var antatt at hvis forelderens situasjon blir endret, vil dette automatisk føre til forbedring av foreldrefunksjon. Dette er allikevel usikkert, da det bare er en påstand (Kvello, 2015, s. 205). Det kommer også fram i artikkelen at disse familien har aldri har hatt et stabilt liv tidligere og trengte praktisk hjelp. Mange foreldre mangler system-kompetanse og sosiale ferdigheter for å oppsøke rette instanser som kan hjelpe. Det foreslås et familieperspektiv i utarbeidelse av tiltaksplaner. Det er viktig med en oversikt over den enkelt og familiens samlede utfordringer for å styrke livskvalitet og utviklingsmuligheter. Det skal tilrettelegges slik at familier kan få praktisk bistand samtidig bistand for å få familielivet til å gå rundt. Kjernen i denne artikkelen er å rette fokus mot det kontekstuelle rundt familien, og samtidig er det avgjørende med godt tverrfaglig samarbeid.

3.5 Artikkel 4: Foreldreskap og psykiske helseplager: Hvordan finne en passende nøkkel til låste dører? (2011) – Astrid Halså.

Denne artikkelen bygger på doktorgradstudiet av Astrid Halså: *Mamma med nerver* (2008). I denne studien har Astrid Halså intervjuet fjorten mødre med psykiske helseplager og noen av deres nærmeste pårørende. Hun går ikke inn på diagnoser, men det er mødre som har opplevd alvorlig og langvarige psykiske helseplager. Hun har tatt utgangspunkt i møderens opplevelse. Hun mener at det er nødvendig å forstå møderens hverdagslig liv for å utvikle gode hjelpetiltak. Hun har fokusert på hva mødre opplever som vanskelig, og hvilke forhold som har betydning for mestring av omsorgsoppgaver. Et av hennes hovedfunn er at mødre ikke tør å være åpne om sine utfordringer i møte med hjelpeapparatet. De klarer seg på egenhånd så lenge det lar seg gjøre. Dette fordi de opplever frykten for å miste sine egne barn. Dette fører til at problemene lukker seg innad i familien.

Mødre forsøkte så godt de kunne for å etterleve idealer for «normal» barneoppdragelse. Mødres ønske om å være gode og empatisk lever ikke opp under egne og andres oppfatning av god barndom. Det kommer fram i artikkelen at mødre skjermte barna sine for å skjule egne plager. Mødre brukte alle krefter når barn var tilstede, men etter barna hadde lagt seg falt de sammen. I familien hvor det er far i bildet, tok han ansvaret for barns fritidsaktiviteter. Selv om mødre til en viss grad klarte å skjule sine problemer, skjønnte barna at det var noe galt. Mange mødre var usikre på hvilken måte de skal fortelle barna om problemene.

Forståelser av barndom fra 50-60 tallet og nåtiden har endret seg. Det var klare og tydelige rammer for grenser, kjærlighet, og lek var godt tilrettelagt. Derimot dagens syn på barn er preget av hva foreldre gjør sammen med barn f.eks. de snakker med barna, leser for dem, sørger for utviklende fritidssysler, samt hjelper til med lekser. Det er dette som avgjør hvordan barn utvikler seg. Ulike sosiale grupper har ulike foreldrepraksis, men oppdragelsesverdiene er like (Stefansen, 2007; Björnberg 1992 i Halså, 2011 s. 181). I takt med individualiseringsprosess i moderne samfunn har foreldreskap blitt et personlig foreldreansvar. Hvis foreldre er i situasjon hvor de ikke kan gi adekvat omsorg til barn i takt med samfunnsnormer, kan de lett klandrer seg selv. Individualisering har gitt økt frihet, men når mennesker møter sosiale problemer er de selv ansvarlig for å løse dem. Både i Norge og andre land har fokus innen voksenpsykiatrien tradisjonelt vært på pasienten (forelderen), og lite rettet mot familien og barna (Haukø & Stamnes, 2014, s. 139; Rørvik, 2017, s. 201). Det er dårlig utviklet tverrfaglig samarbeid mellom kommunen, dette gjør det vanskelig å fange opp foreldre som sliter psykisk og deres barn.

Barn som vokser opp psykisk syke foreldre opplever skam, skyldfølelse, isolasjon og ensomhet. Foreldre trenger støtte og hjelp til omsorgsoppgaver, og barn trenger noen som ser dem, og forstår deres situasjon ut fra individuelle behov. Når disse foreldre møter hjelpeinstanser er det avgjørende at fagfolk tør å stille spørsmål rundt foreldrerollen. Det viktige i disse situasjoner er å la foreldrene selv definere sine bekymringer, og gi foreldrene tid til å ta opp utfordringer de har. For å forebygge problemer hos neste generasjon er det avgjørende å vektlegge samarbeid med foreldre, og å finne foreldrestøttene tiltak. Nøkkelen til å hjelpe barna er å danne tillitsfull relasjon til foreldrene.

3.6 Oppsummering:

3.6.1: Metode og tiltak i tjenesten:

Artikler jeg har presentert og annen litteratur bekrefter at det tilbys støttegruppe til barn og foreldre. En støttegruppe til barn og ungdom som har foreldre med psykiske helseutfordringer er "Du er ikke den eneste" i Asker og Bærum kommune i samarbeid med vestre viken sykehus. Gruppene er aldersdelte. Dette er et forbyggende tiltak rettet mot barn og unge i alder 7-16. Støttegrupper er arenaer hvor de kan få økt kunnskap om foreldres psykiske helseutfordringer, samt møte andre i samme alder og i samme situasjon (Aubert & Halså, 2016). Barnas Time (BT) er en informasjons- og spørretime for barn, og ledes av to veiledere, der foreldre, barn og andre nærpå personer kan delta. Kun én familie deltar om gangen. Metoden benyttes ved voksenpsykiatrien i Helse Nord-Trøndelag, og Helgelandssykehusene (Haukø &

Stamnes, 2014, s. 141). Disse to tilbudene har blitt evaluert, hvor det kom fram at både barn og foreldre har nytte av å ta opp ulike problemstillinger samme med de som har lignende erfaringer. Det tilbys lignede støttegrupper i andre kommuner (Haukø & Stamnes, 2014, s. 141).

I barnevernstjenesten tilbys det oftest råd og veiledning til foreldre som har psykiske helseutfordringer (Gjerustad et al., 2006 s. 109). Tiltaket råd og veiledning tilbys enten av barnevernsansatte selv, eller andre i kommunen som for eksempel familieveileder (familie terapeuter) som gir foreldreveiledning. Det kan også være tiltak å sette inn en miljøterapeut som hjelper familien med avlastning. For eksempel å ta med barn på fritidsaktiviteter og andre lignende aktiviteter. Jeg vil understreke at dette er avhengig av saker og alvorlighetsgrad, og ikke minst hvordan tjenestetilbudet er organisert i de forskjellige kommunene.

3.6.2: Idealer:

Under skriving av den oppgaven har det skjedd endringer i barneverntjenesten.

Barnevernloven har blitt rettighetslov, barn har lovfestet rettigheter på tiltak fra barnevernstjenesten når de lever under ugunstig forhold. Tidligere kunne foreldre velge bort hjelp til barna. I slike tilfeller er det foreldrene som avgjorde hvorvidt barnet får den hjelp det eventuelt trenger. Endringene i loven kan føre til at flere barn og foreldre blir bevisst at barnet har rettigheter og derfor oppsøker hjelp (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017)⁷.

3.6.3: Tjenestetilbudet dekker ikke behov?:

I artikler fremgår det at brukere trenger en helt annen oppfølging enn det tilbudet som er tilgjengelig i ulike kommuner. Familien trenger tilrettelagt hjelp etter deres behov (Rørvik, 2017). Mangel på samhandlingsstrukturer internt i kommunene og spesialisthelsetjenesten, hindrer at barna blir fanget opp og får hjelp. Det er stor sprik mellom kunnskap vi har om risiko for barn og unge under oppvekst med foreldre som har psykiske helse utfordringer, og hva som kan gjøres for å støtte og hjelpe barn (Aubert & Halså, 2016, s. 71). Det er ofte flere instanser involvert i disse saker, tverrfaglig må bli bedre koordinert for å gi enda bedre og tilrettelagte tjenester.

3.7 Behov for mer kunnskap:

Det er særlig to ting jeg ønsker å undersøke. Det settes i gang tiltak som råd og veiledning i hjemmet, og støtte til fritidsaktiviteter hvor foreldre har psykiske helseutfordringer (Gjerustad

⁷ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/barnevernloven-bli-en-rettighetslov/id2569076/>

et al., 2006, s. 109). Hva innebærer råd og veiledning, og hvem er ansvarlig for dette i slike saker? Jeg vil utforske hvordan barnevernansattes beskriver foreldre som har psykiske helseutfordringer, og deres beskrivelser av konsekvenser for barn vokser opp under deres omsorg.

I familier hvor foreldre har psykiske helseutfordringer er man avhengig av at noen i hjelpeapparatet oppdager utfordringer familier sliter med. I neste omgang er det viktig å bli henvist til den rette instansen. I slike saker er det flere instanser som samarbeider. Etter min oppfatning er det behov for mer forskning på hvordan rutinene for tverrfagligsamarbeid i kommunene er organisert og fungerer. Forskning på det kan gi mer kunnskap, deretter endringer av rutiner i kommunene.

4. Teori del 1:

4.1 Innledning:

I denne delen av oppgaven presenterer jeg ulike teoretiske innfallsvinkler som kan belyse min problemstilling. Jeg har fokus på sosialarbeiderrollen, og hvilke dilemmaer sosialarbeidere møter i arbeid med barn av foreldre som har psykiske helseutfordringer. Til sist presenterer jeg ulike perspektiver på psykiske helseutfordringer, og en kort oppsummering.

4.2 Hvordan møte brukere:

Barnevernsansattes yrkesutøvelse er basert på humanistiske og demokratiske verdier, det legges vekt på å fremme likeverd og respekt i møte med barn og familier (Shulman, 2003, s. 384-385). Det skal arbeides for å skape et trygt og tillitsfull atmosfære, hvor barn og unge opplever å bli sett og hørt. Dette forutsetter at barnevernsansatte møter familier som subjekter, og viser respekt for andres meninger og oppfatninger. Familien skal få mulighet til å vise følelser og legge ord på deres oppfatning av situasjon. Slik at de kan føle seg ivaretatt og respektert. Barnevernsansatte kan i møte med familier lett bli opptatt av å finne løsninger og iverksette tiltak. Dersom man går frem på denne måten, kan det føre til at familier føler seg avmektig, og ikke opplever kontroll over egen situasjon (Røkenes & Hansen, 2012, s. 11). Å fremme myndiggjøring i møte med den andre, gir økt følelse av innflytelse og styring over egen situasjon. Sentrale nøkkelbegreper i møte med barn og familier som er i sårbare situasjoner er å vise respekt, tillit, åpenhet, omsorg og likeverd (Shulman, 2003, s. 384-385).

4.3 Definisjon av situasjon:

Definisjon av situasjon er en term som er konstruert av Thomas & Znaniecki (1923). Det handler om at vi alle kan ha ulik oppfatning av en gitt situasjon, og det er enkelte individs oppfatning av en situasjon som vil være avgjørende for hvordan individet handler og responderer. Hvordan vi definerer en situasjon, og hvilken forståelse vi har for en situasjon ligger i måten vi uttrykker på. Tolkning av situasjon foregår på flere nivåer, både på individnivå, gruppenivå og samfunnsnivå (Helgeland, 2009, s. 22). Barnevernsansatte og brukerne kan ha ulik virkelighetsforståelse. Dette på bakgrunn av forskjellige livserfaringer og ståsteder. For eksempel kan en barnevernsansatt feiltolker brukerens signaler eller væremåte, og deretter å være raske til å konkludere. I slikt tilfelle vil brukere være dypt uenige med saksbehandlers avgjørelse. For å kunne forhindre at slike situasjoner oppstår, er det viktig å komme til noenlunde felles forståelse av situasjon. Vi kan aldri forstå den andre

helt, men likevel en kan danne ett bilde av vedkommendes helhetlig situasjon. Det er nok at brukeren opplever seg forstått (Levin, 2004, s. 80).

4.4 Hva er bakkebyråkarat?

Barnevernsansatte representerer et system eller en organisasjon. Organisering av tjenester har mer eller mindre byråkratiske trekk. Kommunikasjon og informasjonsflyt går ovenfra og nedover i organisasjon. Det er fokus på økt produktivitet, kvalitet på tjenester samt brukermedvirkning. Disse målsetningene kan ofte føre til motsetninger. Det er ikke gitt at effektivitet går sammen med hverken brukermedvirkning eller kvalitetsarbeid. Disse målsetningene kommer i uttrykk først og fremst i møte med brukere. Det er derfor viktig å sette søkelys på samhandling mellom brukere og systemet, her spiller bakkebyråkraten en avgjørende rolle (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 41-43).

Bakkebyråkraten på vegne av deres organisasjon har direkte kontakt med brukerne. Dette er personer som er lavest i hierarkiet, i den betydning at de har bakkekontakt. I møte med brukerne opptrer de som representanter for et system som forvalter tjenester. De fungerer som portvakter, og systemets ansikt utad. I boka *Street Level Bureaucracy* (Lipsky 1980) skriver at for å forstå offentlig politikk, er ikke nok å se vedtak som er fattet av politikere og retningslinjer som er utformet av byråkrater. Det er like viktig å bemerke hvordan disse lovene og reglene blir praktisert av de som er satt av til denne oppgaven. Det er summen av disse faktorene som blir til offentlig politikk (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 44).

4.5 Bakkebyråkrat – dilemmaer:

Barnevernsansatte møter brukere ansikt til ansikt, og får innblikk i flere sider ved familiene, enn det som står i saksdokumenter. De kan oppleve utfordringer i forhold til brukerens reaksjoner på et vedtak. Det personlige møte mellom brukere stiller andre utfordringer, enn de som bare har kontakt med brukere gjennom saksmapper. Brukere kan bli lei seg, sinte og til og med aggressive. Alle mine informanter nevnte dette under intervjuene at de har opplevd dette. Det stiller barnevernsansatte ovenfor utfordringer som de lenger oppe i byråkratiet slipper. Barnevernsansatte er i mellom posisjon, hvor de har forventninger fra ledere og samtidig fra brukerne. Et eksempel jeg kan trekke inn her er krav til effektiv saksbehandling og forholde seg til frister for å sende inn dokumentasjon. På den andre siden er det krav fra brukere som ønsker ansatte som har god tid, og kan følge opp familiene i lengre periode (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 45- 46). Alle mine informanter nevnte at de kunne ønske de hadde mer tid til alle saker.

4.5 Profesjonelt skjønn:

Barnevernssaker er ofte kompliserte, det er mange hensyn å ta. Dette samsvarer ikke med den byråkratiske tenkningen hvor idealet er at alle brukere skal behandles likt. Det kan gå på tvers av individuelle behov. Profesjonelt skjønn er vid og blir utøvd av profesjonelle som leger, lærere, sosialarbeidere osv. Disse yrkesgrupper har en viss autonomi i forhold til allmenne byråkratiske prinsipper. Ved utøvelse av profesjonelt skjønn tas det hensyn til hvert enkelt livssituasjon. På den andre siden er det fare for at saker behandles ulikt. Barnevernsansatte har som arbeidsoppgave å kontrollere informasjonsflyten mellom byråkrati og brukere. De har mulighet til å påvirke forventninger fra begge kanter, og kan rettfærdiggjøre et vedtak som ellers hadde blitt sett på som illegitim. Dette på bakgrunn av at barnevernsansatte er de eneste som har både tilgang til organisasjonen og brukere. Det er ingen effektiv kontroll over hva vedkommende presenterer til den andre parten (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 51).

4.7 Faglige normer og hverdagslivets normer:

Faglige normer handler om at teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter. Teoretisk kunnskap består av forskningsbasert viten. Kunnskap om faglige begreper, modeller og lover og regler innenfor et gitt felt. Yrkesspesifikke ferdigheter er teknikker og metoder som særpreger bestemte yrker. Hverdagslivets normer kan betegnes som personlig kompetanse. Den består av viten som er subjektiv, unik og erfaringsbasert (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 30). Vi bruker personlig kompetanse både som fagperson og privatperson. I følge (Skau, 2011) er personlig kompetanse en del av den profesjonelle kompetansen. Denne kompetanse utvikles gjennom anvendelse av teoretiske og yrkesspesifikke ferdigheter på bakgrunn av erfaringer vi gjør, våre subjektive fortolkninger, og selvrefleksjon i etterkant (Skau, 2011, s. 58-62).

Når barnevernsansatte møter brukerne, er det et møte mellom to parter med ulike interesser og intensjoner, hvor deres normer kommer fra forskjellige posisjoner. Barnevernsansatte tar oftest utgangspunkt i den faglige kompetanse, mens brukere har hverdagslig forståelse.

Brukerens forståelsen kan være basert på normer og handlingsmåter i et gitt samfunn. I interaksjonsprosessen er det viktig å bygge bro, hvor vi ikke utelukker hverandres normative forståelse. Hovedansvaret ligger hos barnevernsansatte som skal sørge for at man kommer til enighet gjennom overbevisning (Madsen, 2006, s. 222).

Barnevernsansattes hverdagsforståelse blir faglig eller vitenskapelig når en er bevisst egen forforståelse og fordommer (Haugsgjerd et al., 2009, s. 39). Et eksempel er at hvis en bruker spør: Hva hadde du gjort i denne situasjonen? Som barnevernsansatt er ikke alltid lett å svare. Da kan man som saksbehandler si at jeg hadde gjort dette, men du må selv vurdere hva som

passer deg. Jeg deler bare mine erfaringer, og det vil ikke si at du skal handle på samme måte som meg.

Fra et etisk synspunkt må barnevernsansatte innse at de ikke kan praktisere helt og holdent ut fra deres faglige ønsker. På en annen side må brukerne forholde seg til at de ikke selv står fritt til å velge tiltak. For at dette prinsippet skal kunne virkeliggjøres må barnevernsansatte innse sine begrensinger når det grad av involvering i andres liv. På samme måte må brukerne erkjenner at de må underordne seg det institusjonelle systemet for kunne motta profesjonell hjelp (Madsen, 2006, s. 223).

4.8 Forståelser og konstruksjon av psykiske helseutfordringer:

Jeg presenterer ulike forståelser av psykiske helseutfordringer, blant annet psykiatrisk, humanistisk, systemisk og bio-psyko-sosiale perspektiver. Jeg vil fremheve at større bevissthet rundt ulike forståelser av psykiske helseutfordringer som videre kan bidra til et bedre samhandling mellom saksbehandlere og brukere.

4.8.1 Psykiatrisk perspektiv:

Det psykiatriske perspektivet bygger på forklaringer som springer ut fra biologisk forståelse av psykisk sykdom. Medisinsk forskning er preget av positivisme. Det handler om å ta utgangspunkt i det som er sansbar. Oppmerksomheten rettes mot det som kan observeres. Innen positivistisk tenkning er det avgjørende å få fram hvordan verden egentlig er og ikke hvordan den bør være. Psykiatrisk forskning baserer seg på naturvitenskapelig tilnærming. Enten man forsker på arvelighet, kjemiske forhold i hjernen, forekomst av sykdom og sykdomsforløp, tar man utgangspunkt i diagnostiske grupper. Man samler inn data fra et stort antall mennesker ut fra statistisk sannsynlighetsberegninger, og deretter forsøker å se sammenlignbare trekk hos mennesker. Dette kan si noe om personens psykiske helse. Forskjellige diagnoser hevdes å være rent beskrivende. De bygger ikke på en spesiell teori, og tar ikke hensyn til kulturelle og religiøse verdier (Haugsgjerd et al, 2009, s. 45-46).

4.8.2 Humanistisk perspektiv:

Det humanistiske perspektivet er man opptatt av det subjektive og erfarte opplevelsen av verden. En person og hans fremtreden forstås ut fra «*en person i verden*». Denne verdenen er ikke lik andre personers verden. For å forstå den andre, må vi få tilgang til hvordan den opplever verden (Haugsgjerd et al., 2009, s. 45-46). For eksempel hvordan en person som har fått en diagnose opplever smerte og lidelse. Dette perspektivet fokuserer på det individuelle, noe som ikke gir redskap for å forstå det sosiale samspillet (Haugsgjerd et al., 2009, s. 58).

Det legges det for mye fokus på individet, hvor det er individet som er ansvarlig for sin egen situasjon.

4.8.3 Systemisk perspektiv:

Det systemiske perspektivet er inspirert av konstruktivistisk filosofi. Det handler om at ens virkelighetsforståelse er produkt av egne tankemessige konstruksjoner. I systemisk perspektiv er det ikke nok at en barnevernsansatte forsøker å forstå brukerens virkelighetsoppfatninger, men erkjenne at ens egen virkelighetsoppfatning virker inn på samhandlingsrelasjoner (Haugsgjerd et al., 2009, s. 59). Et eksempel kan være at barnevernsansattes forståelse av psykiske helseutfordringer i møte med brukere danner grunnlag for vurdering av saken.

4.8.4 Bio-psyko-sosiale perspektiv:

Den bio-psyko-sosiale modellen forstår psykiske helseutfordringer ut fra fra det biologiske, psykologiske og sosiale forhold. Det bio-psyko-sosiale perspektiv er opptatt av integrasjonen mellom disse komponentene. Det transdisiplinært perspektiv beskriver ikke bare sammenheng mellom det biologiske, psykologiske og det sosiale men legger vekt på helheten som skapes gjennom prosessene. Det bio-psyko-sosiale perspektiv er forenlig med utviklingspsykologiske teorier, hvor man er opptatt av at modning skjer konstant i samspill med omgivelser. Hjernen utvikling styres en viss grad av genetisk informasjon, men en stor del av hjernens strukturering og nevralt mønstre utvikles gjennom interaksjon med omgivelsene (Hertz, 2008, s. 92-94). Et eksempel kan være når en person som har fått en diagnose. Det biologiske er sykdom, det psykologiske er hvordan den personen tenker og takler sykdom, og det sosiale kan være familie, venner og livssituasjon. I denne modellen er man opptatt av helhetlig forståelse av den psykiatriske diagnosen.

4.9 Oppsummering:

Jeg har trukket fram teoretiske perspektiver som viser sosialarbeiderrolle i barneverntjenesten. Barnevernsansatte i førstelinjetjenesten møter forskjellige type problematikk, det er ikke alltid man har kunnskap om alt. Det kan by på mange utfordringer. Barnevernsansatte er portvoktere, deres forståelse og konstruksjon av psykiske helseutfordringer vil påvirke saksgangen videre. De må også forholde seg til rutiner og regler i arbeidshverdagen. Det jeg forsøker å få frem er at saksbehandlerne har både forpliktelser ovenfor organisasjonen og brukere. Disse dilemmaene vil jeg diskutere videre i analysekapittel.

5. Teori del 2:

5.1 Innledning:

Jeg presenterer ulike teoretiske perspektiver for å forstå konsekvenser av oppvekst med foreldre som har psykiske helseutfordringer. Disse perspektivene er sentrale i barnevernsarbeid.

5.2 Hva er omsorg og samspill?

Omsorg handler om god samhandling, som kommer fra forståelsen av at mennesker i bunn og grunn er avhengige av hverandre. Den avhengigheten er tydelig blant spedbarn, som er fullstendig avhengig av sine omsorgspersoner. Spedbarn uttrykker sin avhengighet på forskjellige måte, blant annet gjennom gråt. Når barn uttrykker behov, og omsorgspersoner responderer med å oppfylle behovene kaller vi omsorg i handling. For eksempel barns gråt hentyder til at foreldre svarer omsorgsfullt (Skårderud et al., 2010, s. 86).

Samspill handler om når mennesker møtes, forventes det at begge parter er aktive og responderer hverandre. Dette forutsetter å rette oppmerksomhet mot hva som uttrykkes i ord og handling, og hvordan den andre kommer med et svar som er hensiktsmessig i en gitt situasjon. Samspill blir sett på noe godt, men vi mennesker er ikke klar over vår egne følelser og tanker. I mange tilfeller reagerer vi med uten å være bevisst på reaksjonen, hva vi har gjort og hvordan vi har reagert. Et eksempel er at når miljøterapeuten på skolen reagerer med frustrasjon ovenfor en ungdom som er utagerende. Det kan hende miljøterapeuten hadde en dårlig dag, og i senere tid angret på sin væremåte.

Mennesker med psykiske helseutfordringer kan ha opplevd vanskeligheter gjennom livet som kan ha ført til at de beskytter seg selv i form av reservasjon, vaktksomhet og skepsis ovenfor andre mennesker. Disse mennesker får ikke tilstrekkelig utbytte av samspill med andre på bakgrunn av følelser som sinne, angst, skamfølelse hemmer deres utvikling. I barnevernsarbeid er det viktig å fremme godt samspill, dette innebærer både at vi danner forståelse for brukerens følelsesmessige tilstand, samtidig har kontroll på *våre egne følelser* i situasjon. Et annet eksempel kan være at vi blir følelsesladet over noe brukeren sier, og kan det engasjerer oss. Kunsten i det øyeblikket er å dempe den følelsesmessige reaksjonen, og forsøke å hele tiden ha fokus på brukere (Skårderud et al., 2010, s. 86-87).

I undersøkelsesarbeid er det viktig å ha blick på det Kund Løgstrup (1956) kaller «*spontane livsytringer*». Med dette menes at et spedbarn kommer til verden med skjema der det er nedfelt måter å møte verden på. I vårt arbeid er vi opptatt av hvordan omsorgspersoner møter

det barnet gir utrykk for. Gjennom vårt arbeid forsøker vi å forbygge det som ikke fungerer godt i det samspillet (Skårderud et al., 2010, s. 86-87).

5.3 Mikroseperasjoner og barnets atferd:

Tilknytningsteori har økende fokus på mikroseperasjoner. Mikroseperasjoner blir definert som brudd i samspillet mellom barn og foreldre på bakgrunn av at foreldre har manglende innlevelse på barn. Det er «*mismatch*» i samspillet på bakgrunn av dårlig emosjonell tilpasning. Dette skjer i tilfeller hvor det enten er påtrengende eller emosjonell tilbaketrukket samspill (Tronick, 2007 i Kvello, 2012, s. 118). Et påtrengende samspill innebærer at foreldre ikke respekterer barns ønsker men er opptatt av at de skal styre samspillet. Dette leder til samspill som ikke er gjensidig. F.eks. barn ønsker pause fra lek men foreldrene vil fortsette. Når barn gir utrykk for samspill med omsorgsperson, og ikke får respons vil barn etter hvert ta mindre initiativ. Barn i slike situasjoner vil føle seg avvist på grunn av at deres medfødte forståelse om samspill ikke samsvarer med omgivelsene. I barnevernsarbeid vil mikroseperasjoner handle om foreldre med svake samspillferdigheter, og foreldre som sliter med egne psykiske helseutfordringer, og dermed ikke har kapasitet eller overskudd til å være delaktig i samspillet (Kvello, 2012, s. 118).

Barnevernsansatte kan observere hvilke signaler barn gir i samhandling med omsorgspersoner. Barn viser hvordan de har det og hvilken omsorg de har behov for ved «*signalatferd*» samt hvordan de kommer nærmere omsorgspersoner for å få omsorg ved «*tilnæringsatferd*». *Veiledende signaler* handler om at barn viser hvordan de har det, og hva slags omsorg de trenger. Et eksempel kan være et barn under lek oppdager noe som han ikke har sett før og viser redsel, og løper mot omsorgspersoner for å få bekreftelse og trøst. I dette tilfelle og andre tilfeller er det viktig at omsorgspersoner reagerer på barns signaler, og ønske om omsorg (Kvello, 2012, s.126).

Villende signaler handler om at barn tilslører, benekter, tildekker osv. I slike tilfeller er det krevende å forstå hva barn egentlig ønsker. Barns handlinger samsvarer ikke med barns ønsker. Et eksempel kan være at et barn under hjemmebesøk forlater rommet og smeller døra på toalettet. Både foreldre og barnevernsansatte ser hverandre, og er nysgjerrige på hva det kan være. I slike situasjoner er svært krevende å forstå hvorfor barn oppførte seg som det gjorde. Det kan hende omsorgspersoner vurderer sanksjoner for slik handling, men det kan være noe annet (Kvello, 2012, s. 126). Forskning viser mennesker med *villende handlinger* har høy forekomst av utrygg tilknytning og psykiske lidelser. Barnevernsbarn og deres omsorgspersoner har ofte utrygg tilknytning og dårlig psykisk helse. Dermed er det

avgjørende at barnevernsansatte klarer å forstå/fortolke hva som er årsak bak handling (Kristofersen, 2005 i Kvello 2012, s. 127). Dette er svært krevende oppgave hvor det kreves erfaringer. I mange saker får ikke barnevernsansatte bygget den relasjonen verken til barn og omsorgspersoner for å kunne komme til en posisjon hvor de faktisk kan fortolke disse signaler. Dette kan være på bakgrunn av manglende tid og prioriteringer på forskjellige tjenestesteder.

5.4 Bowlbys tilknytningsteori:

Barnevernet tar ofte utgangspunkt i tilknytningsteori. Alle barn er tilknyttet til sine omsorgspersoner, men det barnevernsansatte er opptatt av er tilknytnings kvaliteten. Det er kvaliteten som er avgjørende når det gjelder hva som fremmer og hemmer utvikling av barn (Kvello, 2012, s. 117). Det antas at kvaliteten på tidlig tilknytning danner grunnlag for senere psykososial utvikling. Det forutsettes at omsorgsutøvelsen barn erfarte i tilknytningsfase, blir opprettholdt over tid (Brandtzæg et al., 2011, s. 27). Bowlby sammenfatter barns tilknytningmønster ved å dele det i fire kategorier:

Den *trygge tilknytningen* gjør at barnet er utforskende i samspill med andre, og når de møter uforventede eller stressende situasjoner vil de oppsøke sine omsorgspersoner.

Omsorgspersoner vil være mottakelige for barnets signaler, og reagerer kjærlig når de søker trøst (Hart & Schwartz, 2008, s. 79). Foreldre er opptatt av både fysiske og psykiske behov. Forholdet mellom foreldre og barna er preget av samarbeid og tillit. Omsorgen foreldre gir er tilpasset barnets behov. Foreldre hjelper barn til å føle seg forstått og de er i stand til å regulere sine følelser (Brandtzæg et al., 2011, s. 27).

Den *utrygge unnvikende tilknytningen* kjennetegnes ved at barn lærer å ikke bruke tilknytningssystemet, og unnlater å søke trøst når de blir utrygge eller redde. De orienterer seg mot andre ting når de egentlig skal søke hjelp hos omsorgspersoner. Bowlby mener at barn med denne tilknytning utvikler «*det falske selvet*». Dette er vanlig i familier med foreldre som er avvisende på grunn av psykisk sykdom, eller egne emosjonelle problemer (Hart & Schwartz, 2008, s. 80). For å få forelderens oppmerksomhet oppfører barn i denne kategorien slik de tror foreldrene ønsker. Foreldre er ikke sensitiv ovenfor barnets følelser og mentale tilstander, men er opptatt av hvorvidt barna verdsetter foreldrene (Brandtzæg et al., 2011, 27).

Den *utrygge ambivalente tilknytningen* betegnes hvor barn ofte er anspent, usikker og redde for at foreldre vil bli borte. Barn i denne kategorien søker dermed konstant etter nærhet uten at det tilfredsstillende og gir dem trygghet. Denne type tilknytning oppstår når foreldre i noen

situasjoner er tilgjengelige, mens i andre situasjoner når barn har behov for dem er utilgjengelige (Hart & Schwartz, 2008, s. 79-80). Når barn endelig får oppmerksomhet det trenger, er de ikke sikre på om foreldrene vil fortsette å engasjere seg. Disse barna står imot å bli trøstet eller regulert. Barna har problemer med konsentrasjon i forhold til lek og utforskning, og blir urolige av risiko for atskillelse (Brandtzæg et al., 2011, 29).

Den *desorganiserte tilknytningen* utvikler barnet ustabil atferdsformer. Barn utviser motstridende eller uforståelig atferd. Denne formen for tilknytning eksisterer i familier hvor barn kan ha vært utsatt for seksuelle misbruk eller fysisk og psykisk mishandling. Disse barna viser tydelig frykt for tilknytningspersonen (Brandtzæg et al., 2011, 33). Dette kan komme av at foreldre sliter med sin psykiske helse (depresjon) og ubearbejdede traumer, som barn får konsekvenser av. Barns signaler blir feiltolket, og foreldrenes reaksjon stemmer ikke overens med barns behov. Dette fører til at barns tilknytning er uorganisert som følge av fravær av stabile indre arbeidsmodeller (Hart & Schwartz, 2008, s. 80).

Tryggtilknytning handler som at omsorgspersoner klarer å oppfatte barnets signaler «riktig» og møter barnets behov på en adekvat måte. Det er samtidig viktig å presisere at ingen klarer å fange barnets signaler presist, men omsorgspersoner kan ha antagelse om hva det kan være. Ainsworths pionerarbeid vektla sensitivitet i samspillet mellom barna og foreldrene som årsaken til trygg tilknytning. Det har blitt reist tvil om denne hypotesen (Brandtzæg et al., 2013, 57). Det er henvist til flere studier i (Brandtzæg et al., 2013) hvor det kommer fram at relasjon mellom forelderens sensitivitet og barnas tilknytningstrygghet ikke er så spesielt sterkt som en skulle forvente. Det er samtidig ingen grunn til å anta at forelderens omsorgsutøvelse (sensitivitet) ikke har innvirkning på barns tilknytningsmønster. Meins og medarbeiderne 2001 i (Brandtzæg et al., 2013) fant ut at mødre som i samhandling med barna kommenterte deres mentale prosesser ga større sannsynlighet for trygg tilknytning i alderen 12 måneder i motsetning til mødre som hadde mest fokus på barnas fysiske behov. Det kommer frem at det å predikere barnas mentale tilstand ga trygg tilknytning, uavhengig av mødrenes sensitivitet. Poenget med det jeg skriver er at mennesker med god mentalisering klarer å møte barns behov på en adekvat måte, og dette gir grunnlag for trygg tilknytning.

5.5 Indre arbeidsmodeller:

Indre arbeidsmodeller handler om en samling av tanker, følelser og handlingsmåter som blir formet av de tidlige samspillerfaringene mellom barn og omsorgsgiver. Erfaringer med god omsorg fra omsorgspersoner gir barn følelse av at en er verd omsorg og omtanke. Disse barna har positiv innstilling om at andre mennesker er til å stole på. Barn har en forventning om at

andre mennesker gir positiv oppmerksomhet og støtte. De oppfører seg etter det, og vil få positive reaksjoner fra andre. Dette bekrefter den gode indre arbeidsmodellen. Derimot hvis barn opplever dårlig omsorg, kan barn begynne å tvile på sitt eget verd, og utvikle mistillit til andre mennesker. Disse barna vil ofte reagere med sinne og avvisning, og som regel bli møtt med negative reaksjoner fra andre. Noe som igjen bekrefter deres negative indre arbeidsmodeller (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 71-72). Et eksempel her kan være et barn som er ufin i munn og utagerer mot fostermor. Dersom fostermor reagerer negativt vil dette bidra med å gi barnet bekræftelse om at jeg er ”umulig” eller ”ingen vil ha meg”.

Mange negative relasjonserfaringer leder til indre arbeidsmodeller der personer unngår andre, er alltid på vakt, konfronterer og tar kontroll over andre (Hawkins & Haskett 2004, i Kvello, 2015, s. 114). Det er behov for å endre omsorgspersoner psykiske helseutfordringer og negative indre arbeidsmodeller, for å lykkes med foreldreveiledning. Særlig i arbeid som kan endre utrygg tilknytning til trygg tilknytning (Kvello, 2015, s. 119). Det er viktig å bemerke at indre arbeidsmodeller ikke er fastlåste og kan endres (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 72).

5.6 Kritikk av tilknytningsteori:

Ingen teori eller metode kan være «korrekte», hvis det er slik kan de tape mulighet for kritisk holdning. Alle metoder og teorier har bruk for kritiske innvendinger for videre utvikling. En av innvendingene mot tilknytningsteori er individuelle forskjeller når det gjelder barns reaksjoner på samspill. Barn reagerer ulikt på samme type samspill (Bunkholdt 1998 i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s.78). Det er mange studier som viser at det er genetisk påvirkning på tilknytning som f.eks. barns temperament (Kvello 2015, 104). Det er samtidig ikke lett å skille mellom hva som kan være tegn til samspill, barnets temperament og barnets tilknytningsmønster (Costa & Figueiredo, 2013 i Kvello, 2015, s. 104). Det er veldig få psykiske lidelser/psykiske funksjonshemninger som er «antitilknyttende» enn autisme. I en metaanalyse av 16 studier viser tilknytning blant autister, 53 prosent hadde trygg-tilknytning (Rutgers et al., 2004 i Kvello, 2015, s. 105). Det viser at miljømessige årsaker har større påvirkning enn genetiske årsaker.

Store deler av forskning innenfor tilknytning viser at mødre med trygg tilknytning får trygg tilknyttede barn, og mødre med utrygg tilknytning får utrygt tilknyttede barn. Dette stemmer ikke helt, da det er mulig at mødre med utrygg tilknytning kan få økt sjanse til å få barn med trygg tilknytning. Barnevernstjenesten og andre instanser spiller en stor rolle i dette arbeidet. Hovedsakelig handler dette arbeidet om bevisstgjøring av omsorgspersoner ovenfor deres egen oppvekst, tilknytningsmønster og indre arbeidsmodeller samt hvordan dette kan ha

betydning for omsorg de utøver. Videre er det vesentlig at omsorgspersoner er sensitive i samspill med barn og har bredere forståelse for at barn har både fysiske og psykologiske behov.

En annen innvending er at forskning på tilknytning har hovedsakelig hatt fokus på mor-barn samspill mens andre i familien som fedre og søsken har fått lite oppmerksomhet. Norge og mange andre europeiske land er likestilte, fedre tar etter hvert større rolle i barneomsorg enn tidligere. Dette preger også barns tilknytningsmønster (Kvillo, 2015, s. 101).

5.7 Parentifisering:

Parentifisering handler om når barna inngår i omsorgsroller med sine omsorgspersoner (Kvillo, 2015, s. 95). Foreldre som ruser seg, og foreldre med psykiske helseutfordringer overlater mye ansvar til barna sine. Dette innebærer at barn tar ansvar for å hjelpe foreldre med både fysiske og psykiske oppgaver. Disse oppgavene skal utføres av voksne.

Parentifisering blir ofte betraktet som noe negativt, noe det ikke alltid er tilfelle. Vi kan skille mellom adaptiv parentifisering og destruktiv parentifisering. *Adaptiv parentifisering* handler om at barn får tildelt større omsorgsoppgaver, men samtidig får mye støtte og oppmuntring fra voksne. Oppgavene deles i akutte situasjoner, og barn skal utføre disse midlertidig. Disse oppgaver skal ikke være så vanskelige at barn ikke klarer å utføre de. Det skal ikke gis oppgaver som krever høyere kognitivkapasitet enn det barn klarer å mestre. Barn som opplever adaptiv parentifisering, kan oppleve økt selvtillit og utvikler selvstendighet. Denne formen for parentifisering øker evnen til å sette seg i andres situasjoner. Disse omsorgserfaringene og mestringsopplevelser bygger resiliens hos barn (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 138-140).

Destruktiv parentifisering handler om rettighet og plikter blant generasjon brytes. Barn får oppgaver som å trøste, beskytte, oppmuntre og å gi råd. Disse oppgavene krever større psykologisk modenhet, noe barn i utgangspunktet ikke har evne til på bakgrunn av deres alder og modenhet. Dette skaper utrygghet hos barn. Når barn bruker mye tid og ressurser til å utføre disse oppgavene, blir det mindre tid til sosialisering med jevnaldrende. Det igjen kan føre til at barn får ikke erfaringer når det gjelder utforskning av identitet og oppbygging av selvbildet. Disse barna virker kompetente, vennlige og hensynsfulle. Mens andre deler av deres personlighet blir mer utydelig (Barnett & Parker, 1998 i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 140). Barna kan streve med å være seg selv i sosiale sammenhenger. I barnevernsarbeid er det ekstra viktig å holde øye på disse barna, da de ofte kan bli glemt. Det har nylig kommet forskning som bekrefter at destruktiv parentifisering kan føre til at barn utvikler psykiske problemer som angst, depresjon, lav selvtillit, bekymringer, skyldfølelse og psykosomatiske

symptomer (Haugland 2006 i Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 140). I de alvorligste tilfellene ved destruktiv parentifisering kan barn som voksne kreve å få omsorg fra sine egne barn (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 138-140).

5.8 Mentalisering:

Definisjon: dreier seg om «*våre muligheter til å forstå oss selv og å forstå andre*». Fonagy et al., 2002 i Skårderud, 2011, s. 136). Mentalisering handler om å være opptatt av at sinnet lager mentale bilder av virkeligheten, og ikke at det «er» virkelighet (Skårderud, 2011, s. 140). Mentalisering er for det meste ubevisst, og det innebærer hvordan vi intuitiv fortolker andres følelser i sosiale samhandlinger (Skårderud, 2011, s.146). Mentaliserende evner er å kunne danne noenlunde forståelse av hva som skjer i det sosiale samspillet. Dette forutsetter bevissthet rundt at vi ikke forstår andre fullt ut, andre sinn er delvis tilgjengelig for oss (Skårderud, 2016, s. 215). Det er å kunne både reflektere over seg selv, og den mellommenneskelige relasjonen. Trygg tilknytning fører til god mentalisering. Derimot de som har utrygg tilknytning er opptatt av å redde seg selv, og holder fast på sitt negative bilde av virkeligheten (Skårderud, 2011, s. 142). Omsorgspersoner som følge av psykiske helseutfordringer ha svak mentalisering (Bateman & Fonagy 2010; Nijssens et al., 2012; Sharp et al., 2011, 2013 i Kvello 2015, s. 136).

Følelsesregulering og selvregulering er sentrale begreper innenfor mentalisering.

Mentaliserte egenskaper hjelper oss til å regulere følelser i de utfordrende møter med andre (Skårderud, 2016, s. 215). Dette gjelder særlig barnevernsansatte som møter familier som er i svært sårbare situasjoner. For eksempel en familie som kommer til førstegangssamtale hos barnevernet på grunn av bekymringsmelding. Det kan være at de har mange spørsmål, og det kan også hende at denne familien sliter med andre sosiale problemer. I denne situasjonen kan foreldres påkjenninger komme til uttrykk i form av sinne, frustrasjon osv. I denne sammenheng er det barnevernsansattes oppgave å følelsesregulere familien. I dette ligger det å skape atmosfære hvor familien kan føle seg trygge, og kan faktisk prate om det som utfordrende.

Mentaliseringsbegrepet er nyttig når barnevernsansatte skal vurdere forelderens nærvær, og evnen til å fortolke barns signaler. Foreldre tillegger meninger og intensjoner til disse signaler, og svarer barn slik at de kan regulere sine følelser og oppfatte seg selv som selvstendige individer. På en annen side hvor omsorgspersoner som sliter med psykiske helseutfordringer ikke er like gode til å speile barns atferd, vil deres evne til å forstå barns behov er manglende. Arbeid med å fremme forelderens mentaliserte evner kan fremme

barns mentale helse (Skårderud, 2016, s. 219). God mentalisering leder til reduksjon av psykiske lidelser og bedring av omsorgsutøvelse (Allen et al., 2008; Allen & Fogany 2006; Fonagy 2001 i Kvello, 2015, s. 147). Når man skal vurdere foreldres mentalisering, er det viktig å merke seg til at barn deltar i andre sosiale sammenhenger i tilknytningsprosessen, og ikke bare innenfor nær familie. Andre faktorer som økonomi, familiestøtte, venner og barnehage bidrar også til utviklingsstøttene foreldreskap (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 74-75). Vurdering av hvordan barn har det skal baseres på systemperspektiv. Barn blir spesielt negativt påvirket av forelderens psykiske lidelser der de har svak eller negativ sosial støtte (Kvello, 2015, s. 199).

5.9 Sosial arv:

Atferd, verdier, holdninger og handlingskompetanse fra familie og oppvekstmiljø preger den sosiale arven. For å forstå sosial arv må man sette seg inn i både hvordan foreldrene og oppvekstmiljøet ellers har påvirket barnet. Man kan for eksempel anta at foreldres psykiske helseutfordringer vil kunne innvirke på barnets sosiale arv. Man må også se på hvordan velferdsstatens institusjoner setter sitt preg. For eksempel sammenheng mellom utdanningsnivået til foreldre og barn, og ellers hvordan samfunnsmessige strukturer og institusjoner spiller inn. Alle disse sammenhengene viser kun en tendens, og er ikke deterministiske lovmessigheter for det enkelte mennesket. Det betyr at det ikke er forhåndsbestemt hvordan det vil gå med oss, med noen få unntak (Ploug, 2017, s. 14-15).

5.10 Oppsummering:

Jeg har skrevet om ulike perspektiver som kan danne grunnlag for å forstå konsekvenser av oppvekst med foreldre som har psykiske helseutfordringer. Det viktige er at barnevernsansatte er oppmerksomme på konsekvenser på lik linje som andre alvorlige omsorgssvikt. Disse perspektivene kan gi pekepinn på hva barnevernsansatte skal se etter i møte med barn av foreldre med psykiske helseutfordringer. Jeg knytter disse teorier til ulike situasjoner som skal analyseres i denne oppgaven, blant annet hvordan saksbehandlere beskriver konsekvenser ovenfor barn av foreldre med psykisk helseutfordringer, og samtidig hvordan de bruker fagligforståelse i råd og veiledning.

6. Metode og data

6.1 Innledning:

I dette kapitlet skal jeg redegjøre for forskningsmetode jeg bruker i min masteroppgave. I min oppgave er jeg opptatt av å løfte fram utfordringer barnevernsansatte møter og hvordan disse utfordringene kan løses. Samtidig ønsker jeg å få fram barnevernsansattes opplevelser og refleksjoner i arbeid med denne målgruppen. For å få tak i informasjon har jeg valgt å intervju ansatte som jobber i barnevernstjenesten. I dette kapitlet presenterer jeg den vitenskapelige forankringen i oppgaven, deretter metodegjennomgang. Kapitlet avsluttes med diskusjon om validitet og reliabilitet, samt etisk refleksjon rundt valg av metode og analyseprosessen. Til sist presenterer jeg temaer som skal analyseres i neste kapittel.

6.2 Vitenskapeligforankring: Fenomenologi:

Opphavsmannen til fenomenologi er Edmund Husserl (1859-1938). Fenomenologi forstås best som en radikal anti-tradisjonell filosofisk retning, hvor vi forsøker å komme til sannheten ved å beskrive fenomener. I bredeste forstand kan hva som helst manifesterer seg til bevissthet. Det er å være oppmerksom på bevissthetens natur som den erfarne, ikke avbildet av sunn fornuft. Forklaringer skal ikke pålegges før fenomenene har blitt forstått fra innsiden. Fenomenologiens hovedbidrag har vært å beskytte den subjektive oppfatningen av erfaring som en nødvendig del av enhver full forståelse av kunnskaps natur (Moran, 2000, s. 4-5). I kvalitativ forskning er fenomenologi et begrep som tar utgangspunkt i å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver, samt å beskrive verden slik den oppleves av informantene. Dette ut fra forståelse av at den virkelige verden konstrueres ut fra det mennesker oppfatter (Brinkmann & Kvale, 2015, s 45).

6.3 Metodisk tilnærming:

I denne oppgaven vil det bli anvendt kvalitativ metode for å best mulig besvare problemstillingen. En kvalitativ metode er relevant til problemstillingen da det tar utgangspunkt i informantens egne perspektiver og beskrivelse av verden. Dette ut fra en fenomenologisk forståelse (Brinkmann & Kvale, 45, s. 2015). Denne tilnærmingen passer til det jeg ønsker å undersøke om hvordan barnevernsansatte arbeider med denne målgruppen, og hva som er deres forståelse av problemstillingen. Det gir en mulighet for intervjuer til å utforske hva informantene legger i deres kognitive kategorier. For eksempel hva legger informantene i begrepet og fenomenet ”psykiske vansker”, som kan avdekke informantenes ”prototypiske” forståelse av psykisk sykdom.

For å kunne best mulig avdekke kognitive kategorier og forestillinger av temaet hos informantene, vil det å anvende kvalitative forskningsintervjuer i form av semi-strukturerte intervjuer være aktuelt. Denne formen for intervjuer ligger nært opp til samtaler i dagliglivet, men har formål som profesjonelt intervju. Det er ikke en åpen samtale, men heller ikke en lukket spørreskjema samtale. Det er noe midt imellom. Jeg vil ha en liste med spørsmål som er basert på undersøkende elementer ved informantens forståelse av virkelighet i forhold til tema (Brinkmann & Kvale, 2015 s. 46). Jeg ber informanter om å fortelle om tre forskjellige saker hvor psykisk helse er i bildet. Og deretter stille oppfølgingsspørsmål, hvor fokuset er på hva de har gjort konkret i disse saker. Det kan vise variasjoner i handling og refleksjon i ulike saker. Hovedfokuset mitt har vært brukere som har psykiske helseutfordringer men ikke har fått psykiatrisk diagnose, men mine informanter snakket om brukere både med og uten diagnose.

6.4 Utvalg og rekruttering:

Informanter til dette prosjektet er ansatte i barnevernstjenesten. Jeg har valgt disse informanter fordi de er mest egnede til å besvare problemstillingen min. Det ene kriteriet er at de har jobbet i barnevernstjenesten i ett år eller mer. Dette på bakgrunn av at de har godt kjennskap til rutiner og tilstrekkelig med erfaringer. Det andre kriteriet er at informanter jobber enten i undersøkelses- eller tiltaksteam. Dette fordi disse informantene vil være best egnet til å besvare mine spørsmål. På bakgrunn av at de avdekker omsorg, setter inn og følger opp tiltak i familier hvor foreldre har psykiske utfordringer. Jeg har valgt å intervju barnevernsansatte fra forskjellige kontorer, dette for å få fram ulik organisering av tjenester. Min erfaring etter intervjuene er at de fleste kontorer har noen lunde lik organisering, unntak av et kontor hvor det var både barnepsykolog og voksenpsykolog, og et annet kontor var det en psykolog som jobbet der. Psykologhjelp er tilgjengelig når barnevernsansatte har behov for bistand. Psykologene var også deltakere under samspill observasjoner.

I starten tok jeg kontakt med forskjellige barnevernsledere på forskjellige barnevernskontorer per e-post. Noen svarte på min henvendelse ved å skrive at de har videresendt min e-post til aktuelle kandidater, mens fra andre fikk jeg ikke svar. På e-post stod det at saksbehandler vil kontakte deg hvis de ønsker å delta i studiet. Jeg ventet flere dager uten å få svar fra noen. Deretter tok jeg kontakt med noen fra nettverket mitt. Det var flere som ikke kunne delta fordi de ikke hadde jobbet mer enn ett år. Jeg ba dem sende min informasjonsskriv videre til ansatte som jobbet på samme kontor. Jeg fikk fortsatt ingen svar. Jeg ventet lenge, etter det tok jeg kontakt med tidligere klassekamerater som var villig til delta i studiet. De oppfylte kriteriene

for studiet, og den siste informant fant jeg gjennom min arbeidsplassen. Til slutt klarte jeg å finne fire informanter som etter min mening ga det materielle som var nok for gjennomføring av oppgaven. Den opprinnelig planen var å intervjuet fem/seks informanter men det viste seg at det ikke var så lett. Det har vært en krevende prosess med å finne informanter.

Jeg intervjuet informantene på deres arbeidsplass. Det på bakgrunn av at de skal føle seg trygge i sine egne omgivelser. Et intervju måtte vi ha på Oslomet, på grunn av at informanten jobbet på et kontor som var litt langt unna. Informanten hadde mulighet til å komme til Oslomet. Alle intervjuene varte i ca. en time, uten pauser.

6.5 Intervjuguide:

Jeg jobbet med intervjuguide tidlig i prosessen da jeg ikke hadde noen klar problemstilling enda. Jeg laget intervjuguide utfra tema. Jeg spør mine informanter om å fortelle om tre saker de har jobbet med der foreldrenes som har psykiske helseutfordringer. Tanken bak dette var at jeg skal stille oppfølgingsspørsmål rundt det. Jeg hadde flere tilleggsspørsmål som jeg hadde laget for intervjuene. Jeg ønsker ikke å bare være opptatt av intervjuguide, men vil stille gode oppfølgingsspørsmål for å avdekke et tema som jeg kanskje ikke har tenkt på forhånd. I denne sammenheng er jeg svært opptatt av å ikke ha ferdige kategorier og fortolkningskjema, men være bevisst på at det kan komme nye fenomener som også er relevante for oppgaven min. Jeg som intervjuer skal vise åpenhet og anerkjenne nye aspekter ved temaet (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 48). Derfor vil det være nødvendig å ha en intervjuguide med noen bestemte åpne spørsmål som jeg kan forholde meg. Dette hjelper meg til å unngå mest mulig bruk av ledende oppfølgingsspørsmål.

Etter første intervju oppdaget jeg at jeg blandet generelle og konkrete spørsmål under intervjuene, men egentlig skulle jeg være opptatt av konkrete spørsmål som for eksempel ”hva gjør du som saksbehandler i denne situasjonen?” Jeg endret intervjuguiden, og skilte generelle og konkrete spørsmål. I de neste intervjuene hadde jeg fokus på refleksjoner rundt deres avgjørelser og/eller praksis. I de to første intervjuene fikk jeg svar som «i slike saker setter vi inn tiltak som råd og veiledning, og det kan være hva som helst». I neste intervjuene ble jeg nysgjerrig på å spørre «i slike saker hva slags rådgivning har du gitt og hvorfor». Jeg var opptatt av hva saksbehandler har gjort” i slike situasjoner”, i motsetning til det første intervjuet hvor jeg blandet både generelle og konkrete spørsmål. Jeg hadde fokus på deskriptiv tilnærming hvor jeg oppfordret intervjuinformantene til å beskrive nøyaktig hva de opplever og føler, og hvordan de har handlet i de konkrete situasjonene (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 47).

6.6 Gjennomføring av intervjuer (Forarbeid):

Under intervjuene vil jeg vektlegge aspekter som aktiv lytting, intonasjon ved spørsmålstilling, lengden på pauser, og etablering av god kontakt med informanter. Disse ferdighetene tilegnes gjennom praksis, og ved å arbeide sammen med erfarne intervjuere (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 88). Intervjuere er avhengig av ferdigheter samt situerte personlig skjønn (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 152). Under sosionomstudiet trente vi på samtaleteknikker som gikk ut på hvordan vi kan bli bedre på våre kommunikasjonsferdigheter. Mestring av overnevnte ferdigheter er nøkkel i arbeid med mennesker. Selv om jeg ikke har erfaring som intervjuer vil jeg likevel påstå at ved å være bevisst på disse aspektene vil mulighetene være store for å gjennomføre vellykkete intervjuer (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 92). Det er videre også avgjørende å være bevisst på at mennesker har ulik virkelighetsoppfatning, og jeg som intervjuer skal sørge for å ivareta hver enkelt intervjupersons ordforråd, bakgrunn og oppfatningsevne (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 166). En av mine informantene var ikke fortrolig med ordet «psykisk vansker», da presiserte jeg. Informantene brukte likevel enten ordet psykiske utfordringer eller psykiske lidelser under intervjuene.

Jeg vil forholde meg til den interaksjonistiske tanken, som går ut på at mening er skapt i interaksjonen mellom to mennesker. Bevissthet rundt dette er viktig. Fokuset vil være å kunne vektlegge informantens ståsted, og la informanten snakke fritt. Det er deres erfaringer og opplevelser jeg er opptatt av. Det viktige vil være å mestre den mellommenneskelig samspillet under intervju. Kunnskap produseres i samspill mellom intervjuer og intervjuperson. Med dette menes hver og en av intervjupersoner skapes det et ulik samspill og produseres ulik kunnskap (Brinkmann & Kvale, 2015 s. 49- 76).

Jeg oppfatter meg selv som uerfaren intervjuer, og vil mest sannsynlig møte utfordringer ved å gjennomføre gode intervjuer. Som uerfaren er det svært viktig å videreføre det teoretiske til praksisverden. Gode intervjuer skaper godt materiale, som senere kan gi gode analyser. Hovedfokuset mitt vil være å legge av god tid til forarbeid og etterarbeid til intervjuer jeg skal gjennomføre

6.7 Etske refleksjoner omkring valg av metode:

Det ble foretatt fire semi-strukturerte intervjuer med barnevernsansatte. Det var ikke nødvendig å foreta flere intervjuer da jeg tenker at jeg har fått nok utbytte av det jeg undersøker. Det er viktig å presisere at et økt antall respondenter utover et visst antall vil ikke nødvendigvis føre til ny kunnskap. Derimot er det fordel å ha mindre antall intervjuer, og

samtidig legge mer fokus på å forberede og analysere intervjuene (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 148).

Før jeg startet å intervju fikk mine informanter informasjon om studiets tema og problemstilling. Personopplysningsloven §9a sier at forskeren plikter å fortelle informantene om formålet med å samle inn data. Mine informanter signerte et ark hvor det står at de er villig til å ta del i forskningsprosjektet. Jeg snakket om deres rettigheter til å stoppe intervjuet når som helst under intervjuprosessen, og at de kan ringe inn i etterkant for å trekke seg inntil en måned etter intervju (Brinkmann & Kvale, 104-105, s. 2015). De ble orientert om at all informasjon vil bli anonymisert, og informantene fikk velge deres fiktive navn før starten av intervjuet. Datainnsamlingen i dette forskningsprosjektet bli tatt opp ved bruk av en båndopptaker under samtaleintervjuet med informantene. Dette vil senere bli transkribert og gjort om til tekstdata som skal være analyseobjektet. Alle data vil bli slettet ved prosjektets slutt (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 213).

Det er ikke nok å lære om etisk prinsipper hvis man skal bli etisk ansvarlig kvalitativ intervjuforsker. Det dreier seg rett og slett om kompetanse og kjennskap til fagets gode praksis (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 106). Intervju skal styres i forhold til tema, det kreves en fin balanse mellom intervjuerens ønske om å innhente interessant kunnskap, og samtidig ha respekt for informantens integritet etisk sett (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 35). Dette har jeg vært bevisst under intervjuene, blant annet med tanke på at informantene ikke skal presses til å si noe de ikke ønsker. Jeg var oppmerksom på mulige etiske krenkelser av informantens personlige grenser (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 48).

Det viktige er å kunne danne en relasjon til intervjupersoner basert på formålet. Dette har jeg gjort ved fortelle om meg selv i starten av intervjuene, og forsøkte å ha den uformelle samtalen for å skape trygg og rolig stemning. Et annet viktig moment etter intervju er å be om tillatelse for bruk av temaene som kommer opp før og etter intervjuene, den uformelle samtalen. Det kan også hende at informantene ønsker å legge til noe, eller ta bort noe de ikke ønsker å ha med. Jeg fortalte informantene om denne muligheten. Til slutt spurte jeg alle mine informanter om hvordan det har vært å bli intervjuet. Her kom det opp informasjon som var relevant for både oppgaven og intervjuer senere. Disse aspektene ble behandlet som en del av intervjuet fra et etisk synspunkt (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 161).

6.8 Refleksjoner omkring reliabilitet og validitet:

Kvaliteten på resultatene fra kvalitative studier har blitt diskutert, dette på bakgrunn av at forskeren kan påvirke i form av generalisering og tolkning av kvalitativdata. Det er krevende å kvalitetssikre kvalitativ forskning når det gjelder validitet og reliabilitet (Merrick, 1999, s. 34). Reliabilitet handler om hvorvidt en annen forsker hadde reprodusert samme resultat som den første. Det dreier seg om informanter hadde endret sine svar hvis samme spørsmålene ble stilt av en annen forsker. I denne sammenhengen kan man diskutere hvordan ledende spørsmål kan påvirke informantens svar. Jeg har forsøkt å være så bevisst som mulig under intervjuene. Jeg har vært opptatt av å få frem deres virkelighetsforståelse. Bevisstgjøring rundt dette er avgjørende under intervju. Det er stilt spørsmål ved transkripsjon intersubjektiv reliabilitet når samme uttalelse blir transkribert av to forskjellige personer (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 276). For å forhindre dette har jeg transkribert alt som har blitt sagt. Jeg har i dette tilfelle være så objektivt som mulig. Det er kun utvalgets subjektive opplevelser som blir grobunn for konklusjoner og analytiske virkelighetsbilder i dette prosjektets funn.

Et dilemma i mitt prosjekt er at jeg hadde kjennskap til mine tre informanter. Jeg vil ikke kalle disse informanter nære venner men de var tidligere klassekamerater. Jeg var klar over hvordan dette kan påvirke under intervjuet. Det var viktig for meg å klargjøre at vi skal ha full fokus på tema i intervjuet. Jeg vil konstatere at mine informanter oppførte veldig profesjonelt under intervjuene. Vi snakket ikke om noe annet enn det som var tema under intervjuet. Jeg vil påpeke at det å ha kjennskap til informanter fra tidligere kan ha skapte tryggere atmosfære for intervjusamtale. Det kan være at informanter er mer åpne enn det de ville ha vært med en de ikke har kjennskap til fra tidligere.

Validitet handler om hvorvidt en metode er egnet til undersøke det man vil undersøke Det handler også om forskeren som person (Salner, 1989 i Brinkmann & Kvale, 2015, s. 277). Innen kvalitativ forskning blir dette viktig ettersom det er umulig å utelukke forskerens innflytelse og tolkning. Det er dermed viktig med en bevisst tilnærming å holde dette på avstand i en kontinuerlig validitetssikrende refleksiv holdning gjennom forskningsprosessen. Forskeren har kritisk syn sin på egne fortolkninger. Med dette menes hvordan forskeren klarer å ta avstand fra selektivforståelse og skjevfortolkning (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 279).

Kritikk av forskningsintervjuene er at intervjupersonens informasjon kan være usanne og dermed er funnene ikke valide. Jeg er oppmerksom på at det er informantens fortolkning, og ikke «selve» sannheten. Når det handler om intervjusvar, kan det hende at informanten ikke forteller sannheten om det faktiske forhold, men utsagnene kan uttrykke sannheten om

personens oppfatning av seg selv (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 276-281). Det handler ikke bare om at vi er opptatt av informantenes utsagn, det er fullt mulig å tolke andre aspekter ved intervjupersoner. Innenfor den hermeneutiske fortolkning er vi opptatt av å stille spørsmål til materiale. Det innebærer selvforståelse, kritisk forståelse og teoretisk forståelse.

Selvforståelse innebærer at forskeren formulerer det intervjupersonen oppfatter som mening med sine uttalelser. Kritisk forståelse handler om at forskeren er kritisk til det som ble sagt, og fokuserer på både innhold i utsagnet og personen bak. I teoretisk forståelse er man opptatt av å benytte teoretiske rammer for å fortolke en uttalelse (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 41-42). En av mine informanter svarte på et spørsmål om utfordring i forhold til arbeid med etnisk minoritetsfamilier hvor psykiske helseutfordringer er i bildet. Han sier «*han far mente at det er gud og religion som gjorde at han fikk stemmer fra gud i hode mens de på Ahus mente at det var psykiske lidelser da*». Dette er et eksempel på hvordan mennesker i ulike samfunn oppfatter hva som er årsaker til psykisk sykdom. I den vestlige verden defineres årsaker ut fra medisinsk forståelse, mens i andre kulturer kan disse årsakene forklares ut fra tro, myter osv. Ved teoretisk forståelse kan vi danne et større bilde av hva som kan ligge bak utsagnet, men fortsatt langt fra «*sannheten*».

Refleksivitet handler om at forskeren er selvbevisst sine holdninger og forutinntatte holdninger til forskningsspørsmålet, samtidig som en må ta stilling til ens egne kontekstpåvirkninger som kultur, ideologi og historie (Merrick, 1999, s. 28-29). I denne sammenheng har jeg reflektert over mitt eget ståsted. Jeg har ikke jobbet i barnevernstjenesten, og har dermed ikke ”innenifra” kunnskap om barneverntjenesten. Med dette mener jeg at jeg har ikke tilstrekkelig erfaringer i arbeid med familier som har psykiske helseutfordringer, og hva av tiltak som finnes. Dette studiet ville mest antagelig blitt påvirket om jeg hadde jobbet innenfor barneverntjenesten. Da jeg mest sannsynlig ville ha tolket mine funn annerledes, samt meninger og kjennskap til tiltak som kan hjelpe disse familiene. Videre tenker jeg at min intervjuguide ville også ha sett annerledes ut. Jeg antar at jeg går inn med nesten blanke ark, men jeg har lest mye om tema og kan generelt mye om barnevernsfeltet. Jeg tar med kunnskap utenifra.

Jeg har reflektert over hvorfor jeg ønsker å finne ut mer om dette tema?

Jeg er genuin interessert i barn og unges oppvekstvilkår. Jeg har en idealistisk forestilling om at hvis alle instanser samarbeider godt nok, klarer vi hjelpe alle barn og unge som lever under ugunstige forhold. I praksis kan det være utfordrende, og det er ikke alltid barneverntjenesten klarer å avdekke ugunstige forhold barn lever under. Dertil ønsker jeg å finne ut av hva

barnevernsansatte kan gjøre for familier med psykiske utfordringer. Jeg vil understreke at jeg er bevisst på at mine idealistiske forestillinger ikke kommer i uttrykk under intervjuene.

Videre er det viktig å ha bevissthet rundt den asymmetriske relasjonen mellom meg og mine informanter. Siden informantene har jobbet i barneverntjenesten over lengre periode og har erfaringer, kan de ta ”ekspert” rollen. Jeg vil være oppmerksom på den asymmetriske rollen, men likevel være ydmyk ovenfor barnevernsansatte. Med dette mener jeg at jeg kommer til å være nysgjerrig og utforskende, samtidig som jeg også viser at jeg har kunnskap om dette feltet ved å stille gode oppfølgingsspørsmål.

6.9 Generaliserbarhet:

Generaliserbarhet handler om at resultater fra en intervjuundersøkelse kan overføres til andre intervjupersoner, kontekster og situasjoner. I positivistisk retning innenfor samfunnsvitenskap var målet å finne årsaker til menneskelig atferd og kunne generaliseres til å gjelde alle.

Derimot i den humanistiske tradisjonen er man ute etter å vektlegge at alle situasjoner er unike, og alle fenomener har ulik struktur og logikk. Det kan oppleves som et krav om generalisering innenfor samfunnsvitenskap. Med dette menes at vitenskapelig kunnskap er gyldig alle steder for alle mennesker (Brinkmann & Kvale, 2015, s 289). Det er jeg kritisk til, da kunnskap som produseres i kvalitative studier er kontekststøttet. Siden det er få informanter i mitt prosjekt kan jeg ikke trekke konklusjoner eller sammenligne funn. Jeg vil likevel påstå at mine funn kan være gjenkjennende og understøttes av teori. Dette studiet kan danne grunnlag for eventuelt videre forskning.

6.10 Data og transkribering:

Datainnsamlingen vil i dette forskningsprosjektet bli tatt opp ved bruk av en båndopptaker under intervju med informantene. Under transkripsjonen er det viktig å huske de sosiale og emosjonelle aspektene ved intervjuene, og vektlegge betydning av dette (Brinkmann & Kvale, 2015, s 207). Når det gjelder validitet er det viktig å inkludere pauser, gjentakelser og tonefall som er relevant for psykologisk fortolkning av intervjupersoners beskrivelser (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 212). Jeg ble mer oppmerksom og fikk med meg mer detaljer av intervjumaterialet under transkribering. Jeg har transkribert alle intervjuer selv, og har brukt god tid på transkribering. Jeg har skrevet ned alt som ble sagt med pauser. Noen ganger når jeg ikke kunne fange essensen i en setning, skrev jeg i parentes hva informanten egentlig mente. Under transkribering av intervjuer har jeg blitt kjent med min egen rolle som intervjuer. Jeg har blitt bevisst på hva jeg mestrer, og hva jeg kan bli bedre på. For eksempel merket jeg at jeg er god til å lytte, dette gjorde at informantene fikk pratet ut uten å bli avbrutt.

Derimot i noen tilfeller ble det stilt ledende spørsmål underveis noe jeg helst burde ha unngått med tanke på intervjumetoden. Jeg ønsket å unngå spørsmål med ja/nei svar. Poenget med det jeg skriver er at ved å transkribere materialet selv, ble jeg mer bevisst mine svakheter.

Dermed kunne jeg forberede meg til neste intervjuer. Transkripsjonen kan også sendes til intervjupersonen for å sikre kvaliteten, samt om å be om å gjengi uttalelsene på en mer sammenhengende måte (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 213). Jeg har spurt mine informanter om de ønsker å få transkripsjonen, men dette var ikke nødvendig.

6.11 Analyseprosessen:

Transkribering blir gjort om til tekstdata som skal være analyseobjektet. Tekstdataen vil bli kodet og lagt inn under forskjellige temaer som ser til å gå igjen gjennom informantenes svar på spørsmålene (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 226). Disse temaene vil igjen bli lagt inn under hovedtemaer som skal ta for seg informantenes helhetlige opplevelse. For å unngå mest mulig abstrakte funn, vil hovedtemaene henge sammen med tekstdataene, der intervjuer går tilbake til tekstdataen for å evaluere om hovedtemaene passer inn, samt ikke glemme viktige elementer. Etter å ha lest tekstdata har jeg kommet fram til fire temaer som jeg vil analysere. Jeg har markert temaer med forskjellige farger. Disse temaene er saksbehandlers hverdagsforståelse og fagligforståelse i råd og veiledning, beskrivelse av psykiske helseutfordringer, og flergenerasjonsproblematikk. Koding kan føre til kategorisering, noe som betyr at en forenkler kompleksiteten og konteksten. På den andre siden kan kategorisering av stor mengde data gi oversikt og sammenligning (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 228). Videre vil jeg presentere hvordan jeg har anvendt meningsfortetning i analyseprosessen.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i en analysemodell av Amedeo Giorgio. Analysemodell er basert på en form av fenomenologisk meningsfortetning, og er utviklet av Giorgio i (1975). Meningsfortetning handler om at lange setninger fra tekstdata blir komprimert, og gjengis med korte setninger. På den måten kan man finne mening bak de lange intervjuer. Ved å gjøre det på denne måten vil jeg mest trolig ikke overse de viktige elementene for analyse. Videre presenterer hvordan jeg har anvendt de fem trinnene i meningsfortetning av tekstdata. (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 232).

I første trinn leser jeg tekstdata fra alle intervjuene og lager oversikt over temaer jeg vil analysere. I neste trinn finner jeg intervjupersons svar som passer til de temaene. I tredje trinn skriver jeg «sentralt tema» i de ulike intervjuer. Jeg tar tatt utgangspunkt i intervjupersons synsvinkel, slik jeg fortolker den. I fjerde trinn undersøker jeg om sentrale

temaene kan knyttes til undersøkelses formål. I siste trinn formulerer jeg de viktigste emnene som skal være gjenstand for analyse (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 232).

Ved bruk av meningsfortetning har jeg forsøkt å finne meningen med datamaterialet. Jeg har laget to kategorier, «naturlig enhet» som går ut på intervjusvar, og «sentralt tema» som går ut på hvordan jeg tolker informantens synsvinkel. Deretter finne sammenhenger mellom ulike «sentralt temaer» (Brinkmann & Kvale, 2015, s. 232). På denne måten har jeg funnet underkategorier av hovedtemaer. Et eksempel på hvordan jeg har benyttet meningsfortetning:

Naturlig enhet:

«Hvis du sniker på t-bane, de er ikke lov men jeg sier ikke at du er kriminell selv om du sniker. Hvis du skjønner hva jeg mener da. Hvis du raner en bank, det er kriminell handling, å snike på t-bane er ikke det. Mange har nok psykiske vansker men som ikke er psykisk lidelse da».

Sentralt tema:

Saksbehandler skiller mellom brukere som har psykiatriske diagnose, og de som sliter med psykiske vansker. Det viser hans forståelse av psykisk helse.

Deretter kobler jeg sentralt tema til hovedtemaer. I arbeid med disse temaene lagde jeg underkategorier som vil bli presentert i neste avsnitt.

6.12: Presentasjon av temaer:

For å fremstille funn fra intervjuene har jeg tatt utgangspunkt i overordnede problemstilling, gjennomlesing av transkriberte intervjuer, koding av tekstdata og ved benyttelse av meningsfortetning har jeg kommet fram til fire hovedtema med underkategorier. Jeg legger fram hovedtemaer og underkategorier som skal analyseres i neste kapittel.

Tema 1: Beskrivelse av foreldre de møter som sliter med psykiske utfordringer

Usikkerhet omkring kunnskap om psykiske helseutfordringer

Saksbehandler baserer sin forståelse på psykiatriske diagnoser

Forståelse av psykiske helseutfordringer utfra personlige erfaringer med brukere

Barn tar voksenrolle

Rolige barn blir ikke lagt merke til

Tverrfagligsamarbeid i praksis – muligheter og utfordringer

Tema 2: Beskrivelse av arbeidsmetoder/tiltak

Fagligforståelse i råd og veiledning

Hverdagsforståelse i råd og veiledning

Tema 3: Refleksjon omkring virkninger av tiltakene

Kritikk av råd og veiledning som tiltak

Informasjon om hva møte vil dreie seg om

Støttegruppe som metode

Tema 4: Opplevelse av å hjelpe familiene

Beskrivelse av foreldre som saksbehandlerne klarer å hjelpe

Relasjonsbygging: Nøkkelen til å yte god hjelp

Hvordan beskriver saksbehandlerne flergenerasjonsproblematikk

System kritisk

Veileder fra kommunen

7. Analyse

I dette kapitlet presenterer jeg analyseresultatene. Disse er basert på fire intervjuer med barnevernsansatte. Min problemstilling er ”Opplever saksbehandlere i barnevernstjenesten at de kan forbedre omsorgssituasjonen til barn og unge når foreldrene har psykiske vansker?” Jeg har tatt utgangspunkt i informantenes opplevelser og refleksjoner i arbeid med foreldre som har psykiske helseutfordringer. Under intervjuene forteller mine informanter om tre saker hver som omhandler foreldre med psykiske helseutfordringer, og hvordan de har jobbet med disse sakene. Disse fortellingene er en del av analysen, jeg vil trekke inne sitater der hvor det er relevant. De fire analytiske teamene vil bli presentert i hvert delkapittel der jeg først presenterer analytisk spørsmål, og deretter trekker jeg inn teori og tidligere forskning for å drøfte funnene i studiet. Hvert delkapittel har en avslutning hvor jeg oppsummerer funnene.

7.1 Beskrivelse av foreldre saksbehandlere møter med psykiske helseutfordringer

I dette delkapitlet vil jeg analysere hvordan saksbehandlere i min studie forstår psykiske helseutfordringer i møte med foreldre. Barnevernsansatte møter familier som i er i sårbare situasjoner. Selv om saksbehandler ikke har utdanning i psykologi eller medisin, kan man likevel hevde at de har fagkompetanse for å forstå psykiske helseutfordringer gjennom å tolke f.eks. forelderens omsorgskompetanse. Det er likevel interessant å utforske hvordan de beskriver foreldre som har psykiske helseutfordringer og hvilke konsekvenser disse helseutfordringen har for omsorg av barn. Jeg har avgrenset min oppgave til psykiske vansker (brukere som ikke har psykiatrisk diagnose, men som sliter med psykiske helseutfordringer), og dette har jeg avklart med mine informanter i forkant av intervjuene.

Jeg har delt dette kapitlet i delkapitler hvor jeg blant skriver om:

1. Usikkerhet omkring kunnskap om psykiske helseutfordringer,
2. Baserer sin forståelse på psykiatriske diagnoser,
3. Saksbehandlere opparbeider forståelse av psykiske helse utfordringer i samhandling med brukere.
4. Barn som tar voksenrolle,
5. Rolige barn blir ikke lagt merke til,
6. Tverrfaglig samarbeid – muligheter og utfordringer.

7.1.1 Usikkerhet omkring kunnskap om psykiske helseutfordringer:

Mikkel:

Ved spørsmålet om hvor komfortabel Mikkel er i samtaler med foreldre som har psykiske helseutfordringer, svarer Mikkel følgende:

«Hvis jeg møter en som jeg ikke har møtt før, det ser ikke sånn ut men inni meg er jeg litt usikker. Det skal jeg innrømme, det var en sak som jeg skulle overta. Hvor det var en far med psykiske lidelser. Han mente at det var ånder inni han, de gjorde noen greier med han. Han sov

med øks under senga. Fikk sånn anfall, da jeg traff han første gang var jeg liksom, passa meg for å spørre disse tingene. Jeg var liksom ikke helt komfortable. Når man blir kjent med de så blir det noe annet da».

Saksbehandler viser usikkerhet før møtet med brukeren. Sitatet kan tolkes som at saksbehandler har lest om hva den medisinsk/psykologisk diagnosen medfører, og dermed kanskje ikke tør å nærme seg brukers problemer. I dette tilfellet har saksbehandler kunnskap om diagnosen men møter brukeren med usikkerhet. Den siste setningen i sitatet er i tråd med systemisk forståelse av psykisk helseutfordringer. Det handler om at saksbehandler i møte med brukeren danner et bilde av brukeren på bakgrunn av hans opplevelse av brukeren under samtalen (Haugsgjerd et al., 2009, s. 59). Saksbehandlers forforståelse er endret i møte med det virkelige menneske. Med andre ord er det ikke det samme mennesket som er beskrevet i saksmappen. I møte med familier kan saksbehandlere være påvirket av det som står i saksmapper, det viktigste er at han/hun klarer å ta avstand fra det til en viss grad. På en annen side er det også nødvendig å lese seg opp før møtet med bruker, slik at man er forberedt til møtet.

7.1.2 Saksbehandler baserer sin forståelse på psykiatriske diagnoser:

Siri:

Siri svarer på et spørsmål om hvordan hun beskriver brukere som har fått psykiatrisk diagnose, og de som ikke har diagnose med psykiske helseutfordringer:

«De som har en psykisk diagnose, de har vært i en prosess av å få en diagnose. Mange kan forklare hva diagnosen innebærer. Da kan jo det hjelpe meg å forstå hvorfor denne mammaen og pappaen er på denne måten. Jeg (far/mor) er traumatisert i disse situasjoner fra før av. Fordi jeg har opplevd dette og dette. Jeg (far/mor) har veldig vanskeligheter med følelsesregulering i den type situasjoner. Derfor må jeg passe meg i forhold til barnet mitt. Vi har også de som har gått til psykolog som har fått en diagnose, som er grovt uenig i den diagnosen, og som ikke forholder seg til det. Jeg jobber mest med de foreldre som har psykiske lidelser. De forholder seg til det, og er vant til å snakke om det».

«De som generell har psykiske vansker, da må jeg kanskje bli kjent med dem. Det må man med alle, men man må bli kjent med dem for å sette fingeren på hva som gjør at du blir så stressa, ikke sant. Det kan være vanskelig for noen å innrømme».

I det første sitatet forstår saksbehandler psykiske helseutfordringer utfra medisinsk forståelse. Det er mye fokus hvordan diagnosen kan på en måte forme et menneskets liv. Deres narrativ om lidelse/smerte kan ha endret seg i møte med en behandler, og har kanskje fått en ny forståelse av deres situasjon. På den ene siden kan diagnosen redusere brukere til egenskaper som kjennetegner diagnosen. Med dette menes at individuelle variasjoner reduseres, og særskilte trekk ved enkelte har mindre betydning (Haugsgjerd et al., 2009, s. 16). Både

fagfolk og andre kan være farget av «diagnose» i samhandling med brukerne. På den andre siden når en diagnose blir introdusert i en familie, kan dette hjelpe familien til å ha forutsigbarhet. Brukere kan få større innsikt i hva sykdommen handler om, og hva man skal jobbe med. Jeg tolker sitatet utfra at foreldre som har fått behandling for sin diagnose er blitt mer oppmerksomme på deres samspill med barna. De blir mer kjent med hvorfor de reagerer og handler som de gjør. Det kommer også frem at noen brukere er helt uenige i den diagnosen de har fått. Det kan være på bakgrunn av deres subjektive oppfatning av at lidelse/smerte samsvarer ikke med de kjennetegnene diagnosen beskriver (Haugsgjerd et al., 2009, s. 45-46).

I det andre sitatet antyder saksbehandler at hun må bli kjent med brukerne som har psykiske helseutfordringer for å danne et bilde av hva det kan være. I motsetning til første sitatet hvor brukerne hjelper henne med å forstå hva lidelsen innebærer. På hvilket grunnlag vurderer saksbehandler hva som defineres som psykiske helseutfordringer, og hva som ikke gjør det? Det kan være i tråd med systemiske forståelse av psykiske helseutfordringer, hvor saksbehandler danner et bilde av brukernes psykiske helseutfordringer utfra samhandling mellom dem (Haugsgjerd et al., 2009, s. 59). Siste setning i sitat to, hvor saksbehandler nevner at noen kan være uenige med hennes vurderinger av deres psykiske helse. Dette kan kobles til hvem som definerer en situasjon, og hvem sin definisjon av situasjon er gjeldende (Helgeland, 2009, s. 22).

I noen situasjoner ser barnevernsansatte noe ved mor/far som de ikke kjenner seg igjen i. Det kan for eksempel være en mor som under samspill med barnet sitt viser manglende respons, og virker trist. Barnevernsansatte vurderer mor som nedstemt og deprimert. Når barnevernsansatte representerer vurderingene ovenfor mor, kjenner hun seg ikke igjen i vurderingene. Dette kan forstås ut fra Johari-vinduet, *det blinde feltet*, hvor andre legger merke til handlinger, væremåte osv. som individet ikke er bevisst på (Granér, 1995, s. 27). Det kan være utfordrende å bevisstgjøre foreldre på sider de ikke er kjent med. På en annen side kan det også være sider ved saksbehandler som de ikke er bevisste på, men det har innvirkning på samhandling med brukere. F.eks. en saksbehandler vil styre møtet etter hans premisser, og er lite interessert i brukerens meninger.

Sara:

Sara forteller om sine erfaringer med brukere som ikke vil anerkjenne diagnose eller psykiske helseutfordringer.

«Når du har sagt ting til foreldre om deres psyke som de ikke er enig i, blir de veldig sinte. Da er det å møte de på, jeg skjønner at du ikke er enig. Dette er viktig for barnet, prøve å komme tilbake til barnet og hvis de fortsetter å være sint eller viser veldig mye motstand så må på en måte bare vise forståelse. Jeg har sagt sånn, kanskje vi ikke blir helt enige om dette. Likevel tenker vi at det er viktig for barnet at de får det og det. Også får man noen kriger, man må bare stå i det. Om de ikke vil ha noe kontakt, og hvis det ikke er alvorlig kan det hende at vi avslutter. De blir værende, de blir sinte. Det blir vanskelig å gjøre noe, men man prøver».

Sitatet viser hvor tøft og krevende slike saker kan være, det er mye fram og tilbake med familier. Saksbehandler anerkjenner foreldre og viser forståelse for at de er uenige.

Saksbehandler forsøker alle metoder for at foreldre skal forstå hva som er barnets beste. Hun strekker seg langt for barnets beste, blant annet ved å si at vi er uenige om årsakene til din psykiske helse. Jeg tolker det slik at saksbehandleren prøver å spille i lag med foreldre, samt også står for sine vurderinger. Poenget med det jeg skriver er at saksbehandlere må forholde seg til ulike problemsstillinger i møte med foreldrene, samt å leve med sine bekymringer for barn og unge som vokser opp under ugunstige forhold. Saksbehandlere kan oppleve utfordringer når det gjelder å motivere foreldre til å motta hjelp fra barnevernstjenesten. Dette er i tråd med dilemmaer bakkebyråkrater (barnevernsansatte) opplever i arbeidshverdagen sin. De som jobber litt lengre opp i systemet slipper disse utfordringene (Solheim & Øvreid, 2001, s. 45- 46). Saksbehandler opplever disse foreldrene som vanskelige, men for barnets beste må de stå i det. Jeg ønsker å poengtere kompleksiteten i slike saker.

7.1.3 Forståelse av psykiske helseutfordringer utfra personlige erfaringer med brukere:

Ved et spørsmål om hva som danner grunnlaget for din kunnskap om psykiske vansker?

Svarer mine informanter følgende:

Siri:

«Måten man lærer seg å bli god barnevernsarbeider på er å møte folk i ulike situasjoner. Det gjør man i denne jobben. Vi treffer jo mennesker i ulike type livskriser, og som sliter psykiske lidelser med ulike ting. Da er det jo å lære av dem».

Mikkel:

«Hvis du har et barn med Downs som du følger opp så lærer du mye om det. Hvis du følger spedbarn lærer du mye, hvis du har barn med ADHD, hvis det en mor som er paranoid, lærer man om det. Man lærer om det i de sakene man har da. Man er såpass allrounder, man lærer når man får de problemstillingene. Jeg spør om råd fra kollegaer eller eksperter hvis det kommer til rus eller psykiske lidelser. Sånne ting er ikke mitt spesialfelt. Også utvikling for spedbarn. Jeg har ikke barn selv men er opptatt av å spørre».

Jonas:

«Det handler om å prøve seg, ikke sant. Man lærer mye gjennom jobben, også jobber man med dyktige personer, så det er litt forskjellig».

Sara:

«Mye med erfaring, man har saker om og om igjen. Man har saker som kan være lurt og se hvordan man bør gå frem. Jeg tror nok det har mye å si».

Alle mine informanter nevner saksbehandlers rolle som en «*allrounder*». Det innebærer at saksbehandlere ikke sitter med spisskompetanse fra et felt, men de kommer i kontakt med andre instanser hvor de lærer om ulike problemstillinger mens de jobber med saker. Dette kan forstås ut fra Aristotles begrep om «*fronesis*», som handler om at kompetanse opparbeides gjennom direkte personlige erfaringer, det gjelder både med brukere og andre fagpersoner (Thomassen, 2006, s. 31). *Fronesis* kunnskap er kontekstavhengig, og kan variere fra situasjon til situasjon. Det er ingen håndbok som nøyaktig beskriver hvordan vi handler i hver enkelt situasjon under arbeidsdagen. Gjennom erfaringer øver vi oss til å finne en balansegang mellom allmenne regler og generell kunnskap, og vurderer hvordan overnevnte ferdigheter tilpasses de bestemte situasjonene (Thomassen, 2006, s. 25; Skau, 2011). Når en saksbehandler har vært i lignede situasjoner gjentatte ganger og foretatt ulike valg, bidrar det til praktisk handlingskompetanse (Thomassen, 2006, s. 29). Man lærer mens man jobber med ulike saker, samt opparbeider praktiske ferdigheter med tiden.

7.1.4 Barn tar voksenrolle:

Siri:

Siri forteller om en av de 3 sakene hvor hun har jobbet med foreldrene som har psykiske helseutfordringer. I sin fortelling sier hun følgende:

«Det blir dessverre sånn at barna anpasser seg til foreldrene, istedenfor at det er motsatt. Mamma blir lett stressa, hun blir veldig sinna. Det er liksom barna som må roe ned foreldrene, barna tar den rollen. Litt sånn COS for eksempel, det er liksom foreldrene som går oppå toppen av sirkelen, og blir barna som roer ned foreldrene sine. Det er jo ikke sånn at man som barn skal ta på seg det ansvaret, det er det foreldrene som skal ta. Det er ikke alltid foreldrene som klarer det. De klarer ikke å føle så mye stress»

Jonas:

Jonas forteller om en av de 3 sakene hvor han har jobbet med foreldrene som har psykiske helseutfordringer. I sin fortelling sier han følgende:

«Vi gir jo psykoedukasjon da, det gjør vi alltid. Hva de gjør med barn, både når en foreldre er psykisk syk. Barna kan begynne å bekymre seg for foreldrene sine, prøve å passe på mamma

og pappaen sin, ikke sant. Og det er ikke bra for barnets psykiske helse å bli parentifisert på foreldrenes følelser. Det er ikke bra».

Det første sitatet viser rollebytte mellom foreldre og barn, barn tar den rollen som voksne skal ta. Parentifisering handler om at barn tar ansvar hjemme for å hjelpe foreldrene sine som ikke klarer å mestre hverdagsoppgaver på bakgrunn av deres utfordringer. Det er ikke negativt så lenge det er kortvarig, og oppgavene skal ikke overstige barns modenhetsnivå. Situasjonen som er beskrevet i sitatet kan kobles til destruktiv parentifisering, det vil si at barn trøster og beskytter sine foreldre. Disse oppgavene krever høyere kognitive evner enn det barn har. Det andre er når barn er opptatt av å passe på mamma eller pappa, og bekymrer seg for dem. Får de ikke mulighet til å bli sosialisert med jevnaldrende (Bunkholdt og Kvaran, 2015, s. 138-140). Saksbehandler trekker inn tilknytningsveiledning (COS-P) for å forklare dette. Det er egentlig foreldre som skal ta imot barn når de har behov for trøst. I den sammenheng er det motsatt, det er barn som har overtatt den rollen (Brandtzæg et al, 2011, s. 124).

Det andre sitatet fokuserer saksbehandler på psykoedukasjon. Informasjon og kunnskap om psykisk helse, og følger det har for barn er viktig å gi foreldre i en tidlig fase. Det kan bidra til holdningsendring, samt økt forståelse for barns situasjon. Når foreldre får innsikt i deres egen psykisk helse, kan de neste omgang forstå hvordan det oppleves for barn (Grøholt et al., 2015, 69). Poenget med det jeg skriver er at økt kunnskap og forståelse av psykisk helse i barnevernstjenesten, samt om hvilke konsekvenser ovenfor barn kan gi tilrettelagte og bedre tjenester.

7.1.5 Rolige barn blir ikke lagt merke til:

Sara:

Ved et spørsmål om hvordan Sara opplever barn av foreldre med psykiske helseutfordringer i forhold til andre barn. Sara svarer følgende:

«Please barn, dvs, det er barn som sier ja til alt. Ja, det er helt greit for meg, de er positive. Det virker som de klarer alt, følger opp skolen, pliktoppfyllende, gjør det de skal, tilsynelatende fungerer veldig bra. De har mye kapasitet, man finner egentlig ikke at de har noen vansker. Inni seg har de et kaos av følelsesliv. De går rett i bakken når de blir eldre, fordi de har holdt alle følelsene inne. Det er mange av de, dessverre-dessverre. Så det er den hovedgruppa jeg har sett da».

I dette sitatet nevner saksbehandler konsekvenser av parentifisering over lengre tid. Barn skal vokse opp i et felleskap hvor de lærer følelsesregulering. Barn opparbeider disse erfaringer i samspill med foreldre. Det gir grunnlag for trygg tilknytning, og senere positive indre

arbeidsmodeller. Saksbehandler fremhever at når barn ikke får mulighet til adekvat følelsesregulering under oppveksten, kan de få vanskeligheter når de blir eldre. Disse barna har helt fra starten av livet funnet mestringsstrategier for å overleve. De har på en måte ikke lært den adekvate følelseshåndtering på bakgrunn av foreldrene som enten ikke er tilstedeværende, eller at det ikke har vært rom for det. Disse barna strekker seg veldig langt, og har udekket behov. Det kommer et tidspunkt hvor de ikke klare dette mer. Dette kan forstås utfra tilknytningsteori. Det gjelder særlig barn som har utrygg tilknytning type A: utrygge unnvikende tilknytning, hvor de fra tidlig lærer å undertrykke følelser, og minimalisere tilknytningsbehov. Barn gjør dette for å sikre mest mulig nærhet og trygghet. De har på en måte lært at hvis de uttrykker de «sanne» følelsene, vil de ikke bli likt (Brandtzæg et al., 2011, s. 27). Jeg vil samtidig understreke at dette ikke er gjeldende for alle barn. Barn reagerer ulikt på belastningene de er utsatt for.

Mikkel:

Mikkel forteller om hjelpetiltak som blir satt inn i arbeid med barn som har foreldre med psykiske helseutfordringer.

«Det påvirker alle barna mens noen barn er kjipe og utagerende på skolen mens andre er helt rolige, da blir det liksom tiltak bare mot det ene barnet og ikke begge, hvis du skjønner».

Sara:

Ved spørsmålet om hvordan barnevernstjenesten involverer hele familien, hvis det er søsken i bildet, om det blir hjelpetiltak for alle. Svarer Sara følgende:

«Ofte når søsken har forskjellig strategier, for eksempel en er utagerende og en er rolig og snill, klarer alle kravene så er jo ikke alltid man åpner på den, dessverre».

Begge sitatene fra Sara og Mikkel viser at det ikke blir tiltak for barn som er ”rolige”. Saksbehandlere er mest bekymret for den gruppa som utagerer, der det er synlig at barnet har «unormal» atferd. Dette er i tråd med det (Mevik & Trymbo, 2002) skriver i sin bok. Hvor både foreldre og ansatte i hjelpeapparatet har blitt om situasjonen til barn når mor og far er psykisk syke. Utfordringene kan være at behandlere ikke alltid klarer å fange opp disse barna. Dette fordi de er flinke, pliktoppfyllende, passer på småsøsken og gir uttrykk for at de ikke har noen utfordringer. Ingen legger merke til at de lever i et kaotisk hjem, hvor mor og far ikke alltid er tilstede (Mevik & Trymbo, s. 2002, 99). Jeg tenker at det er viktig som barnevernsansatt å spørre disse barna direkte om hvordan de ”egentlig” har det.

En av fagpersonene sa følgende:

Jeg er mest bekymret for de flinke, de stille barna. De som vi slett ikke ser eller merker oss. Og hva gjør vi når ungene, når vi spør dem, sier at det går bra med dem, og vi ikke kjenner oss sikre på at svaret de gir oss, er rett? (Mevik & Trymbo 2002, s. 98-99).

7.1.6 Tverrfaglig samarbeid i praksis – muligheter og utfordringer

Mikkel:

Mikkel forteller om en av de tre sakene der en mor ble innlagt på psykiatrisk sykehus på grunn sin psykiske helse, og barna ble tatt ut av hjemmet. I ettertid har sykehuset vurdert at morens psykiske helse er forbedret, og hun kan flytte hjem. Det er barnevernstjenesten som skal vurdere om barna kan flytte hjem igjen.

«I tillegg til at masse observasjon på Ahus som jeg har fått rapporter på selv om det er gresk. Det er arium barium diagnoser veldig lege ord som er litt vanskelig å forstå. Vi spør (legene) om hun er frisk nok til å bo hjemme. Leger vurderer at hun er frisk nok til å fungere greit, men det er barnevernstjenesten som skal vurdere om barna skal bo hjemme».

Saksbehandler gir uttrykk for at han ikke forstår legespråk, men det kommer frem at han kan ta kontakt med psykolog som kan forklare på hverdagslig språk. Legene vurderer mor som velfungerende, men det er opptil saksbehandler som skal vurdere om barn kan flytte hjem igjen. Det viser hvordan ulike oppgaver er fordelt i mellom ulike instanser. Dette er i tråd med det (Kvelling 2015, 198) skriver, der han påpeker at barnevernstjenesten ikke har tilstrekkelig kompetanse til å gjøre helsevurderinger, men de har kompetanse til å vurdere omsorgsfungering, samspillskvalitet og det kontekstuelle rundt familiene. Sitatet viser samarbeidsmuligheter mellom psykolog og saksbehandler i barnevernstjenesten, hvordan de utfyller hverandre. For å få til et godt arbeid rundt familier er man avhengig av at tverrfaglig samarbeid fungerer optimalt. Poenget med det jeg skriver er at ulike instanser har forskjellige roller og har ulike tilnærminger, men målet er endringsarbeid rundt familien.

Sara:

Ved spørsmål om hvordan tverrfaglig samarbeid fungerer i slike saker, svarer Siri:

«Det handler om at den profesjonelle relasjonen jeg har til psykologen til et barn. Jeg tenker at jeg må verdsette den relasjonen, og være engasjert. Vi må vise respekt ovenfor hverandre, det vil si at å gjøre jobben vår, stille opp på møter, ringe, drøfter i forhold til tilbud man har for barnet og foreldrene og samtykker til at vi snakker sammen».

Dette sitatet viser viktigheten av god samarbeidsrelasjon til både andre fagperson og familien. I denne sammenhengen kan familiene oppleve at barnevernsansatte engasjerer seg og tar familiene på alvor. Samt tenker jeg at det signaliserer fra barnevernansattes ståsted at de bruker tid og viser god vilje til samarbeid med andre instanser. Dette er godt eksempel på hvordan ulike fagpersoner utfyller hverandre, og arbeidsrelasjonen er basert på gjensidig tillit og respekt. Hovedformålet med tverrfaglighet er bringe fram forståelser fra ulike virkelighetsoppfatninger, altså forstå brukernes problemer ut fra forskjellige faglige perspektiver (Lauvås & Lauvås, 2004, s.197). Dette til sammen kan bidra til godt arbeid rundt familien.

Sara:

Ved spørsmål om hvordan fungerer tverrfagligsamarbeid? Svarer Sara følgende:

«Jeg synes ikke at DPS og barnevernet fungerer så bra. Det er litt med at det er litt forskjellige regelverk, og tradisjonelt har psykologene forrang, de skjærer litt om sitt eget arbeid. De informere bare hvis det er noe viktig. Ellers får man ikke ta del i det. Det har jeg utfordringer med».

Sitatet viser at tverrfagligsamarbeid ikke fungerer godt i visse tilfeller. Dette kan ha noe med hvordan ulike profesjoner er organisert og deres fokusområde. Ulike profesjoner har ulike arbeidsmetodikk, og dermed ulike retningslinjer. I tverrfagligsamarbeid kommer forskjellene mellom ulike profesjoner til syne. Det er forskjeller i både objektive og subjektive privilegier. De objektive forskjellene er inntekt, arbeidsforhold, fordelaktigarbeidstid osv. og subjektive forskjellene er status, makt, prestisje og autonomi. Profesjon som psykologer blir betraktet som mer verdifulle, enn semi-profesjoner som barnevernsansatte (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 90). Dette på bakgrunn overnevnte forhold. Profesjoner som er etablerte bruker skjermingsstrategier for å bevare sitt monopol, mens semi-profesjoner bruker samarbeidsstrategier for å utvide sin domene (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 100). Dette kan knyttes til sitatet hvor saksbehandler forsøker å påpeke skjermingsstrategier som blir brukt av psykologene på DPS. Et dilemma her er om man skal man jobbe ut fra profesjonens interesser, eller om man skal vektlegge tverrfagligsamarbeid for å bringe fram ulike faglige perspektiver som igjen hjelper familiene.

7.1.6 Oppsummering

Det er store variasjoner i saker man møter som saksbehandler i barnevernstjenesten. Det kan være saker hvor brukere har psykiatriske diagnoser men som ikke påvirker foreldrefunksjon, til saker hvor foreldrenes psykiske helseutfordringer påvirker foreldrefungering.

Saksbehandlere er avhengig av et velfungerende samarbeid på tvers av instansene. To av ansatte jeg intervjuet nevnt at de hadde psykologer ansatt på kontoret, som hjelper dem med slike saker. Samtidig har de mulighet til å drøfte med andre kollegaer. Kunnskap om ulike psykiatriske diagnoser hentes når man jobber med disse sakene. Som saksbehandler opparbeider man kompetanse om psykiske helseutfordringer gjennom ulike saker, og personlig erfaring med brukergrupper.

Tre av mine informanter nevnte at barn som vokser opp med foreldre som har psykiske utfordringer blir parentifiserte. Altså de tar mye ansvar i hjemmet slik at det går utover deres egen utvikling. Det andre viktige er å la seg merke til at barn som er rolige og stille, disse barna skal generere like mye bekymring hos fagfolk enn barn som er utagerende.

7.2: Beskrivelse av arbeidsmetoder/tiltak

I de fleste saker hvor det dreier seg om foreldres psykiske helseutfordringer, settes det inn tiltak som råd og veiledning. Mine informanter nevnte at i noen saker får brukere tilbud om tiltak (råd og veiledning) hvor det blir satt inn familieveileder som veileder foreldre. I disse saker er saksbehandler fortsatt ansvarlig for oppfølging og evaluering av tiltaksløpet. Mens i andre saker gir saksbehandlere selv råd og veiledning i møte med foreldre. Det er interessant å undersøke hvilken type veiledning som gis av saksbehandlerne i slike saker.

Jeg skal vise til sitater fra mine informanter hvor jeg legger fokus på fagligforståelse, og hverdagsforståelse i råd og veiledning fra saksbehandlerne. Fagligforståelse handler om at saksbehandler begrunner sin råd og veiledning ut fra teoretisk kunnskap og yrkesspesifikke ferdigheter. Hverdagsforståelse handler om at saksbehandler begrunner sin råd og veiledning ut fra erfarings basert kunnskap (Lauvås & Lauvås, 2004; Skau, 2011). I mange tilfeller er det generell informasjon til brukere om hvilke tiltak eller tilbud som finnes i kommunen.

7.2.1 Fagligforståelse

Jonas:

Jonas forteller om en av de tre sakene hvor det er bekymring om mors rusmisbruk. Saksbehandler oppdaget etter første møte med mor at hun har psykiske utfordringer. I denne saken ble det satt inn en familieveileder i undersøkelsesfasen på bakgrunn av alvorlighetsgraden i denne saken. Jonas og familieveileder samarbeider, Jonas forteller om råd og veiledning de har gitt.

«Vi merka at hun gikk ned på datteras nivå i konflikter, som betydde at hun klarte ikke å være den voksne og ta ansvaret i situasjonen. Det var mer sånn, når vi sier til hu. Jenta di forteller at du sier sånn og sånn til henne. Du sier nedsettende ting til dattera di. Så er det mer sånn, vet du hva hun sier til meg. Hun trengte hjelp til å forstå jenta, og hva vi egentlig prøvde å si til henne. Hun må ta mer ansvar og være tydelig voksen. Også møte barna sine på hensiktsmessig måte og forstå barna. Når tenåringsdattera di sier noe stygt til deg så betyr det ikke at hun mener det. Det er andre ting hun prøver å si».

I denne saken forsøker saksbehandler å få mor til å rette blikket mot seg selv, og sine handlinger. I råd og veiledning legges det fokus på at mor skal kunne bli bevisst sine egne handlinger, og rolle som den voksne. Det innebærer at mor er den voksne som skal utfylle de behovene barn har, samtidig forstå hva som ligger bak barnets utsagn og handlinger. Dette er i tråd med «*villende signaler*». Hvor barn signaliserer det motsatte av det de har behov for, altså deres handlinger samsvarer ikke med deres ønsker (Kvello, 2012, s. 126). Det kan også være tegn på at barn som ikke har fått oppmerksomhet når de har gitt «*veiledende signaler*», og benytter dermed andre strategier for å få oppmerksomhet. Det er krevende å forstå hva som ligger bak disse handlingene. Disse barna kan oppleve å komme i en ond sirkel hvor man kan få bekreftelse på negative indre arbeidsmodeller (Bunkholdt & Kvaran, 2015, s. 71-72). For eksempel når jenta i sitatet over gjentatte ganger ikke blir møtt med forståelse, kan hun sitte igjen med en følelse av at hun er umulig og ingen liker henne. I denne sammenhengen ønsker saksbehandler at mor skal endre seg, slik at datteren får tillit til mor.

Siri:

Ved spørsmål om hva Siri opplever hun mestrer og ikke mestrer i møte med foreldre som har psykiske helseutfordringer, svarer Siri følgende:

«Halvparten av, vi pleier å si det. 60% av jobben eller 70% av jobben i et møte er jo å følelsesregulere den personen du snakker med. Jeg kan ikke speile den personen jeg snakker med. Når dem blir sinna så kan jeg ikke bli sinna tilbake. Da kommer vi ingen steder, kan ikke møte konflikt med konflikt, eller sinne med sinne. Da står vi bare å stange hode mot hverandre».

Dette sitatet viser at en stor del av jobben til saksbehandlere dreier seg om hvordan de skal møte mennesker i sårbare situasjoner. Sitatet kan også forstås ut fra hvor krevende situasjoner saksbehandlere kan oppleve i arbeidshverdagen. F.eks. kan det være at brukere kan ha mange spørsmål i første møtet med barnevernstjenesten. De er usikre over barnevernstjenestens rolle, hvem har meldt bekymring, hva vil skje videre i saken, kan barnevernstjenesten ta barna våre osv. Det kan også være at brukere har andre sosiale problemer, og saken i barnevernstjenesten

er tillegg belastning. Disse eksemplene er nevnt for å vise at brukerne kan bli følelsesmessigladet under møter med barnevernstjenesten, deres reaksjoner kan bære preg av sinne, frustrasjon og uenigheter. Saksbehandler i dette sitatet forsøker å fremheve hvilke ferdigheter som er gunstige i møte i brukere som er i sårbare situasjoner. Dette handler om hvordan vi forstår oss selv som personer, og hvordan vi klarer skape en stemning under møtet, hvor brukere føler seg ivaretatt og kan faktisk være åpne om deres utfordringer (Skårderud, 2016, s. 219). Med dette menes hvordan vi kan gjenkjenne de ubehagelige følelsene hos brukere, og samtidig sørge for å anerkjenne disse og skape rolig atmosfære under samtalen. Det kreves bevissthet rundt disse aspektene. På den andre siden, vet man aldri hvilke intensjoner brukerne har. Det kan også være at de på forhånd har bestemt seg for at de ikke skal være samarbeidsvillige.

Siri:

Siri er usikker om foreldrene som har vanskeligheter med selvregulering går under psykiske helseutfordringer. Hun forteller om hvordan hun jobber med foreldre som har psykiske helseutfordringer.

«Jeg tenker at mange foreldre til å begynne med har kanskje smalt toleransevinduet. Vi snakker mye om toleransevinduet. Det påvirker barna, foreldrene klarer ikke helt å stå i disse krevende situasjonene med barna sine. Grensesetting av barna, istedenfor for å kunne klare å snakke rolig med barna sine. Selv om barna går i affekt og blir sinte, så går man selv inni affekt».

Dette sitatet viser at hvordan saksbehandler bruker sin fagligkompetanse i praksis.

Saksbehandler fremhever at noen foreldre ikke klarer å håndtere følelsene sine på en god nok måte. Når barn er sinte eller urolige, speiler foreldrene deres atferd. Saksbehandler jobber med disse foreldre i forhold til hvordan de skal håndtere følelser. Toleransevinduet handler om at saksbehandler hjelper foreldre til å forstå hvorfor de blir hyperaktive i ulike situasjoner, og hvordan de kan holde seg til et sunt aktiveringsnivå. Det er forskjellige aktiveringsnivåer. Inne i toleransevinduet er man i stand til å føle og tenke klart. Derimot når man er utenfor toleransevinduet er tilstanden preget av overaktivering og underaktivering. Overaktivering er tilstand som preget av fight/flight/freeze modus: uro, aggresjon, utagering, impulsivitet, tankekjør osv. Underaktivering er tilstand som er preget av immobilisering: nedstemthet, tomhet, nummenhet, dissosiasjon, fjernhet osv. (Braarud & Nordanger, 2017, s. 180-184). Saksbehandler kan f.eks. få foreldre til å reflektere over deres reaksjoner når de er overaktiverte. Det handler om bevisstgjøring i forhold til at man som forelder ikke kan

reagere på samme måte. Saken kan ikke løses når begge parter er hyperaktive. Målet er at toleransevinduet til foreldre skal bli enda større, slik at de klarer å hjelpe barn til følelsesregulering, samt å prate på en rolig måte. Det andre er å øke foreldres selvrefleksjonsevne, altså at de blir mer bevisste sine væremåter i samhandling med sine barn. Videre for eksempel hvordan det oppleves for barn når forelder kjefter og er høylytt, det kan hende foreldre ikke er bevisst på det.

Mikkel:

Ved et spørsmål om hvordan Mikkel legger opp råd og veiledning. Svarer Mikkel følgende:

«Du vet saksbehandler legger selv opp råd og veiledning. Jeg pleier å ta utgangspunkt i Webster-Stratton «de utrolige årene», det er liksom pedagogiske ting da. Jeg har lapp med kort fortalt de åtte råd og går igjennom dem. Ta to-tre av dem og snakker nøye om det hver veiledning. Det er sånn jeg pleier å legge det opp da. Det er sånn mest grensesetting som er utfordrende for foreldre, og noe som heter mentalisering det er i hvertfall kjapt og se seg selv utenifra og innenifra barnet. Foreldre skjønner ikke kjefting virker skummelt for fem åring. Hvis jeg gjør sånn mot deg så er du voksen. Det er ikke skummelt for deg, mange foreldre klarer ikke å se barnets perspektiv. Det er jeg veldig opptatt av i min råd og veiledning at de skal se og skjønne hvordan det er å være et barn i forskjellige situasjoner. Å se hvordan de selv fremstår som foreldre. Det er veldig mange som sliter med å se seg selv, de ser ikke helt hvordan de fremstår som foreldre. Det er sånn jeg gjør det»

Sitatet viser at saksbehandler legger opp råd og veiledning selv i møte med familier. Det er opptil hver enkelt om hvordan de vil gjøre det. Utfra sitatet kan man hevde at saksbehandler bruker mentaliseringsbegrepet aktivt i råd og veiledning med brukere (Skårderud, 2011, s.142). Det kommer fram at veiledning dreier seg om hvordan foreldre skal klare å sette seg inni barns perspektiv, samt forståelse om hvordan deres væremåte og handlinger har innvirkning på barn. Det handler om bevisstgjøring i forhold til samspill med barn, og hvordan foreldre reagerer på det barn gir uttrykk for (Skårderud et al., 2010, s. 86-87).

7.2.2 Hverdagsforståelse:

Siri:

Siri forteller om en av de 3 sakene hvor han har jobbet med foreldrene som hadde psykiske helseutfordringer. Mor har ikke-vestlig bakgrunn, og sønnen har vokst opp i Norge. I sin fortelling sier hun følgende:

«Det handler om å veilede henne i, på en måte at det er normalt. Tenker jeg du har en sønn på 16 som ikke ønsker å snakke med moren sin om alt. Det tenker jeg er innafor rammer liksom, over hva som kan regnes som normalt atferd hos en 16 åring gutt. Og at man ikke vil alltid snakke med moren sin om alle problemene sine. Det er ikke sånn at man synes det er veldig gøy å snakke med moren sin om jenter for eksempel».

Jeg tolker sitatet som om saksbehandler vil at moren skal innrette seg etter det som er «normalt» i dagens samfunn. Saksbehandleren forståelse av hva som er «normalt» i den alderen kan være farget av samtiden vi lever i. Med dette menes at våre tanker, valg og handlinger kan være produkt av den kulturen vi vokser oppi. I dette tilfellet har saksbehandler og mor ulike syn på hva som er «normalt», og vanlig atferd i den alderen. Det kan være at mor med ikke-vestlig bakgrunn er lite integrert i det norske samfunn. Saksbehandler på bakgrunn av sin egen kulturelle oppvekstkunnskap hjelper mor. Det er i tråd med det (Lauvås & Lauvås, 2004) skriver i sin bok. Hverdagskunnskap handler om erfaringsbasert kunnskap, som man tilegner seg gjennom oppveksten (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 30). Det kan forstås som at saksbehandler forsøker å integrere mor i det som kanskje er «vanlig» i Norge for dagens ungdomsgenerasjon.

Mikkel:

Mikkel forteller om en av de tre sakene der mor ble innlagt på psykiatrisk sykehus på grunn sin psykiske helse, og barna ble tatt ut av hjemmet. I ettertid har sykehuset vurdert at moren psykiske helse er forbedret, og hun kan flytte hjem. Barna flyttet også hjem. Mikkel forteller om hvordan han har lagt opp råd og veiledning etter at de har flyttet hjem.

«Den saken som jeg snakket en del om der har jeg gitt råd og veiledning om at det er tre ting, hjemmesituasjon, skolesituasjon og fritidssituasjon. Hjemme er viktig med rutiner og regler, det er hun veldig flink på. Det er også viktig at mor viser kjærlighet. Det er kanskje med hennes psykiske lidelse, men hun er ikke så flink til å si eller vise at hun er glad i barna. Samarbeid med skolen er viktig. Det viktige er de kommer seg på skolen og følger opp lekser, det har ikke vært et problem. I fritiden rådet jeg hun til å ikke hold barna inne. De må ut, de skal få lov til å ha venner og være med venner, gå på klubben, hvor de tidligere måtte bare være hjemme. Nå deltar på kirken og ungdomsgrupper der og overnatter hos venner. Det er det jeg har gitt råd og veiledning i den saken»

Dette sitatet viser at barnevernsarbeid er komplekst, det jobbes med forebygging på alle arenaer barn deltar i. Det kommer fram at saksbehandler klarer å motivere moren til å sende barna til fritidsaktiviteter. Saksbehandler vektlegger betydning av å være sosialisert for å ha det bra, ved å være tilknyttet samfunnet på en positiv måte. Sosialisering på ulike arenaer gir barn nøkkelen til å lære sosiale koder, og barn erverver sosialkompetanse. I samspill med andre på forskjellige arenaer skaper grunnlag for barns selvbilde og identitet. I disse samhandlingene får barn tilbakemeldinger, og opplevelsen av å være godtatt. Gjennom disse prosessene opparbeider barn psykisk, sosial og kulturell livskompetanse (Bø, 2012, s 23).

Sitatet kan også kobles til saksbehandlers hverdagsforståelse, det vil si at han forsøker å formidle ovenfor familie hva som er vanlig sosialiseringsspross i samfunnet.

7.2.3 Oppsummering:

Jeg har trukket fram noen eksempler fra fagligforståelse og hverdagsforståelse i råd og veiledning. Alle mine informanter nevnte viktigheten av å anerkjenne brukerne under samtaler. Det handler blant annet om å vise forståelse for den vanskelige situasjonen de er. Mentalisering er et begrep som ble nevnt at tre av mine informanter under intervjuene. Dette begrepet er svært relevant både med tanke på samtaler, hvor saksbehandler bør ha kritisk-reflektert forhold til egen væremåte for å sette seg inni brukeren situasjon. Samt i forhold foreldreveiledning og forstå samspill. Det vil si at foreldrene skal rette blikket mot seg selv, det handler om selvrefleksjon i forhold til egne handlingsmønstre for å kunne bli kjent med barna sine.

Barnevernstjenesten som instans har stor innvirkning på brukernes liv, i den sammenhengen vil jeg poengtere at råd og veiledning skal helst begrunnes faglig. Jeg vil likevel presisere at barnevernsansatte havner i situasjoner hvor de ikke kan begrunne alt faglig, da må rådene begrunnes fra et etisk forsvarlig ståsted.

7.3 Refleksjon omkring virkninger av tiltakene

Informanter i min studie nevnte at det er ingen retningslinjer for på hvordan man skal gå frem i råd og veiledning med familier. Det er litt avhengig av saken. Det er opptil hver enkelt saksbehandler om hvordan han/hun legger opp råd og veiledning. Jeg diskuterer tiltak råd og veiledning.

7.3.1 Kritikk av råd og veiledning

Sara:

Ved spørsmålet: Hva innebærer råd og veiledning i saker som omhandler barn av foreldre med psykiske helseutfordringer. Svarte Sara følgende:

«Råd og veiledning har egentlig vært alt mulig, veldig ofte. Det har ikke gitt så veldig mye god funksjon. Det har liksom vært tilfeldig hva man har snakket om. Det har kanskje vært litt målløst. Foreldrene kommer så prater man litt om hvordan det har gått siden siste, jo det har gått greit. Men Per har litt vanskeligheter med å sove. Da snakker man kanskje om sovinga. Neste gang snakker man kanskje om å stå opp på morgenen, så kommer man kanskje ikke helt til det som er problematikken. Råd og veiledning er veldig stor sekk, og det er opptil hver enkelt hva man legger opp i råd og veiledning».

Sitatet er et godt eksempel på samhandling mellom brukere og saksbehandler kan være basert på at brukerne tar opp hverdagslige spørsmål. Dette sitatet kan knyttes til dilemmaer

barnevernsansatte opplever i arbeidshverdagen, nemlig å finne en balanse mellom å prioritere både brukerens og ledelsens krav. Saksbehandlere er i mellomposisjon. På den ene siden kan det være at familiene ønsker å snakke om det som er vanskelig i nåværende situasjon. Dette gjør at man ikke kommer fram til det som er formålet med møtet. På den andre siden skal saksbehandler prioritere hvordan det skal bruke tiden fornuftig for å rekke andre arbeidsoppgaver (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 45- 46).

Saksbehandler fremhever at det er ingen klare og tydelige retningslinjer for hvordan man skal legge opp råd og veiledning med brukere i barnevernstjenesten. Det kan forstås som at saksbehandler etterlyser retningslinjer for råd og veiledning under samtaler. Det kommer fram at måten man legger opp råd og veiledning fanger kanskje ikke kjernen i problematikken. Det er litt i strid med bruk av profesjonelt skjønn i hvert enkelt tilfelle (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 51). Hver enkelt saksbehandler kan argumentere for hvorfor de legger opp råd og veiledning på måten de gjør det. Det er derimot ingen effektiv kontroll over hva saksbehandler presenterer ovenfor sine ledere (Solheim & Øvrelid, 2001, s. 51). Etter min mening tenker jeg at det er viktig som saksbehandler å være forberedt og ha et formål med møte. Hvor man har skrevet ned "hva skal jeg evaluere?" eller "hva er jeg ute etter?". Om familiene ønsker å prate om noe annet kan jeg foreslå å sette opp et nytt møte. På en annen side er det også viktig å lytte til brukerne slik at de ikke føler seg umyndiggjort (Madsen 2006, 222).

Sara:

Ved et spørsmål om hvem som tilbyr råd og veiledning, svarer Sara: Det er opptil hvert enkelt tjenestested hvordan de legger opp råd og veiledning. Noen saksbehandlerne tilbyr råd og veiledning selv, mens i noen saker blir brukere henvist til familieveiledningsprogrammer i regi av kommunen. Tjenestestedet bestemmer selv hvilke programmer de ønsker å satse på. Foreldreveiledningsprogrammer som har forankring i tilknytningsteori anses som virkningsfulle. I den diskusjon sa Sara følgende:

«De er oppsluttet i sine egne problemer. Det å sitte og prate en om sirkel (COS-P), det kan virke meningsløst. Veldig mange av de foreldrene har tilleggs vansker, veldig ofte er det vansker med økonomien. Når du har så store vansker med økonomien, er det å sitte og prate meningsløst. Ofte starter foreldre opp, men trekker seg ut. Det er mange andre problemer at det blir en sånn bitte liten greie som de ikke har kapasitet til».

Sitatet viser at andre systemer rundt familier ikke fungerer godt nok. For at det skal fungerer godt nok må man ta tak i disse problemene. Det er ofte flere instanser involvert. Dette kan

forstås ut fra det (Rørvik, 2017) skriver i sin artikkel. Hun skriver at ulike instanser hjelper familien på hver sin måte. De ulike tiltakene er realiserbare, men til sammen blir det for omfattende for familien. De fanger ikke kjernen i ulike problemer familien har (Rørvik, 2017). Det fremkommer at for å få utbytte av for eksempel veiledning skal foreldrene være veiledbare. Med dette menes at foreldre skal være motiverte, og ha overskudd til det.

7.3.2 Informasjon om hva møte vil dreie seg om

Siri:

Ved spørsmålet om hvor komfortabel Siri er som saksbehandler i situasjoner der hun møter foreldrene med psykiske helseutfordringer. Kom vi inn på diskusjon om hva hun gjør som saksbehandler når hun skal snakke om de vanskelige tingene, og foreldrene er uenige med henne. Siri svarer følgende:

«Jeg tenker at jeg prøver å forberede dem så godt jeg kan. Nå skal vi snakke om litt vanskelige ting, eller si at neste gang vi ses så ønsker jeg at vi snakker i forhold til samspill dere har hjemme for eksempel. Det er litt i forhold til det at de er forberedt på det».

Saksbehandler viser hvordan kritikken Sara tar opp kan løses. Saksbehandler forbereder familiene på hva møtet vil dreie seg om. Dette kan bidra til at saksbehandler også får gått igjennom det som må gås igjennom eller evalueres i møtet. Som jeg nevnte tidligere skal det alltid være rom for at familiene får mulighet til å ta opp det de ønsker.

7.3.3 Støttegruppe som metode:

Sara:

Sara forteller om en av de 3 sakene hvor hun har jobbet med foreldrene som hadde psykiske helseutfordringer. I sin fortelling sier hun følgende:

«Min erfaring er at barn av de psykisk syke skjønner ikke helt hva som er reaksjonen til foreldre. Hva som skiller hva. Det er viktig for barn å få forklaring hva foreldrene gjør og hvordan vanskene oppleves. Ja, forklaringer».

Mange barn og unge trenger forklaringer på foreldrenes reaksjoner hevder Sara. Det er i tråd med det (Aubert & Halså, 2016) fant i sin evaluering av støttegrupper i Asker og Bærum. De intervjuet både foreldrene og barna. I følge foreldrene fikk barna økt forståelse for foreldrenes situasjon, og deretter også for sin egen (Aubert & Halså, 2016, s. 75). Det viktigste utbytte barn forteller om er kunnskap om forelders problemer som har gitt større forståelse og mindre skyldfølelse. Barna trekker fram nytten av å treffe andre i samme situasjon. For noen er kunnskap om psykiske lidelser nyttig, mens for andre har det å møte andre og bearbeide skyldfølelse betydningsfullt (Aubert & Halså, 2016, s. 77). I strategiplan barnevernsreform

(2018-2024) skal kommunene få økt ansvar for barnevernsarbeid, hvor de skal forebygge mer og ulike instanser skal samarbeide bedre. Kommuner skal få innvilget økonomisk støtte til utvikling av nye prosjekter. Disse prosjektene skal bygges på lokale behov, barn og familiers erfaringer og forskningsbasert kunnskap (Barne- og likestillingsdepartementet, 2017) ⁸. Erfaringer fra Asker og Bærum støttegrupper viser at gjennom rekruttering til støttegrupper ble de kjent med barn og foreldre som hadde behov for andre type hjelp enn det de tilbyr. Gjennom dette arbeidet ble det etablert varige strukturer innad i kommunen, hvor fokuset er å fremme samhandling mellom ulike instanser under rekrutteringsprosesser. Under rekruttering kunne de henvise barn og foreldre til de rette instansene (Aubert & Halså, 2016). Evaluering av både Asker og Bærum og Barnas Time viser at støttegrupper har god effekt (Aubert & Halså, 2016; Haukø & Stamnes, 2014). Jeg vil i den sammenheng argumentere for at de kommunene som ikke tilbyr den type tiltak, bør få innvilget økonomisk støtte til å gjennomføre dette tiltaket. Disse støttegruppene trenger ikke å være i regi av barnevernstjenesten.

7.3.4 Oppsummering:

Alle mine informanter nevner at råd og veiledning som gis av saksbehandler er opp til hver enkelte hvordan de legger opp. Ifølge mine informanter er det ingen retningslinjer på det. Jeg har diskutert kritikk av råd og veiledning, samt kommet med forslag til oppretting av støttegrupper for barn av foreldre med psykiske helseutfordringer.

7.4 Opplevelse av å hjelpe familiene

Jeg skriver først om hva kjennetegner familier der det er godt samarbeid mellom saksbehandler og brukere. Disse familiene har oftest gode referanser for hva som er adekvat oppvekstvilkår for barn og unge. Det kan også være familier som innser konsekvenser av deres psykiske helse påvirker barn. Det har ikke vært et konkret spørsmål i min studie, men det er likevel interessant. Jeg har funnet et par sitater som beskriver generell karakteristikken ved saker der det er godt samarbeid. Deretter skriver jeg om familier hvor det har vært vedvarende problemer gjennom flere generasjoner. Det antas at det er denne gruppen som er den «typiske» barnevernsbrukere. I den målgruppen er målet at foreldre klarer å gi barn adekvat omsorg selv under de utfordringene familiene har. Mine informanter snakker om familier med flergenerasjonsproblematikk på ulike måter. Videre diskuterer jeg om hvordan vi kan dempe flergenerasjonsproblematikk.

⁸ <https://www.regjeringen.no/contentassets/6e31905299774f5681d57311e284d519/bedre-barnevern.pdf>

7.4.1 Beskrivelse av foreldre som saksbehandlerne klarer å hjelpe:

Sara:

Ved et spørsmålene om hvordan hun som saksbehandler jobber med familier som opplever en livskrise?

«De har gjerne fortsatt nettverk, de har på en måte beholdt noe. De har på en måte den innsikten og har kanskje hatt god oppdragelse selv. De har hatt det sånn tilnærmet normalt liv da»

Det kommer fram i dette sitatet at saksbehandler klarer å hjelpe familier godt nok der foreldrene allerede har et godt etablert nettverk. De har hatt et normalt liv før krisen inntraff. De trenger bare oppfølging og hjelp under krisen. Sitatet viser at familier som har gode referanser for hva som er adekvat oppvekstmiljø for barn, der er lettere å samarbeide.

7.4.2 Relasjonsbygging: Nøkkelen for å yte god hjelp:

Siri:

Ved et spørsmål om hvordan saksbehandler vurderer sin kompetanse i saker som omhandler foreldre med psykiske helseutfordringer, svarer Siri følgende:

«Jeg opplever at jeg er ganske god på å få folk til være rolige i møter. De føler de blir lyttet til av meg på en god måte. Jeg er ganske god til å skape et samarbeid. Vi blir enige om at vi jobber sammen for barnets beste. Det er selvfølgelig unntak, altså foreldre som er uenige med det jeg vurderer og tenker. Det gjør jo også at jo mer de kan bli trygge på meg, jo mer kanskje tør de å åpne seg for vanskelige tanker, og å snakke om vanskelige situasjoner de står i».

Sara

Ved et spørsmål om hvor komfortable Sara er i saker hvor det omhandler foreldre med psykiske helseutfordringer, svarer hun:

«Jeg føler meg ganske komfortable, fordi min rolle er å være rolig og å vise trygghet. Det gjør jo at de får tillit til meg. I neste instans kan de ta imot hjelp jeg tilbyr».

De to sitatene viser hvor viktig relasjonsarbeid er i møte med familier. Saksbehandlerne viser hvordan de bygger relasjon til brukere. Det handler om å vise respekt, anerkjenne og behandle foreldre på likeverdige premisser (Shulman, 2003, s. 384-385). Når foreldre opplever at de blir ivaretatt av saksbehandlere på en god nok måte, er de oftest samarbeidsvillige og villige til å motta hjelp. I første sitat kommer det fram at i starten kan en familien være uenig med saksbehandlers vurderinger. Det kan ta litt tid før familien blir tryggere, og åpner seg opp for utfordringene de har. Det er i tråd med (Moran, 2004 i Aubert & Halså, 2016, s. 81), hvor de presiserer betydning av tillit mellom saksbehandler og foreldre. Det kan ta tid å bygge tillitsfulle relasjoner. Forskning viser at relasjonsbygging er nødvendig for å hjelpe familier på sikt, for eksempel motivere familien til å motta tiltak fra barnevernstjenesten. Det er avgjørende at barnevernsansatte evner å lytte til brukere og deres behov (Bunkholdt &

Kvaran, 2015, s.196). Flere av mine informanter nevnte at de kunne ønske de hadde mer tid til brukerne.

7.4.3 Hvordan beskriver saksbehandlere flergenerasjonsproblematikk:

Ved et spørsmål om hvordan saksbehandlere forstår flergenerasjonsproblematikk samt jobber med slike saker. Svare mine informanter følgende:

Siri:

«Det handler om i mine øyne da. Det er sånn at den omsorgen du har fått som barn, er den omsorgen du utøver til dine egne barn. Jeg tenker at hvis du har fått en dårlig omsorg selv som barn, og hvor du for eksempel har blitt slått som barn i grensesettings-situasjoner. Jeg har lest dette på en eller annen forskning, da er det større sannsynlighet for at du slår barna dine. Da tenker jeg at vi må lære disse foreldrene. Det er andre måter å grense-sette barna dine på enn å slå dem. Den flergenerasjonsproblematikk kan være ganske vanskelig å bryte av og til, det er ikke så enkelt å gjøre det».

Mikkel:

«Man jobber veldig mye med de. Jeg tenker at man må hele tiden gjøre det godt. Det vil aldri bli perfekt men at man må legge så godt til rette. Det blir litt sånn opprettholde, passe på at ting er tilfredsstillende og det er ikke alltid så lett men man får tett relasjon. Være tydelig på at det er utfordringer det jobbes med. Man jobber liksom med å redusere et problem, for å si det sånn. Siden det kanskje ikke vil gå bort».

Disse sitatene viser at saksbehandler forstår sammenhengen mellom de erfaringene som bruker fikk i oppveksten, og hvordan disse erfaringene videreføres til neste generasjon. Det kan oppfattes som om saksbehandlere forstår sosial arv litt statisk, altså den lar seg ikke endre. Det kan likevel se ut som at saksbehandlere forsøker å dempe det mønsteret (Ploug, 2017, s. 14).

Sitat to viser at man jobber mye med disse familiene. Det gjør at saksbehandler får mulighet til å etablere en god relasjon til disse familiene. Det jeg forsøker å få frem er at barnevernsansatte har mulighet til å bli kjent med det kontekstuelle rundt familien, noe som kan gi et grunnlag for systematisk oppfølging. Jeg vil understreke her at dette ikke gjelder alle saker i barnevernstjenesten.

7.4.4 System kritisk:

Sara

Sara beskriver flergenerasjonsproblematikk følgende:

«De har ikke den gode ballasten med seg. De har ikke noe å se tilbake på, de har jo ikke hatt forbilder. Erfaringsmessig er disse sakene alvorligst, de havner i nemda fordi at de mangler helt grunnleggende. Jeg tror at barnevernstjenesten har ofte tenkt litt feil, de har råd og veiledning og andre tiltak. De har kanskje ikke tenkt at de trenger den mer grunnleggende

opplæringa for å bryte den sirkelen. Bryte på en måte for at sirkelen ikke skal gå videre. De trenger en helt annen type veiledning enn det de har fått til nå. De må liksom alt fra det å hva er det å sette grenser, hvordan konkret gjør man det, mer praktisk retta mer forklaring på alle ting. Fordi at når du kommer fra en lang rekke vansker, har du ikke blitt lært opp, mora di har ikke blitt lært opp, bestemora di har ikke blitt lært opp, det må læres på nytt. De må lære det så godt at du kan lære sine egne barn, det er sånn sett man kan bryte sirkelen».

Dette sitatet viser at saksbehandler er kritisk til hvordan man har jobbet med disse foreldre i barnevernstjenesten. Hun viser til måten råd og veiledning som tiltak er lagt opp, ikke alltid hjelper familiene med de utfordringene de har. Saksbehandler etterlyser tiltak som tar utgangspunkt i hvordan man lever det daglige livet, hvordan løser man ulike oppgaver i hverdagen osv. Det er i tråd med det (Rørvik, 2017) skriver i sin artikkel. Disse familiene har aldri hatt stabilt liv tidligere, og trenger praktisk hjelp. Hjelpeapparatet har individorientert tilnærming, det er lite fokus på familiesituasjon og omsorgssituasjon til barn. Det foreslås et familieperspektiv i tiltaksplaner, hvor fokuset skal være å kartlegge familiens samlede utfordringer. På denne måten kan man finne styrker og svakheter, og deretter jobbe ut fra det (Rørvik, 2017). Det kommer også frem at manglende samarbeid mellom ulike tjeneste skaper utfordringer i rehabilitering (Rørvik, 2017: Aubert & Hasla, 2016).

7.4.5 Veileder fra kommunen:

Jonas

Jonas forteller om en av de 3 sakene hvor han har jobbet med foreldrene som hadde psykiske helseutfordringer. Jonas snakker om hvilke oppgaver familieveileder hadde i arbeid med moren.

«Hun var med på visninger og fant en leilighet, litt forskjellig, hjalp hun med det praktiske. Hjalp hu til å lage budsjett og sånn ting, og på en måte ga hun dirkete veiledning på hvordan hun skal følge opp barna, være emosjonelle tilgjengelig til de og samtaler. Hun snakket om samspill med barna, på en måte snakka om viktige elementer med å gi de trygghet og stabilitet. Siden det har vært mye uro, flytting og litt sånn forskjellige og voldelige menn».

Dette er et eksempel på hvordan barneverntjenesten kan hjelpe familier med det praktiske. Det kan også være en mulig løsning på kritikken Sara tar opp. I dette tilfelle fikk denne moren tiltak som råd og veiledning fra barnevernstjenesten. Det er en familieveileder som følger henne opp. I intervju med Jonas kom det fram at når mor følte at det grunnleggende er på plass, hadde hun mer overskudd til barna. Når husleie er betalt, og barna har fått plass på den nye skolen.

Ut fra dette sitatet kan man tenke at mange brukere i denne målgruppen trenger helhetlig oppfølging. Det kommer fram i (Rørvik, 2017), at mange i denne målgruppen mangler system kompetanse. Det vil si at denne målgruppen ikke har så godt kjennskap til hvilken type hjelp ulike tjenester tilbyr. Et forslag som er nevnt i (Rørvik, 2017), er å kartlegge familiens samlede utfordringer og styrker. Det kan antas at en barnevernsansatt skal gjøre denne jobben, men har de tid og ressurser til det? I mange tilfeller er barnet hovedfokuset.

Et tiltak som kan være gunstig i arbeid med denne målgruppen er at familier får tettere oppfølging. Nurse-Family Partnership er et program som har nylig startet i Norge. Det er tre kommuner fra Rogaland og to bydeler i Oslo som skal være med i pilotprosjektet. Det skal være tettere oppfølging av førstegangsfamilier som trenger ekstra støtte. De får oppfølging gjennom hjemmebesøk fra tidlig graviditet og frem til barnet fyller to år. Det er to spesialopplærte sykepleiere som følger familier. Målgruppen er førstegangsforeldre som selv har hatt en vanskelig barndom og som fortsatt kan ha et krevende liv. Målsettingen er å forebygge omsorgssvikt, psykisk sykdom, og generelt bedre barns oppvekstvilkår gjennom tidlig innsats. Tilbudet skal være integrert del av tjenester i kommunen. De skal ha tett samarbeid med alle relevante tjenester lokalt (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016)⁹.

Hjelpetiltak i barnevernet- en kunnskapsstatus, (2015) skriver Øivin Christiansen følgende:

Programmet har tre hovedmål: i) Å styrke kvinnen i å ivareta egen helse under graviditeten; ii) Å ivareta barnets helse, utvikling og trygghet ved å styrke foreldrenes sensitive omsorg; iii) Å bygge opp under foreldrenes personlige utvikling med vekt på planlegging av fremtidige graviditeter, utdanningsmuligheter og deltakelse i arbeidslivet. I tillegg er det et mål å bedre familiens livsvilkår ved at de knyttes til aktuelle offentlige tjenester og utvikler støttende relasjoner i slekt og nettverk» (Christiansen, 2015, s. 85).

Jeg vektlegger særlig de to siste setningene av avsnittet ovenfor. Sykepleierne i dette programmet kan danne et helhetlig bilde av familiens situasjon, og gjøre familien kjent med hjelpeapparatet. De kan fremme familiens interesser ovenfor andre instanser under

⁹ <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/rogaland-og-oslo-blir-pilotomrader-for-nurse-family-partnership/id2470105/>

tverrfaglige møter. Det er den type tiltak som er etterlyst av (Rørvik, 2017) og Sara. Tiltak som er nevnt ovenfor kan bidra til å bryte eller dempe den sosiale arven.

7.4.6: Oppsummering:

Saksbehandlerne skal forsøke å hjelpe alle brukergrupper, men det er noen brukergrupper som de opplever er lettere å hjelpe og samarbeide med. Det kan være foreldre som innser at deres psykiske helseutfordringer har konsekvenser for barn og unge som vokser opp. Disse foreldrene oppleves som samarbeidsvillig.

Saksbehandlerne nevner at flergenerasjonsproblematikk er et viktig element i arbeidet deres. I noen saker har de veldig tett oppfølging av familiene, mens i andre saker blir familiene henvist til andre instanser. For å bryte eller dempe den sosiale arven, er disse familiene avhengig av tilrettelagt tilbud. For å få realisert dette må instansene arbeide godt sammen.

8. Avsluttende diskusjon:

Barnevernsstatistikk viser at 8,5 prosent av alle barn og unge som mottok tiltak fra barnevernet i periode 2016, var registret med saksgrunnlag som indikerer at foreldre har psykiske vansker (Bufdir, 2015). Min problemstilling: «Opplever saksbehandlere i barnevernstjenesten at de kan forbedre omsorgssituasjonen til barn og unge når foreldrene har psykiske vansker?». Denne studien har undersøkt hvordan barnevernsansattes erfaringer og refleksjoner i arbeid med foreldre som har psykiske helseutfordringer, og hvilke tiltak som finnes i barnevernstjenesten.

Jeg har delt teorikapittel i del en og to, i del en fokuserte jeg på sosialarbeiderrollen. Jeg presenterte teorier som omhandler hvordan møte familier, relasjonsarbeid, dilemmaer rundt bakkebyråkraten, fagligforståelse og hverdagsforståelse. Samt til sist forståelse og konstruksjon av psykiske helseutfordringer. Disse teoriene brukte jeg for å belyse ulike dilemmaer barnevernsansatte møter i arbeidshverdagen, blant annet at barnevernsansatte må forholde seg til både organisasjonen og brukere. Jeg bruker teorier som fagligforståelse og hverdagsforståelse for å vise hvordan barnevernsansatte begrunner sitt arbeid. Sist men ikke minst, brukte jeg ulike forståelser av psykiske helseutfordringer for å forstå hvordan barnevernsansatte beskriver forelderens psykiske helseutfordringer.

I del to av teorikapittel har jeg presentert teorier som belyser konsekvenser for barn og unge som vokser opp med foreldre som har psykiske helseutfordringer. Jeg har lagt vekt på omsorg og samspill, tilknytningsteori, indre arbeidsmodeller, parentifisering, mentalisering og sosialarv. Disse teoriene har jeg brukt for å vise hvordan barnevernsansatte beskriver konsekvenser for barn av foreldre med psykiske helseutfordringer, samt for å forstå bakgrunnen for ulike problemstillinger barnevernsansatte møter i arbeidshverdagen.

Denne studien er basert på fire kvalitative intervjuer med barnevernsansatte fra ulike tjenestesteder. Et av hovedspørsmålene som ble stilt til informantene er: *Kan du fortelle om tre forskjellige familier med barn hvor det har vært psykisk helse i bildet, hva har du gjort som saksbehandler i disse saker?* Jeg stiller i tillegg spørsmål angående de forskjellige sakene.

Vitenskapeligforankring i denne oppgaven er fenomenologi, som handler om å ta utgangspunkt i å forstå sosiale fenomener ut fra aktørenes egne perspektiver. I analyseprosessen har jeg brukt meningsfortetning som handler om at lange setninger fra tekstdata blir komprimert, og gjengis med korte setninger. I neste omgang knyttet disse korte

setninger til ulike temaer som jeg analyserer. På den måten har jeg antagelig ikke oversett de viktige elementene for analyse (Kvale & Brinkmann, 2015).

Barn av foreldre med psykiske helseutfordringer blir behandlet som alle andre barn i barnevernstjenesten, hvert enkelt barn har sine individuelle behov og får oppfølging deretter. Ifølge informantene er det ingen spesifikke metoder som barnevernstjenesten jobber ut ifra saker som omhandler forelderens psykiske helseutfordringer. Min forforståelse var at disse barna ble godt ivaretatt, da vi vet av forskning om konsekvenser fra oppvekst med foreldre som har psykiske helseutfordringer. Jeg vil samtidig presisere at disse sakene bør ikke vurderes ut fra foreldrenes psykiske helseutfordringer alene, men ut fra familienes situasjoner. Blant annet det kontekstuelle rundt familien, og om foreldreferdigheter er påvirket av psykiske helseutfordringer.

Hovedfunn

Jeg presenterer hovedfunnene i oppgaven. Disse hovedfunnene er basert på et lite utvalg, og er ikke representative. På en annen side peker den studien på utfordringsbilde barnevernstjenesten står ovenfor. For å få mer systematisk kunnskap om disse funnene må det bli mer forskning på dette området. Jeg legger fram hvert delproblemstilling og presenterer funnene. Til sist presenterer jeg hovedproblemstilling for å vise til hva som peker i retning av hva som kan forbedre omsorgssituasjon for barn, og hva som gjør det utfordrende.

a) Opplever saksbehandlerne å ha god nok informasjon om foreldres psykiske helse?

Det er ikke i alle tilfeller barnevernsansatte har tilstrekkelig informasjon om foreldres psykiske helse. For å finne mer ut om det, er de både avhengig av hjelpeapparatet og brukerne. Foreldre som har blitt utredet og fått diagnose, bidrar ifølge mine funn til å gi en bredere forståelse av foreldrenes psykiske helseutfordringer. Disse foreldre kan hjelpe saksbehandler til å forstå hvorfor de handler og reagerer slik de gjør. Derimot foreldre som ikke har fått diagnose men sliter med psykiske helseutfordringer, må saksbehandler utforske i samhandling med foreldre. Det kommer fram at barnevernsansatte kan både observere og gjennom samhandling med foreldre oppklare foreldrenes psykiske helse. Om de er nedstemte, deprimerte eller sliter med angst. Deretter gi råd om å få hjelp enten fra lavterskel tilbud i kommunene eller ved DPS. Ifølge mine informanter kan brukere i noen tilfeller være uenige om saksbehandlers vurdering av dere psykiske helse. Det kommer også fram at saksbehandlere kan være interessert i ulike problemområder, og henter kunnskap ut fra det.

Ifølge mine informanter finnes det ingen veiledningsmaler fra overordnet instans for hvordan man skal gå frem i saker om omhandler barn av foreldre med psykiske helseutfordringer. Jeg vil med denne oppgaven argumentere for at det bør utarbeides maler for hvordan man går fram i slike saker. Jeg har full forståelse for at slike saker er kompliserte, fordi det finnes utallige mange psykiatriske diagnoser. Det kan være en person som er diagnostisert, men den diagnosen har lite eller ingen innvirkning på foreldreferdigheter. På en annen side kan det være at personer som har psykiske helseutfordringer som ikke kvalifiserer til en diagnose, men at barn blir påvirket negativt under deres omsorg. Et argument imot veiledningsmaler er at alle situasjoner og brukere er ulike. Det er også fare for at brukere blir redusert til kjennetegn som står i malene. Dette er etter min mening delvis riktig. Mens på den andre siden vil utarbeidelse av veiledningsmaler for hvordan man skal gå frem føre til økt søkelys på denne målgruppen. Det finnes forøvrig slik maler i arbeid med seksuelle overgrep, og vold. Det finnes også veiledningsmaler for hvordan saksbehandlere skal samarbeide med andre instanser.

b) Hvilke tiltak finnes for å gjøre omsorgssituasjonen i disse familiene bedre?

Hvordan beskriver saksbehandlerne tiltakene barnevernstjenesten har tilgjengelig?

En av funnene i studien viser til at det ikke finnes retningslinjer for hvordan saksbehandlerne skal gå frem i råd og veiledning. Saksbehandlere står fritt til å velge hvordan de vil legge opp råd og veiledning. Som nevnt i oppgaven settes det inn tiltak som råd og veiledning som oftest for foreldrene, og for barn er det fokus på endringstiltak som støtte til både fritidsaktiviteter, og støttekontakt. I mange saker blir foreldrene henvist til interne foreldreveiledningsprogrammer i kommunene. Ifølge en av mine informanter vil saksbehandlere vurdere saker ulikt, ti forskjellige saksbehandlere kan vurdere ti forskjellige hjelpetiltak.

Et interessant tema for videre forskning kan være på hvilket grunnlag velger saksbehandler ulike hjelpetiltak i saker som omhandler barn av foreldre med psykiske helseutfordringer. Hva baserer de valgene sine ut fra? Baserer de valgene ut fra informasjon fra andre instanser, eller er det selvstendige vurderinger basert på observasjoner. Jeg undrer over om barnevernsansatte har tilstrekkelig kunnskap om ulike hjelpetiltak, og virkning av disse tiltakene.

c) Hvordan beskriver saksbehandlerne samarbeidet med andre tjenester og med familiene? I hvilken grad er saksbehandlerne avhengig av andre instanser og tjenester for å hjelpe familiene?

To av mine informanter nevnte at samarbeid med andre instanser fungerer godt. En av mine informanter nevnte at samarbeid med DPS ikke fungerer så godt. I følge informanten mente hun at DPS ikke gir tilstrekkelig nok informasjon om brukerne.

I disse saker er saksbehandlerne avhengige av godt samarbeid med andre instanser. Det kom fram at saksbehandlere opparbeider kunnskap eller kompetanse om psykiske helseutfordringer i samhandling med andre instanser og brukerne.

For å bryte eller dempe flergenerasjonsproblematikk i barnevernstjenesten bør tverrfagligsamarbeid bli bedre koordinert. Tre av mine informanter nevnte at foreldrenes omsorgserfaringer blir videreført til neste generasjon. Det jobbes mye med denne gruppen, der målet er å redusere problemer slik at barn og unge kan ha det bra. Sara nevnte at disse familiene trenger en helt annen type oppfølging enn det hjelpeapparatet tilbyr. Mange trenger hjelp til praktiske gjøremål, og hvordan de skal leve et "normalt" liv. Det samsvarer med det (Rørvik, 2017) skriver i sin artikkel. Det har nylig blitt startet Nurse-Family Partnership i Norge, det gjenstår å se hvordan det vil fungere i norske forhold.

Det kunne vært interessant å forske på organisering mellom ulike tjenester innad i kommunene. Hvordan kan ulike tjenester i kommune samarbeide slik at barn og deres foreldre får oppfølging på et lavest mulig nivå.

«Opplever saksbehandlere i barnevernstjenesten at de kan forbedre omsorgssituasjonen til barn og unge når foreldrene har psykiske vansker?»

Det er mange muligheter innenfor barnevernstjenesten. Det som kan forbedre barns omsorgssituasjon er godt tilrettelagt tverrfagligsamarbeid. Ulike instanser har ulike roller og arbeidsmetodikk. Det som er avgjørende om ulike instanser klarer å samarbeide både imellom og med familiene. Videre kan relasjonsarbeid gi mulighet til å oppfordre og motivere foreldre til å motta hjelp.

Det som kan være utfordrende er når foreldre ikke ønsker å motta hjelp, og ikke har den samme oppfatning av sin psykiske helse og situasjon. I følge mine informanter henlegges slike saker hvis barns omsorgssituasjon ikke er alvorlig. Andre faktorer som stor arbeidsmengde og prioriteringer på enkelte tjenestesteder spiller også en stor rolle. Det er opptil hvert enkelt tjenestested om hvilke problemområder de ønsker å satse på.

Jeg vil avslutte den oppgaven ved å vise til noen sitater hvor mine informanter etterlyser større søkelys på psykisk helse i barnevernstjenesten. De påpeker følgende:

Sara:

«Jeg synes det er lenge siden psykisk helse ble løftet opp som et problemområde. Jeg synes ikke det er det som blir satset på. Vi jobber med veldig mange ungdommer fordi de blir ikke sett på som alvorlig før ungdommen gir sterke uttrykk. Da tar vi det».

«Veldig mange, jeg synes nesten alle sakene jeg har er det foreldrenes vansker. Ofte er det diagnoser».

Sara:

Ved et spørsmål om får dere kursing i hvordan møte foreldre med psykiske helseutfordringer?

Svarer Sara følgende:

«Nei fordi at vold og seksuelle overgrep har hatt sånn forrang. Alle er så enige om at de er alvorlige, alle er så enige om at barn må rette ut av. Derfor har det vært fokus. Det med psykiske vansker både før og nå har det liksom vært b hvis seksuelle overgrep/vold er a».

Mikkel:

Ved et spørsmål om kompetanse om psykisk helse i barnevernstjenesten. Svarer Mikkel følgende:

«Det er fokusområde men det er ikke det største fokusområde her på dette kontoret. Det er veldig mange forskjellige områder, rus for eksempel går veldig mye, vold og seksuelle overgrep er det veldig mye fokus på. Rus kommer foran psykiske lidelse».

«Jeg vil si at alle familier jeg jobber med har psykiske utfordringer, men ikke psykiske lidelser som jeg har vurdert som ikke har gått over til diagnose».

Disse sitatene viser utbredelse av psykiske helseutfordringer generelt i samfunnet og innenfor barnevernstjenesten. Større bevissthet rundt konsekvenser ovenfor barn og unge som vokser med foreldre som har psykiske helseutfordringer kan gi økt kunnskap i barnevernstjenesten. Jeg vil med denne masteroppgaven argumentere for at psykisk helse bør bli fokusområde i mye større grad i barnevernstjenesten.

9. Litteraturliste:

- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Retningslinjer om hjelpetiltak, jf. barnevernloven § 4-4*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf.-barnevernloven--4-4/id2482116/sec5>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Rogaland og Oslo blir pilotområder for Nurse-Family Partnership*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/rogaland-og-oslo-blir-pilotomrader-for-nurse-family-partnership/id2470105/>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). *Barnevernloven blir en rettighetslov*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/barnevernloven-blir-en-rettighetslov/id2569076/>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017). *Mer kunnskap – bedre barnevern Kompetansestrategi for det kommunale barnevernet 2018-2024*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/6e31905299774f5681d57311e284d519/bedre-barnevern.pdf>
- Barne- og likestillingsdepartementet. (2017): *Bedre hjelp der barna bor*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/barnevernsreformen-bedre-hjelp-der-barna-bor/id2547081/>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). *Barn og unge som får hjelp fra barnevernet*. Hentet fra: https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/
- Barnevernloven (1992). *Lov om barneverntjeneste*. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Brandtzæg, Ida, Lars Smith & Stig Torsteinson. (2014). *Mikroseperasjoner- tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bunkholdt, V. & Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Christiansen, Ø. (2015). *Hjelpetiltak i barnevernet: En kunnskapsstatus*. Bergen: Uni Research Helse, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest). Hentet fra http://www.bufdir.no/global/Kunnskapsstatus_Hjelpetiltak_i_barnevernet.pdf
- Gjerustad, C., Grønningsæter, A., Kvinge, T., Mossige, S og Vindegg, J. (2006). *Bare fantasien som setter grenser? Om kommunenes bruk av hjelpetiltak i hjemmet*. Fato-rapport 545 Oslo: Fafo
- Granèr, Rolf. 1995. *Personalgruppens psykologi*. Oslo: TANO AS.
- Grøholt B, Sommerschild H & Garløv I. (2015). *Lærebok i barnpsykiatri*. 5. utg. Oslo: Universitetsforlaget.

- Halsa, A. & Aubert, A.-M. (2016). Forebyggende arbeid med barn når mor eller far har psykiske helseproblemer. *Fokus på familien*, 43 (1), 67-88.
- Halsa, A. (2011): Foreldreskap og psykiske helseplager. I: Straand, S (red.) *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2014). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicott, Bowlby, Stern, Schore og Fonagy*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B. & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk lidelse: å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haukø, Britt Helen & Stamnes, John H. (2014). Psykisk sykdom og barnas situasjon - Barnas Time – en intervensjonsmulighet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 91 (02-03), 136-145
- Helgeland, Ingeborg Marie. (2009). Definisjon av situasjonen – et metodologisk perspektiv. William Isaac Thomas studier av atferd, sosiale problemer og sosial endring, *Fontene Forskning*, 2, (18-28).
- Helse og omsorgsdepartementet. (2017). *Psykisk helse og livskvalitet*. Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/folkehelse/innsikt/psykisk-helse-og-livskvalitet/id2544452/>
- Helsedirektoratet & Barne-, ungdoms og familiedirektoratet (2015). *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste* (Rundskriv IS-11/2015). Oslo
- Helsedirektoratet (2010). *Folkehelsearbeidet, veien til god helse for oss alle*. (IS-1846). Helsedirektoratet v/helsedirektør Bjørn-Inge Larsen
- Helsedirektoratet. (2017). *Program for folkehelsearbeid i kommunene*. Hentet fra: <https://helsedirektoratet.no/folkehelse/folkehelsearbeid-i-kommunen/program-for-folkehelsearbeid-i-kommunene>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v.* hentet fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64#KAPITTEL_10
- Hertz, Søren. (2011). *Barne- og ungdomspsykiatri. Nye perspektiver og uante muligheter*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015): *Det kvalitative forskningsintervju*. 3. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Øyvind. (2012). Tidlig barneverninnsats med utgangspunkt i tilknytningsforskning. *Norges Barnevern* 89 (3), 117-134
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: perspektiv og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget

- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Madsen, B. (2006). *Sosialpedagogikk: Integrering og inkludering i det moderne samfunnet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Mathiesen, K. S. (2009). Del 2: Barn og unge. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv. Rapport 8, *Folkehelseinstituttet*.
- Mevik, K., & Trymbo, B.E. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moran, Dermot. 2000. *Introduction to Phenomenology*. London: Routledge, Introduction,
- Mykletun, A. & Knudsen, A. K. (2009). Del 1: Voksne. Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelse-perspektiv. Rapport 8, *Folkehelseinstituttet*.
- Nordanger, D.Ø., & Braarud, H.C. (2017). *Utviklingstraumer: Regulering som nøkkelbegrep i en ny traumepsykologi*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Patricia L. Kohl, PhD Jacqueline Njeri Kagotho, PhD David Dixon, PhD. (2011) Parenting Practices among Depressed Mothers in the Child Welfare System. *Social Work Research*, Volume 35, Issue 4, 1 December 2011, Pages 215–225,
- Personopplysningsloven. (2000). *Lov om behandling av personopplysninger*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2000-04-14-31?q=personopplysningsloven>
- Ploug, Niels (2007): *Forskning i social arv I: Social arv og social ulighed*. Niels Ploug (red.): Hans Reitzels Forlag, København
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P. H. (2012). *Bære eller bryte, kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. 3. utgave. Bergen: Fagbokforlaget.
- Rørvik, Aud. (2017). Barn i skyggen av foreldrenes vansker – utfordringer for hjelperne. En systemisk analyse av praksiserfaringer fra et lavterskeltilbud for gravide og småbarnsfamilier der foreldrene har psykisk lidelse eller rusmiddelavhengighet. *Fokus på familien* 41 (3), 186-204
- Shulman, L. (2003). *Kunsten å hjelpe individer og familier. Bind 1*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Skau, Greta Marie. (2011): *Gode fagfolk vokser*. 4. utgave. Cappelen Akademisk, Oslo.
- Skårderud, F. (2016). Personlighetens psykodynamikk. I: Høgh-Olesen, H. Dalsgaard, T & Skårderud, F (Red.), *Moderne personlighetspsykologi*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Skårderud, F. (2011). Barformentalisering. Teoretisk og klinisk verktøy for bedre møter. I: Straand, S (red.) *Samhandling som omsorg. Tverrfaglig psykososialt arbeid med barn og unge* Oslo: Kommuneforlaget.
- Skårderud, F., S. Haugsgjerd & E. Stänicke. (2010). *Psykiatriboken. Sinn – kropp – samfunn*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Solheim, L. J. & B. Øvrelid (2001). *Samhandling i velferdsyrke*, Bergen: Fagbokforlaget.

Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m.* Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>

Statistisk sentralbyrå. (2017). *Barnevern*. Hentet fra: <https://www.ssb.no/barnevern/>

Thomassen, M. (2006). *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal akademisk.

Torvik, F., Rognmo, K. (2011): Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser. *Nasjonalt folkehelseinstitutt*, 2011:4.

10. Vedlegg:

Informasjonsskriv til deltakere

Forespørsel om deltakelse i kvalitativ undersøkelse (masteroppgave)

”[Barn av psykisk syke foreldre og barnevernet]”

Bakgrunn og formål

Min masteroppgave handler om hvordan barnevernsansatte jobber med familier der foreldre har psykisk helseutfordringer, og hvordan barnevernet sørger for å ivareta barns behov i slike situasjoner. Formålet med denne oppgaven er å løfte fram utfordringer barnevernsansatte møter og hvordan disse utfordringene løses. Jeg er opptatt av å få frem barnevernsansatte opplevelser og refleksjoner i arbeid med denne målgruppen.

Folkehelseinstituttet har beregnet at hele 410 000 barn i Norge (37,3 %) har en forelder eller begge foreldre med en eller flere psykiske lidelser. I rapporten kommer det frem at den aller største andelen av barn og unge med høy risiko for å utvikle psykiske vansker og lidelser er i familier hvor foreldre selv har psykiske lidelser som varer over tid, foreldre er rusmisbrukere eller voldelige. (Folkehelseinstituttet, 2009)

Barnevernsstatistikken viser at 16 % av barn som mottar hjelpetiltak fra barnevernstjenesten hadde foreldre med psykiske helseutfordringer (Bufdir 2009). Mange kommuner rapporterer at psykisk helse er deres største folkehelseutfordring og at de mangler kunnskap om tiltak, verktøy og metoder som de kan ta i bruk (Helsedepartementet, 2017). Med Barnevernsreformen (2018-2024) vil regjeringen forsterke innsatsen for å gi bedre psykisk helsehjelp til barn i barnevernet. Kommunene skal få mer ansvar på barnevernsområdet. Målet er å hjelpe barn i barnevernet tidligere og bedre. Jeg ønsker å bidra til mer kunnskap på dette feltet gjennom å utforske arbeidshverdagen til barnevernsansatte.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Prosjektet er en mastergradsstudiet i barnevern ved OsloMet.

I dette prosjektet vil det bli anvendt kvalitativ metode. Målet er å intervju ansatte som jobber spesifikt med denne målgruppen eller har jobbet i barneverntjenesten i over et år. Dette er på bakgrunn av at ansatte er godt kjent med rutiner og arbeidsoppgaver. Det vil bli foretatt fem semi-strukturerte intervjuer med barnevernsansatte som jobber i Oslo kommune og andre kommuner i nærheten av Oslo. Intervjuene varighet vil være mellom 30-45 min. Det er kun intervjudata som skal brukes i studiet.

Spørsmål jeg ønsker å stille denne studien:

- Kan du fortelle om tre forskjellige familier med barn hvor det har vært psykisk helse i bildet, hva har du gjort som saksbehandler i disse saker?

- Sliter foreldrene bare med psykisk helse eller er det andre utfordringer f.eks. Rus i sammenheng med psykiske problemer.
- Har du noen å søke råd og/eller veiledning hos i slike situasjoner? Hvem kontakter du? Følger du veilednings mal fra overordnet instans?
- Hvilke utfordringer møter du som saksbehandler i arbeid med etniske minoriteter når det gjelder psykisk helse og barn i bildet?

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt.

Etter Personopplysningsloven §9a plikter forskerens å fortelle informantene om formålet med å samle inn data. De skal også signere et ark der det står at de er villig til å delta i forskningsprosjektet, samt bli informert om deres rettigheter til å stoppe når som helst under intervjuprosessen. Informantene kan også ringe inn i etterkant av intervjuet for å trekke seg inntil en måned etter gjennomført intervju. De vil også bli orientert om at all informasjon vil bli anonymisert og gi dem mulighet til å velge deres fiktive navn før starten av intervjuet. Datainnsamlingen vil i dette forskningsprosjektet bli tatt opp ved bruk av en båndopptaker under samtaleintervjuet med informantene. Dette vil senere bli transkribert og gjort om til tekstdata som skal være analyseobjektet. Alle data vil bli slettet ved prosjektets slutt.

Prosjektet skal etter planen avsluttes 15.05.2018.

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 anonymisert.

Dersom du ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med Abrar Rasul, telefonnummer: 456 96 631. E-post: abrar_133@hotmail.com.

Veileder. Kristi Valset

E-post: kristi.valset@hioa.no

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)

Intervjuguide

Intervjuguide er delt i generelle spørsmål og konkrete spørsmål: din kunnskap om hva barnevernet gjør i slike saker? og konkrete spørsmål handler om hva du som saksbehandler gjør eller har gjort i slike saker?

Generelle spørsmål:

Før du begynte å jobbe i barnevernet, hvilke tanker hadde du og hva tenker du etter å ha jobbet der en stund?

Hvordan fordeler de med psykiske vansker livssituasjon seg (gift/enslige, flere barn/ett barn, familiesituasjon ellers, etnisitet og lignende)?

Hvordan samarbeider dere med skoler eller barnehager i disse saker?

Hva gjør barnevernet i undersøkelsesfasen i disse saker?

Hvilke tiltak iverksettes ofte for disse barna?

Hvordan klarer dere å se helheten rundt barn av psykiske syke foreldre?

Hvordan involverer barnevernstjenesten hele familien, hvis det er søsken i bildet blir han eller hun inkludert i denne prosessen, blir det tiltak på alle?

Hva tenker du om kunnskap om psykisk helse i barnevernet?

Finnes det veiledningsmal fra overordnede instans om hvordan man skal jobber med familier der psykisk helse er i bildet?

Konkrete spørsmål:

Hva legger du i begrepet psykiske vansker?

Vi går tilbake til de 3 viktige spørsmålene også kommer vi tilbake til oppfølgingsspørsmål. Kan du fortelle litt om 3 forskjellige familier med barn hvor det har vært psykisk helse i bilde og hva har du gjort som saksbehandler i disse saker?

Hvem kontakter du hvis du har behov for råd og veiledning i slike saker?

Hvordan vurderer du din kompetanse i saker som omhandler psykisk helse?

Hvor komfortable er du i slike situasjoner, da tenker jeg at når du møter foreldre som har psykiske vansker. Når det kommer til samtale med foreldrene f.eks.?

Hva mestrer du og hva mestrer du ikke i møte med disse foreldrene?

Hvordan fungerer tverrfaglig samarbeid i slike saker? Hva er din erfaring?

Jeg har delt barnevernsbrukere i to grupper, den ene gruppe er der det er flergenerasjonsproblematikk, altså tiltak i mange år eller i generasjoner. Den andre gruppe er de som opplever en livskrise og trenger hjelp fra barnevernstjenesten. Det kan f.eks. være tap av arbeid, dødsfall osv. Hvordan forholder du deg til de to gruppene?

Hvordan avdekker du omsorgssituasjon i slike saker?

Hva innebærer råd og veiledning i disse saker? Hva slags råd har du gitt i disse saker og veiledning i disse?

Hva danner grunnlaget for din kunnskap om psykiske vansker?

- Bruker du kompetanse om psykiske vansker fra utdannelsen sin? - er den medisinsk/psykologisk? (kanskje har de lest seg sopp / tatt videreutdanning?)

- Er det basert på erfaring fra egen praksis/arbeid i barnevernet?

- Egne opplevelser fra å vokse opp med forelder som hadde psykiske vansker? eller noen de kjenner?

Hvilke utfordringer møter du som saksbehandler i arbeid med etniske minoriteter når det gjelder psykisk helse og barn i bildet?