

Bacheloroppgave i barnevern

”Barn i gråsonen  
mellom  
barnevern og psykiatri”

Kandidatnr.: 123

Antall ord: 9891

Høgskolen i Oslo og Akershus

## Innholdsfortegnelse

<b>1.0 Barn i gråsonen mellom barnevern og psykiatri .....</b>	<b>1</b>
1.1 Bakgrunn for valg av tema.....	1
1.2 Problemstilling og avgrensning .....	2
1.3 Kunnskapsoversikt.....	3
<b>2.0 Familiens problemer er ofte komplekse.....</b>	<b>3</b>
<b>3.0 Tjenestenes plikt til å samarbeide .....</b>	<b>5</b>
3.1 Yrkesetisk grunnlagsdokument.....	6
3.2 Forsvarlighetskravet.....	7
3.3 Barnets beste .....	7
<b>4.0 Forekomst av psykiske lidelser blant barn i Norge .....</b>	<b>8</b>
4.1 Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer .....	8
4.2 Et folkehelseperspektiv.....	10
4.3 Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner.....	10
4.4 Et kritisk blikk på diagnoser hos barn.....	11
<b>5.0 Styringssystemer rundt barneverntjenesten og BUP .....</b>	<b>12</b>
5.1 Menneskesyn.....	12
5.2 Barneverntjenesten.....	12
5.3 Barne- og ungdomspsykiatrien .....	14
<b>6.0 Barn med sammensatte behov .....</b>	<b>15</b>
6.1 Glassjenta.....	16
6.1.1 Brukermedvirkning .....	17
6.1.2 Tvang .....	18
6.1.3 Regulering av makt.....	19
6.2 Tilbake til ”Mathilde” .....	19
6.2.1 Taushetsplikt vs. opplysningsplikt.....	20
6.2.2 Dobbeltklienten.....	20
6.2.3 Hvor skal Mathilde gå?.....	21
<b>7.0 Utilstrekkelige tjenester hver for seg .....</b>	<b>23</b>
7.1 Felles institusjon for barnevern og psykisk helsevern .....	23

7.2 Sektorovergripende plasseringer.....	25
<b>8.0 Avslutning.....</b>	<b>25</b>
<b>Litteraturliste .....</b>	<b>27</b>
<b>Vedlegg 1.....</b>	<b>29</b>
Selvvalgt pensum i bacheloroppgaven.....	29
<b>Vedlegg 2.....</b>	<b>32</b>
Selvvalgt pensum i verksted for fordypning .....	32

## 1.0 Barn i gråsonen mellom barnevern og psykiatri

Jeg møter far og stemor i en bekymringssamtale på barnevernskontoret. De er slitne, og ber om hjelp. Hjemme sitter ”Mathilde” som nettopp har fylt 17 år, fars datter fra et tidligere ekteskap. Jentas biologiske mor er diagnostisert med personlighetsforstyrrelser, og både Mathilde og hennes søster har måttet leve med de utfordringer dette har bydd på gjennom store deler av barndommen. Blant annet gjorde mor et forsøk på å ta sitt eget liv, natt til konfirmasjonen til jentene. Begge søstrene har slitt med spiseforstyrrelser i mange år. Men mens søsteren har flyttet til et annet kontinent og ser ut til å klare seg bra, har Mathilde startet å kutte seg i armen og sluttet på skolen.

Barne-og ungdomspsykiatrien (BUP) sier at det ikke finnes noe godt tilpasset tilbud til denne jenta, før hun fyller 18 år, og ønsker at barneverntjenesten skal ta over omsorgen for jenta. I møtet med barneverntjenesten uttrykker far at han ikke har nok *kompetanse* til å ha jenta boende hjemme lengre. Barneverntjenesten på sin side, mener at det er BUP som må akuttplasse jenta dersom de er bekymret for henne. De mener dessuten at jenta er såpass psykisk dårlig at hun ikke hører hjemme i en barnevernsinstitusjon, men trenger behandling fra BUP. Mathilde på sin side har gitt klar beskjed om at hun *ønsker* å flytte hjemmefra og har pakket kofferten klar, men hvor skal hun gå?

### 1.1 Bakgrunn for valg av tema

I løpet av utdannelsen min på Høyskolen i Oslo, har jeg vært utplassert i både barneverntjenesten og i en ungdomspsykiatrisk institusjon (frivillig plassering) i praksisperiodene mine. Jeg arbeider i dag deltid begge plassene, noe som har bidratt til å få meg til å undre over ”gapet” som til tider synes å virke så stort mellom de to tjenestene. Jeg har fått inntrykk av at det ofte er snakk om ”enten-eller” istedenfor ”både-og”, der det enten er snakk om barneverntjenesten eller psykiatrien, mens det åpenlyst burde blitt tilbudt begge deler i noen tilfeller. Dette gjenspeiles i to ulike rettigheter for barn i Lov av 20.november 1989. Vedlegg 8, *FNs konvensjon om barnets rettigheter med protokoll* (BK) art.20 om retten til alternativ omsorg, som baserer seg på at barnet ikke kan ivaretas i sitt eget hjem og BK.art.24 som gir barn rett til helse og behandling. Barnevernet skal som utgangspunkt ikke ha ansvar for et barn som på grunn av sin fysiske eller psykiske helsetilstand har behov for utredning og behandling innen for eksempel psykisk helsevern (Norges offentlige utredning

NOU 2016:16, 93). I slike tilfeller skal barnet som utgangspunkt få hjelp etter helselovgivningen, og ikke barnevernloven. Men barneverntjenesten har ingen myndighet til å instruere andre tjenester om å iverksette tiltak (NOU 2016:16, 94). Dessuten viser en ny studie at det er høy forekomst av psykiske lidelser blant barn og unge på barnevernsinstitusjoner (Kayed mfl.2015). Så mange som 76% av barna hadde en form for psykisk lidelse. Da er det svært urovekkende at kun 38% av dem oppga å ha fått hjelp fra spesialisthelsetjenesten (ibid.).

## 1.2 Problemstilling og avgrensning

Jeg har valgt følgende problemstilling:

### **Hva kan det handle om når barn med sammensatte behov ikke får den hjelpen de trenger fra både barneverntjenesten og BUP?**

Problemstillingen gjør at jeg særlig ønsker å belyse temaene:

- Hvorfor noen barn og unge, som er under barnevernets omsorg, ikke får den hjelpen de kunne trengt fra BUP.
- Hva handler de ulike profesjonenes utfordringer om?
- Hvordan kan man forstå at noen sårbare barn *faller mellom* disse to tjenestene?

Det er mange sektorer som har ansvar for barn i utsatte situasjoner. Dette kan gi utfordringer med tanke på koordinering og samordning når et barn har sammensatte behov. I denne oppgaven har jeg valgt å fokusere på utfordringer rundt barn med sammensatte behov, som trenger helsehjelp fra BUP etter Lov av 2.juli 1999 nr.61 *Lov om spesialisthelsetjenesten* (sphlsl.) og hjelp fra barneverntjenesten etter Lov av 17.juli 1992 *Lov om barneverntjenester* (bvl) med tilhørende forskrifter. Men for å unngå at oppgaven blir for individorientert, ønsker jeg innledningsvis å gi et bilde av det komplekse i arbeidet med familiene, som også viser oss at koordinering med andre etater enn barneverntjenesten og barne-og ungdomspsykiatrien er viktig. Deretter presenterer jeg tjenestenes plikt til å samarbeide. På grunn av størrelsen av oppgaven, har valgt å avgrense oppgaven til å handle om barnevernsbarna som er plassert på institusjon, på tross av at forskning viser at også et stort antall barn plassert i fosterhjem har psykiske lidelser (Lehmann mfl. 2013). Videre vil jeg presenterer forskningen som gjorde at jeg ble nysgjerrig på hva det kan handle om, når så mange barn under barneverntjenestens

omsorg, ikke får den hjelpen de har krav på fra BUP. Dette prøver jeg å belyse ved å se nærmere på de ulike profesjonenes utfordringer. Tilslutt diskuterer jeg noen komplekse saker og ser på de anbefalingene som tilsynsrapportene presenterer. I oppgaven bruker jeg begrepene *barn* eller *bruker* om barn og unge fra 0-18 år. Barnevernspedagog, profesjonell eller fagperson vil være ensbetydende med de voksne som møter disse barna gjennom sitt yrke.

### 1.3 Kunnskapsoversikt

Forholdet mellom barnevern og psykisk helsevern har vært et tema i flere offentlige utredninger de siste årene, men det har også vært et område med lite kunnskapsgrunnlag (Norsk institutt for by-og regionforskning NIBR 2001, 31). Jeg har valgt å bruke bøker, fag- og forskningsrapporter, Norges offentlige utredninger og artikler, både i form av primærlitteratur og sekundærlitteratur. Primærlitteraturen er forfatterens eget arbeid, forskning og teorier, mens sekundærlitteratur gjengir det arbeidet andre forfattere har gjort. Ved sekundærlitteratur er det derfor viktig å være klar over at den opprinnelige teksten er fortolket og kan dermed være feilaktig. Oppgaven vil kunne bære preg av at jeg snart er ferdig utdannet barnevernspedagog, og at jeg har jobbet deltid i barneverntjenesten i to år og i en barne-og ungdomspsykiatrisk institusjon i et halvt år. Eksempler fra egen praksis er anonymisert og begrepsavklaringer vil komme fortløpende gjennom oppgaven.

## 2.0 Familiens problemer er ofte komplekse

Gjennom det moderne arbeidsliv og utdanning spesialiseres vi mer og mer i bestemte retninger, som bidrar til at vi i dag vet stadig mer om stadig mindre (Jan Storø 2008). Spesialiseringen går i dybden for å få mer kunnskap om et fenomen, mens tverrfaglighet stiller et krav til oss om å søke til andre fag enn det vi selv er ekspert på (ibid.). I denne oppgaven bruker jeg begrepet tverrfaglig samarbeid som betegnelse på samarbeid mellom fagpersoner med ulik fagbakgrunn. Tverrfaglig samarbeid kan dermed bety at flere personer med ulik fagkompetanse kan jobbe i samme organisasjon (Kinge 2012, 33). Begrepet tverretatlig samarbeid viser til samarbeidet mellom fagpersoner som er tilknyttet ulike etater i en kommune. Fagpersoner fra ulike etater eller institusjoner møtes for å tilføre samarbeidet sin kompetanse ut i fra den sektoren de tilhører. Det vil kunne føre til at personer med lik fagutdanning også vil kunne jobbe sammen på tvers av etatene (ibid.).

I 2015 ble det oppgitt 26 309 forskjellige årsaker til at 14 644 nye barn og unge fikk tiltak fra barnevernet (Bufdir 2016). Dette viser oss et bilde av at det for mange barn, er snakk om flere og sammensatte grunner til at de får hjelp fra barnevernet. Mange av foreldrene til barn og unge som får hjelp fra barneverntjenesten, har store utfordringer i livet som påvirker deres muligheter til å gi god omsorg. Foreldrenes manglende foreldreferdigheter er den dominerende årsaken til at nye barn kom inn i barnevernet i 2015, og utgjorde hele 28 % av årsakene (Bufdir 2016). Noen andre årsaker som pekte seg ut, var høy grad av konflikt i hjemmet, foreldrenes psykiske problemer og lidelser, vold i hjemmet eller tilfeller hvor barnet var vitne til vold i nære relasjoner (ibid.).

Agnes Andenæs har gjentatte ganger påpekt at vi, til tross for at vi vet at familier som er i kontakt med barnevernet ofte er økonomisk og sosialt underprivilegerte, retter vår faglige interesse mot de nære relasjoner og samspill innad i familien (Andenæs 2004, sitert fra Aamodt m.fl. 2015, 95). Vi gjør det som Schön ville kalle å "konstruere" de fenomenene vi står ovenfor (Schön 1983, 1987, sitert fra Aamodt m.fl. 2015, 95). Vi gir problemene navn, som for eksempel manglende konsentrasjon eller samspillvansker, som gjør at de kan behandles hos BUP. Sofie Normann skriver i en artikkel at det er en fare for at problemer som henger sammen med samfunnsmessige og kulturelle forhold, i for stor grad blir individualisert i BUP (Normann 2009, sitert fra Aamodt mfl. 2011, 205). Familiens sosiale og økonomiske levekår er en viktig del av kartleggingen for å forstå mulige sammenhenger mellom individuelle problemer og mer samfunnsrelaterte forhold.

På tross av at folkehelsen i sum stadig bedrer seg, øker avstanden mellom ulike sosiale grupper innen befolkningen når det gjelder sykdom og helsesvikt (Mæland mfl. 2009, sitert fra Mathiesen 2009, 44). Studier fra vestlige velferdssamfunn viser at den relative forskjellen i helsetilstanden mellom familier fra ulike sosiale grupper har økt jevnt de siste 10-20 årene, også her i Norge (Mackenbach mfl.1997, sitert fra Mathiesen 2009, 44). Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (Bufdir) sin oppvekstrappport for 2017, viser at en av ti norske barn nå vokser opp i relativ fattigdom. Dette utgjør over 98.000 barn, noe som betyr at barnefattigdommen har tredoblet seg siden 2001 (Bufdir 2017).

Med fattigdom menes her, at barnet mangler ressurser til å kunne fungere sosialt, delta i aktiviteter, og å ha den levestandarden som er vanlig for barn i Norge (Trommald 2017, 9). Denne forståelsen bygger på sosiale normer i Norge for hva som er akseptable og ikke

akseptable levekår. Rapporten viser at barn og unge som vokser opp i familier med lav inntekt oftere har dårligere fysisk og psykisk helse (Trommald 2017, 14). Studier viser at relativ fattigdom kan bidra til en rekke risikofaktorer som hver for seg øker risikoen for at barnet omsorgssviktes eller mishandles (Kvelling 2016, 330). Omtrent 70% av barnevernets brukere er knyttet til de lavest sosiale klasser, mens resterende brukere er fra middelklassen (Kvelling 2016, 321). Dette indikerer at mange av barnevernets brukere er i en livssituasjon som krever omfattende hjelp til familien. Et godt samarbeid mellom barneverntjenesten og andre kommunale tjenester, kan være avgjørende for å kunne oppdage og hjelpe utsatte barn og familier på et tidlig tidspunkt, forhindre akutte situasjoner og motvirke at mindre utfordringer blir til alvorlige problemer (NOU 2016: 16, 88).

### **3.0 Tjenestenes plikt til å samarbeide**

Både barneverntjenesten og BUP har en lovbestemt plikt til å etablere og gjennomføre samarbeid med andre tjenester, herunder hverandre, slik at barn får dekket behov for tjenester (Helsedir og Bufdir 2015, 11). I praksis har det vist seg at det kan være utfordrende å enes om hvilke tjenester barn og unge har behov for, og hvor ansvaret for å tilby tjenesten ligger (Aamodt m.fl. 2011).

Barneverntjenesten i kommunen skal medvirke til at barns interesser ivaretas av andre offentlige organer og er pliktig til å samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer når samarbeid kan bidra til å løse oppgaver som er pålagt etter barnevernloven, jf. §bvl.3-2. I forarbeidene til bvl. §3-2, presiseres det at barneverntjenesten skal forsøke å få vedkommende sektor til å gjøre det som er nødvendig, uten at barneverntjenesten selv skal overta noe av det ansvaret som hviler på andre sektorer (Ot. Prp. Nr.44 1991-92, sitert fra Helsedir og Bufdir 2015, 11). Barneverntjenesten skal med andre ord ikke selv levere helsetjenester, men plikter å medvirke og samarbeide med helsetjenesten slik at barn får nødvendig helsehjelp. Tilsvarende hjemmel finner vi i spesialisthelsetjenesteloven §2-1 e, som gir BUP plikt til å samarbeide med andre tjenester og sektorer.

Bvl. §3-2 a. hjemler den kommunale barneverntjenestens plikt til å utarbeide individuell plan for barn med behov for langvarig og koordinerte tiltak eller tjenester, dersom det anses nødvendig for å skape et helhetlig tilbud for barnet (Helsedir og Bufdir 2015, 11). Samarbeidet skal føre til at de aktuelle tjenestene unngår å iverksette parallelle tiltakskjeder,



og heller inngår forpliktende samarbeid i en helhetlig tiltakskjede for barnet. Når det gjelder BUP finner vi barns rett til å få utarbeidet en individuell plan i sphsl.§2-5.

I saken der en jente på 13 år døde av underernæring på en hytte i Valdres i 2015, ble det ført tilsyn med barnevernvirksomheten i kommunen (Fylkesmannen i Oslo og Akershus 2016). Det er fylkesmannen som skal føre tilsyn med lovligheten av kommunens oppfyllelse av sine plikter etter bvl., jf. §2-3 b. 2.ledd (Prop. 106 L 2012-2013, sitert fra Sandberg 2015, 16). Det fremkommer av rapporten at barneverntjenesten, i samråd med annen instans, avgjorde at barneverntjenesten ikke skulle åpne undersøkelse (Fylkesmannen i Oslo og Akershus 2016, 10). I den sammenheng understrekes det at barneverntjenesten ikke har anledning til å henlegge en melding med bakgrunn i at andre instanser har pågående tiltak eller oppfølging ovenfor en familie. Barneverntjenesten skal ikke la en annen instans vurdere om barnets situasjon skal undersøkes eller ikke (ibid.).

### 3.1 Yrkesetisk grunnlagsdokument

I Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (FO 2015) finner vi prinsipper om menneskets rettigheter og verdighet, samt plikter og ansvar som pålegges yrkesutøveren.

”Yrkesutøveren skal legge vekt på en helhetlig tilnærming til mennesker som har behov for sammensatte og tverrfaglige tjenester. Han/hun skal bidra til at ulike deler av hjelpeapparatet samarbeider om å gi brukeren et helhetlig hjelpetilbud” (Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere FO 2015, 6). Prinsippet om helhetssynet er knyttet til faren for å behandle brukeren som en diagnose eller en *sak* og ikke som et menneske (Skorstad 2013, 186). Videre minner profesjonsetikken oss om at vi har et individuelt ansvar. Prinsippet om individuelt ansvar pålegger oss et ansvar som vi ikke kan legges på system eller kjeder av beslutninger, men må ved alvorlige hendelser kunne føres tilbake til enkeltindivider (Skorstad 2013, 193). Dette er et sterkt krav, da en på denne måten blir ansett som ansvarlig for følgene av de vurderingene en gjør, noe som ikke er så lett å skulle forutse (ibid.). Det er menneskene *på gulvet* som må handle, og følge opp de pliktene som bl.a. politikken, lovverket og yrket generelt pålegger en.

### 3.2 Forsvarlighetskravet

Forsvarlighetskravet, jf. bvl. §1-4, ble tatt inn i loven i 2013 og er en rettslig standard der normer utenfor selve loven bestemmer det nærmere innholdet i kravet (NOU 2016:16, 61). Forsvarlighetskravet har i følge NOU 2016:16, en dobbeltfunksjon, der den på den ene siden er en rettesnor for tjenesten som viser til normer som beskriver hvordan tjenesten bør være, mens den på den andre siden er et utgangspunkt for å vurdere grensen mot det uforsvarlige, og på den måten gir tilsynsmyndighetene mulighet til å konstatere avvik. Andre bestemmelser som bvl. §3-2 og 3-2 a er med på å understøtte forsvarlighetskravet (NOU 2016:16). Vi finner tilsvarende forsvarlighetskrav i spesialisthelsetjenesteloven §2-2.

Videre står det skrevet at ”Forsvarlighetskravet innebærer at ansatte og andre som utfører arbeid etter loven må ha tilstrekkelig kompetanse og nødvendig faglig kvalifikasjoner til å utføre sine oppgaver” (NOU 2016:16, 61). Kompetanse er noe som har vært et tema over lengre tid, og spørsmålet om hvordan man best sikrer at barneverntjenesten har tilstrekkelig kompetanse, er komplekst (NOU 2016:16, 64). Utvalget stiller seg flere spørsmål til hvorfor kompetansen hos barnevernet ikke oppleves å være god nok. For kort utdanning, svakheter i utdanningen, for svak juridisk kompetanse på feltet, svak kompetanse hos ledelsen eller er det for stor utskiftning slik at det blir for lite stabilitet og for få med lang erfaring, er noen av spørsmålene som tas opp (NOU 2016:16, 65).

Berit Skorstad (2013, 186) stiller spørsmålsteget ved om det i det hele tatt er mulig å ha et helhetssyn. Min erfaring med å jobbe, både på en barne- og ungdomspsykiatrisk institusjon der man gjerne er hovedkontakten til 2-3 ungdommer om gangen, kontra barneverntjenesten der man må kunne sjonglere 20-30 saker om gangen, har gitt meg ett innblikk i hvor vanskelig det er å skulle ha oversikt over det komplekse ved alle sakene man arbeider med som saksbehandler på et barnevernskontor. Med Skorstad (2013) sitt spørsmål i bakhodet, kan man stille seg spørrende til, om det i det hele tatt er mulig å ha *god nok faglig kompetanse* til å gjennomføre et forsvarlig arbeid i barneverntjenesten, uten et tverrfaglig og tverretattlig samarbeid.

### 3.3 Barnets beste

Barnets beste er et overordnet prinsipp i alt arbeidet som en barnevernsarbeider utfører, jf. BK. art.3 nr.1 og Bvl. §4-1. Norge har ratifisert konvensjonen, og etter Lov av 21.mai 1999.

Nr.30 *Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (mnskrl.) §2 nr.4 er den gjeldende som norsk lov. Bestemmelser etter BK går foran alminnelig norsk lov ved motstrid, jf. mnskrl.§3. Vernet om barns rettigheter finner vi dessuten nedfelt i Lov av 17.mai 1814, *Kongeriket Norges Grunnlov* (Grl.) §104. Men dersom man tar en titt på spesialisthelsetjenesteloven, finner man at regelverket i svært liten grad reflekterer barns særlige behov og rettigheter. Myndighetene har ikke innarbeidet BK sine grunnleggende prinsipper om barnets beste, barnets rett til medvirkning (BK art.12) eller barnets rett til optimal utvikling (BK art.24). Det kan være meget uheldig, da det ikke er gitt at disse hensynene, som skal ivareta barns rettssikkerhet, er allment kjent blant alle som arbeider i barne-og ungdomspsykiatrien (Barneombudet 2015, 21).

Både barneverntjenesten og BUP ønsker å finne tiltak som er til barnas beste. Men dette er et vidt begrepet som gjør at de ansattes fortolkning og forståelse av begrepet får stor betydning for de vedtakene som fattes. Hva som vil være til barnets beste varierer over tid (Bie 2014, 70). Fagfolk vil være uenige i hva som er til barnets beste, og nettopp ved å diskutere dilemmaet, vil en åpne opp for refleksjon og vurderinger som vil gi en bredere tilnærming (ibid). Med tverrfaglig samarbeid viser vi forståelse for kompleksiteten i en sak. Vi må forstå tverrfaglighet som et fenomen, ”der helheten er mer enn summen av enkeltdelene” (Eriksen og Germeten 2012, 33).

#### **4.0 Forekomst av psykiske lidelser blant barn i Norge**

Betegnelsen *psykiske lidelser* kjennetegnes ved at symptombelastningen er så stor at den kvalifiseres til en diagnose (Aamodt mfl. 2011, 25). I kartleggingen av psykiske lidelser er det standardiserte, kliniske intervjuer som inkluderer symptomenes start, frekvens, lengde og grad av funksjonsnedsettelse, som ligger til grunn for om man oppfyller kriteriene for en diagnose eller ikke (Kayed m.fl. 2015, 31). Betegnelsen *psykiske vansker* brukes når barn og unge har symptomer som påvirker trivselen, daglige gjøremål, læring og samvær med andre, men uten at kriteriene for en diagnose er til stede (Aamodt m.fl. 2011, 25).

#### **4.1 Risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer**

”Psykiske lidelser og vansker utvikles i et komplekst samspill mellom genetiske, biologiske og miljømessige faktorer. Kunnskapen om de eksakte årsakene er fortsatt mangelfulle” (Mathiesen 2009, 51). Vi mangler altså kunnskap om sammenhenger mellom de ulike

risikofaktorene, men virkningen av forebyggende og behandlende tiltak er trolig størst i førskolealder fordi barn er mest påvirkelig i denne fasen (ibid.).

Mange barn som utvikler symptomer på psykiske lidelser vokser opp i *vanlige familier*, dvs. der risikofaktorene er få og de sosiale ressursene tilfredsstillende, men risikoen øker betraktelig når belastningene blir store, rammer mange livsområder eller varer over lang tid (Mathiesen 2009, 51). Fagrapporten til Mathiesen (2009) summerer opp fem faktorer som gir barn og unge høy risiko for å utvikle psykiske vansker eller lidelser. Det dreier seg om familier der foreldrene lider av psykiske lidelser over tid (Murray og Cooper 1997, sitert fra Mathiesen 2009, 52), barn som vokser opp med foreldre som misbruker rusmidler eller er voldelige (Kjelsberg 1999, sitert fra Mathiesen 2009, 52), marginaliserte eller sosialt isolerte barn som er dårlig integrert i nabolaget eller blir mobbet på skolen (Ystgaard 2003, sitert fra Mathiesen 2009, 52) og der barn er medfødt særlig biologisk risiko knyttet til eksponering av for eksempel alkohol, medikamenter, tobakk (Moe og Slinning 2002, sitert fra Mathiesen 2009, 52). Som nevnt tidligere vet vi at noen barn lever under knapphet på sosiale og materielle ressurser, som sammen med andre belastende oppvekstkår, gjør at vi allerede før fødselen kan si at de har økt sannsynlighet for å utvikle emosjonelle lidelser og atferdsforstyrrelser (Dearing 2007, sitert fra Mathiesen 2009, 52).

Broberg, Almquist og Tjus (2006) beskriver noen positive faktorer som, også i følge Mathiesen (2009) har vist seg å beskytte mot utviklingen av psykiske lidelser. Å vokse opp med ressurssterke foreldre som har en varm, støttende og konsekvent oppdragerstil, samt god sosial støtte fra venner, familie, lærere og/eller medelever på skolen, i perioder med belastninger og negative livshendelser, ansees som helsefremmende faktorer (Broberg, Almquist og Tjus 2006, 70). Barnets individuelle motstandskraft og egenskaper er også av betydning. Dersom barnet har kognitive evner og et positive temperamentstrekk, sosial kompetanse i form av fleksibilitet, empati og humor, øker det sjansen for at barnet tiltrekker seg andre mennesker som det kan bygge givende relasjoner til (Mathiesen 2009, 55). ”Det som er positivt for barn, er ekstra positivt for barn fra psykososiale risikomiljøer” (Broberg, Almquist og Tjus 2006, 73).

## 4.2 Et folkehelseperspektiv

Resultater fra studien ”Barn i Bergen”, viste at 7% av 9000 barn og unge i aldersgruppen 8 – 10 år har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Mathiesen 2009, 43). Symptomene på psykiske lidelser er forskjellige på ulike alderstrinn. Hos de yngste barna er symptomene dels knyttet til vansker med regulering av biologiske funksjoner som søvn og spising, og dels knyttet til vansker med regulering av følelser og oppmerksomhet uttrykt som aggresjon, uro, engstelse, tristhet og annet. Senere i barne- og ungdomsårene domineres symptom bildet av overdrevne eller uvanlige følelsesmessige reaksjoner og normbrudd (Mathiesen 2009, 43). For de fleste er imidlertid symptomene forbigående og det er ikke unormalt å ha hatt en psykisk lidelse eller atferdsforstyrrelse i begrensede perioder (Mathisen 2009, 44).

## 4.3 Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner

I perioden 2010-2015 gjennomførte NTNU/RKBU-Midt et forskningsprosjekt om psykisk helse hos barn i barnevernsinstitusjoner (Kayed mfl. 2015). Det var til sammen 400 ungdommer, i alderen 12-20 år, fra hele landet som deltok i forskningsprosjektet.

Så mange som 76% av ungdommene fikk diagnostisert minst én psykisk lidelse i løpet av de siste 3 månedene, som førte til funksjonsnedsettelse (Kayed m.fl. 2015, 32). Sammenlignet med den generelle folkehelsen, er dette en stor kontrast. Kun 38% oppgir at ungdommene har fått noen form for psykiatrisk hjelp fra spesialisthelsetjenesten for disse lidelsene i løpet av perioden på 3 mnd. I tillegg til dette har ungdommene en høy grad av komorbiditet mellom angst, depresjon og alvorlige atferdsforstyrrelser. Den hyppigste diagnostiske samlekategorien er: minst én depressiv lidelse 37%, angstlidelser med 34%, ADHD med 32% og Aspergers syndrom med 23% (Kayed m.fl. 2015, 31). Å være plassert ufrivillig på institusjon var assosiert med 3 ganger høyere odds for en alvorlig atferdslidelse (Kayed m.fl. 2015, 32).

Også barneombudets fagrapport ”Grenseløs omsorg” viser at mange barn som barnevernet har omsorgen for har store utfordringer, blant annet psykiske lidelser (Barneombudet 2015, 73). Rapporten viser at det er grunn til å tro at det er en sammenheng mellom barnas utfordringer og hvordan barnevernet er utrustet til å håndtere disse, og i hvor stor grad barna utsettes for tvang (ibid.). Manglende hjelp på førstelinjenivå kan føre til at barn blir overlatt til seg selv med sine problemer alt for lenge og føre til at deres psykiske problemer kan utvikle seg til

alvorlige lidelser. Lange ventelister kan dessuten føre til at barnet ikke blir vurdert til å være *sykt nok* til at det kvalifiserer til behandling (Barneombudet 2015, 73).

#### 4.4 Et kritisk blikk på diagnoser hos barn

Barn har ofte et begrenset antall måter å vise at de ikke har det bra på, og disse går ofte igjen (Broberg, Almqvist og Tjus 2006, 264). Måten de for eksempel kan vise dette på, er gjennom atferd som rastløshet, følelsestilstander som nedstemthet og irritable, gjennom tenkeevnen deres som kan komme til uttrykk i konsentrasjonsvansker og lærevansker eller/og relasjoner til andre der barnet trekker seg unna eller krangler med andre (ibid.). Det kan gjøre det vanskelig å få barnets symptomer til å passe inn i DSM-systemets kriterier, mens andre ganger vil barnets symptomer fylle mer enn én diagnose (Broberg, Almqvist og Tjus 2006, 264). Barn vil dessuten fortsette å utvikle seg, og tilstanden vil kunne forverre seg eller forbedre seg raskt, og bare ett år senere vil diagnosen som barnet fikk året før, være uaktuell (Broberg, Almqvist og Tjus 2006, 265).

”(...) de deskriptive diagnosene er en form for avtaler, basert på klinisk erfaring og aktuell forskning” (Broberg, Almqvist og Tjus 2006, 265). Vi skal være oss bevisste at DSM-og ICD-systemet har store mangler, og at deres forsøk på å være teoretisk nøytrale gjør dem kunnskapsteoretisk problematisk (ibid.). Psykiatriske diagnoser låner en grad av troverdighet fra den medisinske diagnose, som omfatter kunnskap om årsaken til sykdommen og om den beste behandlingen. Psykiatriske diagnoser gir hovedsakelig bare et navn til en oppsummerende beskrivelse av en rekke symptomer som barnet har, som for så vidt kan ha flere årsaker både i og utenfor barnet (Broberg, Almqvist og Tjus 2006, 266).

Det er fort gjort, eller et menneskelig behov, at vi mennesker sorterer og kategoriserer for å forstå omverdenen, og dermed miste et *transaksjonelt* perspektiv der barnets samspill med familie, miljø, samfunnsmessige og kulturelle vilkår skal ha like mye oppmerksomhet (Broberg, Almqvist og Tjus 2006, 266). Jeg vil derfor inkludere betydningen av den profesjonelles menneskesyn, før vi skal se på noen av profesjonenes utfordringer.

## 5.0 Styringssystemer rundt barneverntjenesten og BUP

I en undersøkelserapport fra Møre og Romsdal skriver Høyvik (1996) at samarbeidsproblemene synes å henge sammen med at partene ikke har en felles problemforståelse (Høyvik 1996 i Aamodt mfl. 2011, 51). Barnevernet og BUP har ulike oppdrag, noe som i seg selv vil kunne gjøre samarbeidet vanskelig. Sakene som instansene skal samarbeide om, vil kunne bli sett på med ulike *briller*, avhengig av hvilke fagideologier og kompetanse som aktørene legger til grunn (ibid.).

### 5.1 Menneskesyn

Vårt menneskesyn som profesjonell kan påvirke vårt syn på bl.a. hva er god hjelp, vårt syn på sykdom og helse og brukerens rett på medvirkning og medbestemmelse over eget liv og helse. Dette er med på å påvirker vår oppfatning av hva som er et verdig liv for et menneske. Det finnes mange ulike forskningsresultater og erfaringsbasert kunnskap som innbyrdes peker i forskjellige retninger, og som gis forskjellig verdi (Aamodt m.fl. 2015, 203). Det pålegger oss fagpersoner en særlig forpliktelse til å tydeliggjøre for oss selv og andre hvilke kunnskapsfelter vi foretrekker å bruke i en konkret sak (ibid.).

Et transdisiplinært perspektiv bygger på en bio-psykososial tilnæringsmåte og forståelse. Perspektivet retter oppmerksomheten mot flere elementer som kan være avgjørende for barnets beste, samtidig som oppmerksomheten rettes mot barnets nære relasjoner og det gjensidige samspillet som utspiller seg mellom barnet og nære omsorgspersoner, samt barnets nærmiljø og omgivelser (ibid.). *Transaksjonsmodellen* forklarer hvordan barnet og dets samspillpartnere gjensidig påvirker og forandrer hverandre over tid (Sameroff og Chandler 1975, sitert i Guldbrandsen 2001, 16). Den samme logikken finner vi i Bronfenbrenners økologiske modell (Bronfenbrenner og Morris 1998, sitert fra Guldbrandsen 2001, 52). De ovenfor nevnte menneskesyn, setter barnet i sentrum som en ikke-passiv, handlende og tenkende person, som blir påvirket av-og er med på å påvirke sine omgivelser.

### 5.2 Barneverntjenesten

Forenklet kan vi si at barneverntjenesten er utformet med den overordnede hensikt å yte omsorgstjenester for de barn og unge som ikke får god nok omsorg fra sine foreldre eller foresatte. Tradisjonelt sett er barnevernet bygget opp med et utgangspunkt i at

barnevernbrukeren har et omsorgsbehov, men de har også en kontrollfunksjon ved at de skal overta omsorgen for barn og unge som utsettes for omsorgssvikt (NIBR 2001).

Omsorgssvikt handler blant annet om at foreldre ikke gir barnet tilstrekkelig med omsorg. Når vi snakker om omsorgssvikt får barnet gjerne for lite, for ensidig, for uegnet og/eller for skadelig stimulering (Kvello 2016, 319). Barnet kan få for dårlig ernæring, eller der barn ikke sikres eller beskyttes tilstrekkelig. Forenklet kan man si at omsorgssviktende foreldre ikke ser den betydningen de som foreldre har for sitt barns utvikling (Kvello 2016, 321).

Konsekvensene av omsorgssvikt kan bli at barnet blir utsatt for fare eller blir underutviklet med hensyn til sitt potensiale. En del av konsekvensene kan være irreversible, slik at underutviklingen ikke alltid kan tas igjen, selv der omsorgskvaliteten endres for barnet (Kvello 2016, 318).

For å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg *til rett tid*, pålegger loven barneverntjenesten å foreta undersøkelser og sette inn nødvendig tiltak ved behov, jf.bvl.§1-1 (Aamodt mfl. 2011, 32). Ungdom mellom 13-17 år, er den aldersgruppen der flest har tiltak (Barneombudet 2015, 72). Færrest med barnevernstiltak finner vi blant de yngste på 0-2 år. Det kan handle om flere ting, men det er allikevel urovekkende, når vi vet at tidlig intervensjon i form av å se risikoutsatte barn og iverksette tiltak i tidlig alder, vil kunne redusere antall ungdom med alvorlige psykiske lidelser (Kvello 2016). Kvello (2015) viser til at foreldrene stadig gis nye sjanser til å beholde barna sine, selv i tilfeller hvor det etter både samfunnets og spesialistenes oppfatning er sviktende omsorgssituasjon i hjemmet. For en del av barna vil det resultere i en oppvekstsituasjon hvor de mangler forutsigbarhet, hvor det forsøkes tiltak og hjelpeordninger, der barna selv vil kunne utvikle emosjonelle og relasjonelle skader (NIBR 2001, 42).

Hovedtanken er at plassering av barn utenfor hjemmet, bare skal skje som en aller siste utvei, dersom tiltak i hjemmet ikke er tilstrekkelig. Tvangstiltak skal for eksempel kun benyttes når andre tiltak er forsøkt, og når disse blir ansett som nytteløse (NOU 2000:12). Det biologiske prinsipp står sterkt i Norge, noe som gjenspeiler seg i bl.a. vernet om retten til familielivet, jf. Lov av 3.september 1953. *Den europeiske menneskerettskonvensjonen med protokoller* (EMK) art.8. Men på den andre siden ser vi også en sammenheng mellom Bufdir (2016) sine oppgitte årsaker til at nye barn fikk tiltak fra barneverntjenesten i 2015, og fagrapporten til



Mathiesen (2009) som summerer opp faktorer som gir barn og unge høy risiko for å utvikle psykiske vansker eller lidelser. Hva vil være til barnets beste?

### 5.3 Barne-og ungdomspsykiatrien

Barne-og ungdomspsykiatrien er tradisjonelt bygget opp med utgangspunkt i at deres brukere primært har et behandlingsbehov, basert på frivillighet (Aamodt mfl.2011, 25). BUP omfatter utredning, diagnostikk og behandling, samt forebygging og rehabilitering av psykiske lidelser hos barn og unge. I hovedsak er det fastleger og leger knyttet til skolehelsetjenesten som henviser barn og unge til BUP, men også barnevernleder i barneverntjenesten kan henviser brukere til BUP. De mest vanlige henvisningsgrunnene er konsentrasjonsproblemer, uro, atferdsvansker, tristhet, engstelse, somatiske plager, søvnplager og lignende. Når barn i førskolealder blir henvist, er det gjerne foreldrene som strever med å innarbeide gode søvnrytmer, regulering av spising eller problemer med samhandling med barnet. De eldre barna henvises gjerne på grunn av atferdsproblemer, spiseforstyrrelser, sosial isolasjon, tristhet eller tvangsproblematikk (ibid.).

BUP er en avdeling innenfor de statlige helseforetakene hvor innsatsstyrt finansiering er ett av styringssystemene (Aamodt mfl.2011, 28). Det vil si at deler av driften finansieres av de inntektene som fagpersoner tjener inn gjennom sin produksjon, ved å gi pasientbaserte konsultasjoner eller tiltak. Når da en førstegangssamtale har en takst på 905kr, samarbeids-og nettverksmøter refunderes med 150 kr og telefonsamtaler med samarbeidsparter refunderes med 50kr, sier det seg selv at det for poliklinikkens drift er mest lønnsomt å ta inn nye pasienter (ibid.). Aamodt mfl. (2011) skriver at det ikke er sjeldent at BUP kvier seg for å påta seg behandlingsansvaret for barn henvist fra barneverntjenesten, da disse sakene ofte forutsetter utstrakt møtevirksomhet og telefonsamtaler. Finansieringssystemet forutsetter dessuten at behandlingen er målrettet mot spesifikke lidelser eller vansker. Det betyr at et barn som for eksempel blir henvist for flere diffuse plager som tristhet, uro eller annen atferd hvor kartlegging av barnet ikke avdekker en bestemt diagnose, kan bli ”sendt tilbake” til henvisende instans fordi det ikke er noen ”diagnose” å behandle (Aamodt mfl. 2011, 29).

Også Riedel (2008) hevder at økonomiske hensyn kan påvirke BUP sin nedprioritering av barnevernsbarn med sammensatte problemer, blant annet fordi disse barna ofte krever mer ressurser (Riedel 2008, sitert fra Lurie og Tjelflaat 2009, 60). Dermed kan man hevde at BUP

sin takstsystem er med på å gjøre det ulønnsomt å bruke tid på slike ressurskrevende saker, der konsultasjoner og annen type tverretattlig samarbeid blir påkrevd (ibid.). Både Riedel (2008) og Aamodt (mfl. 2009) sine synspunkter samsvarer med resultatene fra flere forskningsprosjekter som blir omtalt i rapporten: ”Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien i Norge” av Jim Lurie og Torill Tjelflaat (2009). Det var derfor noe overraskende å lese NOU (2009:22, 100), der det står at det *ikke* er dokumentert at refusjonssatsene påvirker prioriteringer innen det psykiske helsevernet for barn og unge. ”Barneombudet har også kommentert at samarbeidet mellom kommunalt og statlig barnevern kan påvirkes av størrelsen på de kommunale egenandelene. Utvalget har ikke vurdert dette nærmere” (NOU 2009:22, 98). Utvalget konkluderer allikevel med at det skulle foretas en nærmere gjennomgang av takstene (ibid.).

Riedel hevder at barnevernets barn ofte er nedprioritert av BUP til tross for ventetidsgarantien som skal sikre barn og unge med psykiske lidelser og/eller rusproblemer rett til spesialistvurdering innen 10 dager og helsehjelp innen maksimum 65 dager (Riedel 2008, sitert fra Lurie og Tjelflaat 2009, 60). Riedel viser til ulike avvisningsgrunner som bl.a. en uavklart omsorgssituasjon eller at ungdommen mangler motivasjon for behandling (ibid.). Aamodt (mfl. 2011, 29) skriver at brukere av BUP må kunne tilpasse seg vanlig pasientatferd, noe som innebærer å møte til fase tider og innordne seg etter visse standard rammer. Dette forutsetter at familien har en orden og oversikt, som ikke alle familier har. Hun stiller seg kritisk til et klassestyrt helsevesen, der de mest utsatte familiene med dårlige levekår og helse muligens faller utenfor (ibid.).

## 6.0 Barn med sammensatte behov

Forholdet mellom barneverntjenesten og BUP blir særlig aktuelt når det er snakk om svært *komplekse saker*. Ofte dreier det seg om ungdom med alvorlige avvikende atferd, der vold og/eller rus, overgrep, omsorgssvikt, samt mulighetene for at det foreligger alvorlige psykiske lidelser er en del av problemkomplekset (NIBR 2001, 35). I mange år har man vært klar over at de mest belastede barn og unge ikke alltid får den hjelpen de trenger, der de faller mellom tilbudene som finnes (Lurie og Tjelflaat 2009). Kinge (2012) trekker frem at koordineringsproblemer mellom ulike etater, tjenester og hjelpeinstanser kan være en mulig årsak til at disse brukerne ikke får den hjelpen de trenger.

Dersom barneverntjenesten henviser et barn eller en ungdom til BUP, er det som regel fordi man mener at det er behov for en eller annen form for terapeutisk hjelp til barnet og eventuelt bistand til å utrede barns og unges hjelpebehov (Nygren 2000, sitert fra NIBR 2001, 35). Barnevernsinstitusjonene tilbyr ikke behandling eller terapi, utover miljøterapi, samt ulike pedagogiske tiltak. Imidlertid har ungdom barnevernsinstitusjoner sammensatte behov. Mange av barna har store relasjonsskader, negativ erfaring med skolegang, har begynt en kriminell løpebane og kanskje etablert et rusmisbruk (NIBR 2001, 36). Den 64 sider lange reportasjen om "Glassjenta" i 2016, gjorde at Thomas Ergo, Rune Vandvik og Hans Petter Aass fra Stavanger Aftenblad, ble nominert i kategorien "The Distinguished Writing Award" (Fintland 2017).

## 6.1 Glassjenta

Fylkesmennene i Hordaland, Rogaland og Troms har sammen kommet med sin tilsynsrapport: "Ida fekk ikkje forsvarleg hjelp", som konkluderer med at "Ida" ikke fikk forsvarlig omsorg og hjelp da hun var under omsorg av barnevernet (Fylkesmannen i Hordaland 2016).

Tiltakene var ikke tilpasset hennes behov. Mangelfull kunnskap, summarisk saksbehandling og manglende involvering førte til unødvendig høy tvangsbruk. Tilsynsrapporten viser at det er en stor utfordring at barneverntjenesten og BUP har ulik forståelse og tilnærming til barns problemer og hva som er de rette tiltakene. Begge fagmiljøene har viktig kompetanse, men det kan se ut som at de har liten kunnskap om-og tillit til hverandre (ibid). Gjennom rapporten kommer Ida med flere anbefalinger til barneverntjenesten og BUP. Hun mener blant annet at barne-og ungdomspsykiatriens tjenester, oftere må oppsøke barn når de ikke vil komme til dem (Fylkesmannen i Hordaland 2016, 17). Hun peker på at spesialisthelsetjenesten må ta ett større ansvar for å møte barn som mangler motivasjon, men likevel har behov for hjelp. Dette må sees på som en naturlig del av kravet til forsvarlig helsehjelp.

Fordi Ida ble flyttet mange ganger, ble det vanskelig å få gjennomført en utredning av henne. Det kreves tid for å etablere tillit og til å komme i posisjon til å starte en utgreiing, samt muligheten til observasjon og oppfølging over tid for å gjennomføre den. Som tidligere nevnt, bygger helsetjenesten på samtykke og skal være frivillig. Dermed kunne fylkesmannen konkludere med at helseforetakene har oppfylt sin lovpålagte plikt, da de har gitt et tilbud om utredning, siden tvang i helsetjenesten bare kan bli brukt dersom det foreligger særlige vilkår

(Fylkesmannen i Hordaland 2016, 23). Likevel kan man spørre seg om helsetjenesten har gjort nok for å motivere barnet, som har behov for hjelp i tråd med forsvarlig helsehjelp?

Man må kunne forvente at barn og unge vil avvise et tilbud om utredning. Personer som har opplevd omsorgssvikt trenger gjerne lang tid på å bygge opp tillit før de går med på å få hjelp (Fylkesmannen i Hordaland 2016, 23). Dette er en sårbar fase som krever innsikt og evnen til å balansere ulike hensyn, som menneskelig varme, kunnskap, bevisste handlinger og et godt samarbeid mellom barneverntjenesten og BUP (ibid.). Dette er punkter som bl.a.

Forandringsfabrikken (2016), bestående av barn og unge med erfaring fra barnevern og/eller psykisk helsevern, også er forkjemper for. De ønsker at profesjonelle skal møte barna med en lyttende holdning som viser at man prøver å forstå helt til bunns, slik at det kjennes trygt for skuffede, frustrerte, redde eller sinte barn å skulle fortelle det som er viktig å fortelle (Barnevernsproffene 2016, 2).

Når det gjelder råd til kommunalt barnevern, er Ida tydelig på at barneverntjenesten trenger bedre innsikt i å praktisere kravene om barnets medvirkning i administrative prosesser, jf. BK art.12 nr.2 (Fylkesmannen i Hordaland 2016, 16). Barneverntjenesten må samarbeide med barnet, noe som er nødvendig for å forstå barnet sitt uttrykk, språk og behov.

### 6.1.1 Brukermedvirkning

Medvirkning handler om noe mer enn bare å få si sin mening. Det skal handle om å få bruke sin egen kunnskap og innsikt til å påvirke sin egen fremtid. Etter BK art.12, skal det grunnngis dersom et barn ikke blir møtt på det de har uttalt som er aller viktigst.

Tenesten skulle gjort meir for å utforske og ta omsyn til det Ida sjølv meinte ho hadde behov for eller var viktigast for henne. Nokon skulle stoppa opp saman med henne lenge nok til å få tak i dette. Vi meiner det blei lagt for liten vekt på å lytte til og forstå behovet, uttrykksforma og språket hennar (Fylkesmannen i Hordaland 2016, 18).

Både Ida og proffene i Forandringsfabrikken, mener at det fortsatt er mange barn som ikke opplever å bli hørt, forstått eller lyttet til. Det finnes mange barn og unge som ikke har ordene de trenger for å gjøre seg forstått, og må dermed ty til et annet språk for å gi uttrykk for det de kjenner (Fylkesmannen i Hordaland 2016, 19). Det kan for eksempel være fysisk utagering, rus, selvskading eller annen atferd. Vi som skal hjelpe, er nødt til å forstå hva som ligger bak

det disse barna sier og ønsker, bak reaksjoner og den til tider uforklarlige atferd som barn og unge som har det vondt kan vise. Vi må forstå disse barnas språk (Seim og Slettebø 2007, sitert fra Fylkesmannen i Hordaland 2016, 19). Omsorgspersonene trenger tett oppfølging for å møte og forstå barnets reaksjoner, språk og de ofte lite hensiktsmessige mestringsstrategiene på en slik måte at de blir i stand til å hjelpe barnet videre (Fylkesmannen i Hordaland 2016, 19). Ida mener at det er behov for institusjoner med både barnevernsfaglig og bane- og ungdomspsykiatrisk kompetanse (ibid.).

### 6.1.2 Tvang

Barneombudets fagrapport viser at barn som befinner seg i grenseland mellom barnevern og psykisk helsevern er de som utsettes for mest tvang, særlig fysisk maktbruk som bl.a. fastholding (Barneombudet 2015, 14). Tvang kan medføre grov krenkelse mot den enkeltes personlige integritet. EMK art.5 og art.8, setter strenge regler for bruken av tvang. Her defineres *tvang* som: alle inngrep i den personlige integriteten mot en persons vilje som utøvelse av tvang (Barneombudet 2015, 11). Rapporten konkluderer med at barn som utsettes for tvang, ofte har psykiske vansker eller lidelser (Barneombudet 2015, 8). De situasjonene der ansatte på barnevernsinstitusjoner bruker tvang, handler ofte om vanlige grensesettingssituasjoner som eskalerer. Rapporten viser at det kreves kompetanse og faglig trygghet, kjennskap til barns reaksjonsmønstre, stabile arbeidsforhold og ressurser, samt god kommunikasjon med barna (ibid.). Barneombudet uttrykker bekymring for de alvorlige følgene det kan få, når barn i barnevernet med psykiske lidelser ikke får den behandlingen de trenger, og mener at det er brudd på barns rettigheter (Barneombudet 2016, 9). Levanger BUP er den eneste døgninstitusjonen i psykisk helsevern for barn og unge som med overlegg ikke har søkt om godkjenning for å benytte tvang. Behandlerne mener at frivillighet er den beste strategien for å oppnå endring, og ved å utelukke tvang, vil det påvirke kulturen på avdelingen, både synet på psykiske lidelser og hvordan man møter barn med slike utfordringer (Barneombudet 2016, 76).

Tvang har også et etisk aspekt ved seg. I motsetning til likeverd og autonomi, finner vi begrepene paternalisme og maternalisme der man inntar en overordnet posisjon i forholdet og dermed umyndiggjør den andre (Skau 2015, 40). Væremåter vi forbinder med paternalisme er først og fremst åpen maktbruk, formynderi og kontroll, mens mykt press, invaderende nærhet og manipulasjon forbindes med maternalisme. Noen ganger kan man havne i en livssituasjon, for eksempel ved alvorlig sykdom, eller man er for nedbrutt og utmattet til å ta vare på seg

selv, der man *må* – og også bør kunne legge ens skjebne i andres hender for en periode (Skau 2015, 41). I følge Skau (2015) blir det med andre ord problematisk når handlingene styres mer av hjelperens egne behov enn av hensynet til barnet. Hvor den grensen går er en vanskelig balanse. Paternalisme og maternalisme er ofte godt skjulte former for profesjonelt hovmod og maktarroganse, og forkledd som omsorg eller ansvarsbevissthet kan slike holdninger være vanskelig å avsløre (Skau 2015, 42).

### 6.1.3 Regulering av makt

Man kan se på makt som en muligheten til å påtvinge andre vår egen vilje. Det å ha makt innebærer at vi har muligheten til å tvinge igjennom noe, selv om andre vil motsetter seg dette. Barnevernet har mye makt i forhold til relasjonen med klientene sine (Weber 1971 sitert fra Garsjø 2001, 279). Vi må være klar over at vi i kraft av å ha stor kunnskap gjennom vår utdanning, sitter på mye makt i relasjonen til brukere. Et godt tverrfaglig og tverretattlig samarbeid vil kunne forhindre at det er de som sitter på mest makt i form av kunnskap som får gjennomslag for sine ønsker (Garsjø 2001). Som barnevernspedagog vil vi dessuten kunne misbruke vår makt ved å unnlate å handle.

”Det er som kjent slik at der alle tenker likt, tenker ingen særlig mye” (Garsjø 2001, 265). En debatt om faglige uenigheter kan være positivt, fordi det bidrar til å sette viktige spørsmål på dagsordenen, noe som igjen vil kunne føre til økt interesse, engasjement og framdrift. Uenigheter vil kunne bidra til bedre selvinnsikt og samtidig ruste oss til å mestre nye utfordringer (ibid). Som vist i eksempelet til Ida, kan pressen også være en maktfaktor. Ofte kan de bringe reportasjer som er vinklet til brukerens fordel (Garsjø 2001, 327). Pressen kan formidle tanker og følelser hos mennesker som føler seg utsatt for maktovergrep, og på den måten gi en anonym og navnløs sak et ansikt. Identifisering kan skape medfølelse og engasjement, som i bestefall vil kunne bidra til å tvinge frem forandring (Garsjø 2001, 329).

## 6.2 Tilbake til ”Mathilde”

Innledningsvis blir vi presentert for Mathilde som har vært til utredning og behandling hos BUP de siste fire årene. Fire år har gått, og ut i fra informasjonen som vi mottar av far, har jenta levd store deler av barndommen sammen med en psykisk syk mor, men ingen har meldt til barneverntjenesten. Eksempelet viser hvor avhengig barnevernet er av at noen må melde sin bekymring.

### 6.2.1 Taushetsplikt vs. opplysningsplikt

En forutsetning for samarbeid mellom tjenester er muligheten for å utveksle informasjon og opplysninger (Helsedir og Bufdir 2015, 14). Regler om taushetsplikt, opplysningsplikt og opplysningsrett utgjør rammene for informasjonsutveksling mellom barneverntjenesten og BUP. Helsepersonells profesjonsbestemte taushetsplikt er enda strengere enn barnevernets taushetsplikt, og skal ivareta hensynet til pasienters tillit til helsetjenesten og helsepersonell (Helsedir og Bufdir 2015, 15). På den måten ønsker man å hindre at hjelpetrequende unnlater å oppsøke helse- og omsorgstjenesten ved behov for helsehjelp av frykt for uønsket spredning av opplysninger.

Men uavhengig av taushetsplikt har helsepersonell en opplysningsplikt til barneverntjenesten, jf. Helsepersonelloven §33. Dersom helsepersonell mistenker at det foreligger forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenesten, som mishandling eller andre former for alvorlig omsorgssvikt, eller når barnet viser vedvarende og alvorlig atferdsvansker, er den enkelte helsepersonell pålagt en opplysningsplikt (Helsedir og Bufdir 2015, 17). Opplysningsplikten skal bidra til at barneverntjenesten får de opplysningene, som er nødvendig for at de kan gjøre en vurdering av behov for eventuelle tiltak etter barnevernloven. Hensynet bak bestemmelsen tilsier at det ikke skal mye til før opplysningsplikten inntreffer, jf. helsepersonelloven §33 2.ledd, som plikter helsepersonell til å melde til barneverntjenesten av eget tiltak (Helsedir 2012, sitert fra Helsedir og Bufdir 2015, 17).

### 6.2.2 Dobbeltklienten

I et forsøk på å forstå de ulike profesjonenes utfordringene, vil jeg trekke frem prosjektet ”Dobbeltklientundersøkelsen: I krysningsfeltet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri” (Nygren 2000, sitert fra NIBR 2001, 39). Med dobbeltklienten menes i denne sammenheng, brukere som har behov for både profesjonelle barnevernfaglig omsorg og behandling for psykiske problemer (ibid.).

I de psykiatriske fagmiljøene er det, i følge Nygren, en utbredt erkjennelse av at det er ”meget vanskelig å hjelpe alvorlig atferdsforstyrrede ungdommer”, og at man ikke råder over hensiktsmessige behandlingsmetoder eller andre gode tilbud for brukere med dette tilstandsbildet (Nygren 2000, sitert fra NIBR 2001, 41). Skal man ha sjanse for å hjelpe dem, må en begynne i tidlige barneår, med det samme atferdsproblemene begynner å vise seg (ibid.). På den andre siden kan man undre seg over hvorfor det ofte kan virke som om BUP

har familier inne til utredning og behandling over mange år, før de melder sin bekymring til barneverntjenesten. Jeg har møtt på flere ungdommer som har vært inn-og ut fra BUP siden de var små barn, frem til de nærmer seg ungdomsalder. De gangene jeg har vært med inn i slike saker, har ikke BUP noen gode forklaringer på hvorfor dette skjer.

Både Ida og Nygren fremhever spørsmålet om man heller bør bruke ressurser på å utvikle kompetanse i barnevernet slik at de står sterkere med hensyn til å møte og håndtere klienter med psykiske problemer, samt dem som har utviklet store atferdsvansker (Nygren 2000, sitert fra NIBR 2001, 41). Psykiatrien skal ikke ha særomsorgen, det er en klar politisk visjon. Nygren mener at vi må bygge psykiatrisk kompetanse inn i barneverninstitusjoner, slik at de ansatte etter hvert føler seg kompetente til å hankses med de klientene de får (ibid.). En må regne med at alle barnevernsbarn vil ha større eller mindre psykiske problemer, og at barnevernet derfor må utvikle kompetanse og ansette medarbeidere som kan arbeide ut fra disse forutsetningene (ibid.).

### 6.2.3 Hvor skal Mathilde gå?

Hvordan vi definerer *problemene*, kan få konsekvenser for tiltakene vi setter inn ovenfor jenta. Barneverntjenesten mener at jenta er psykisk syk, og at en behandlingstilbud gjennom BUP vil være det rette tiltaket for jenta. BUP mener at de ikke har et behandlingstilbud rettet mot jenta sine utfordringer før hun fyller 18 år, og mener at barneverntjenesten må ta seg av omsorgen for jenta, som ikke vil bo hjemme lengre, frem til hun kan motta behandling fra BUP. Far ønsker hjelp og jenta ønsker hjelp, men hvilken hjelp skal de få? Aamodt (mfl.2011, 289) mener at hjelpetjenestene er organisert slik at det sammensatte og komplekse må entydiggjøres til enten å handle om sykdom, og dermed psykiatri, eller omsorg, her ensbetydende med omsorgssvikt. Dermed må behandler og saksbehandler bli enige om å definere problemene til jenta, slik at foretrukne institusjoner åpner dørene for Mathilde.

Saksbehandleren fra barneverntjenesten vil argumentere for at jenta har krav på behandlingstilbud, jf. Lov av 2.juli 1999 *Lov om pasient-og brukerrettigheter* (pasrl.) §§2-1 b. 7.ledd og 2-2 5.ledd, som gir barn under 23 år et forsterket rettskrav på helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten (Sigurdsen 2013, 254). Det er spesialisthelsetjenesten som skal besitte kompetanse for behandling av jenta, og det er BUP sitt ansvar å skulle ha ressursene for å kunne ivareta jenta sine behov. Ved valg av institusjon må det foretas en konkret vurdering av



barnets behov i lys av barnets alder (Sigurdsen 2013, 253). Kan institusjonen imøtekomme barnets behov på kort-og langsikt? Er institusjonen i besittelse av de nødvendige faglige og materielle virkemidlene for å nå målsettingen med plasseringen?

Ved første øyekast, kan det se ut som at en plassering under BUP blir det mest hensiktsmessige, med tanke på jenta sin diagnose og problematikk. Særlig med tanke på Kayed (mfl.2015, 45) sin rapport som viser at ungdommer som er plassert i barnevernsinstitusjoner ikke er garantert å få den helsehjelpen som de har krav på. Dessuten skal vi huske på at psykiske problemer hos barn, gjerne arter seg annerledes enn hos voksne, fordi de er knyttet til det å vokse opp (Grønholt, Sommerschild og Garløv 2008, sitert fra Sigurdsen 2013, 254). Derfor må spørsmålet om Mathilde skal innlegges i psykisk helsevern vurderes annerledes enn for voksne. Barn kan for eksempel ha mindre nytte av samtalerapi, men derimot i større grad nyttiggjøre seg miljøterapeutisk oppfølging. I følge Erik Larsen (2004) er miljøterapiens primære oppgave å skape muligheter for at barn og unge kan jobbe med sin utvikling og endring. Han definerer miljøterapi bestående av to deler, der miljødelen handler om å legge til rette og organisere, mens terapi delen dreier seg om å utvikle og forandre (ibid.).

Daglig omsorg fra personalet vil kunne ha en behandlingsgivende effekt, noe som taler for at psykisk sykdom hos barn ikke automatisk skal føre til en plassering under psykisk helsevern fremfor barneverninstitusjon (Sigurdsen 2013, 255). Min erfaring fra arbeid på en institusjon under BUP, har vist meg at det heller ikke her trenger å være snakk om: enten barneverninstitusjon med miljøterapi, eller psykiatri med behandling i form av samtalerapi, men at man tvert imot også i psykiatrien driver med miljøterapeutisk behandling blant ungdommene i tillegg til samtalerapi. På barne-og ungdomsinstitusjonen jeg jobber på, vil overlegen kunne bestemme hvordan miljøterapien skal tilpasses behandlingen av en bestemt ungdom, ut i fra barnets diagnose.

Men tilbake til Mathilde. Hva sier jenta om sin egen situasjon, jf.bvl.§4-1 2.ledd? Hva vil være til barnets beste? Er det tale om omsorgssvikt eller psykiatri? Risikoen ved å plassere henne innenfor psykiatri, kan være at jenta selv begynner å tro på diagnosen, og at det blir en del av hennes syn på seg selv, og dermed også identitet (Aamodt mfl.2011, 290). På den måten vil jenta også måtte bære belastningen av en eventuell mangelfull omsorg eller foreldrekompetanse fra mor og far, der foreldrene blir *fritatt for skyld* og problemet blir koblet

ene og alene til jenta (ibid.). Noe annerledes vil det kunne bli dersom man tolker spisevegringen og selvskadingen hennes som et uttrykk for noe jenta vil formidle, et språk der hun prøver å vise omverdenen hvordan hun opplever hverdagen hjemme hos far og stemor. Utageringen vil dermed kunne bli sett på som en normalreaksjon på hvordan det har vært å vokse opp i en unormal situasjon (Aamodt mfl.2011, 290). På den måten vil jenta bli sett på som *frisk*, der omsorgssituasjonen er problemet. Myndighetenes krav om entydiggjøring av det komplekse og sammensatte kan skape problemer for både familien og hjelpeapparatet rundt. Problemdefinisjonen vil kunne påvirke jentas og foreldrenes selvaktelse, selvoppfatning og belastninger (ibid.).

## 7.0 Utilstrekkelige tjenester hver for seg

På mange områder står jeg igjen med flere spørsmål enn svar, når oppgaven nærmer seg slutten. Det finnes ingen enkle svar på et område som er så komplekst. Som vi har sett, kan flere instanser ha ansvaret for et forsvarlig tilbud til barnet samtidig. Det er ikke slik at det er huller i regelverket når det gjelder om noen juridisk sett har ansvaret for et barn, men snarere tvert imot: ofte er det snakk om et dobbelt eller flerdobbelt ansvar (Sandberg 2015, 4). I utgangspunktet skulle man tro at dette ville føre til en større sikkerhet for at tjenestene blir forsvarlige, da instansene juridisk sett ikke kan skyve ansvaret over på hverandre. I praksis kan det likevel se ut som at nettopp denne rettslige situasjonen kan føre til at begge instansene ikke er seg sitt ansvar bevisst og kan mene at andre er nærmere til å påta seg ansvaret for barnet, slik Valdres-saken er et eksempel på. Til syvende og sist, så er det barneverntjenesten som skal sikre at barnet får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. NOU 2016:16 og Sandberg (2015) påpeker at det kunne vært en fordel om ansvarsforholdene ble avklart nærmere i forskrift.

### 7.1 Felles institusjon for barnevern og psykisk helsevern

Flatø-utvalget (NOU 2009:22) anbefalte etablering av felles institusjon for barn med behov for et tilrettelagt omsorgstilbud og terapeutisk behandlingstilbud (Lurie 2016, 31). De er ikke alene, både Bufdir arbeidsgruppe om kvalitet i barnevernsinstitusjoner (2010), Helsetilsynet (2011) og Barneombudet (2015) er andre offentlige instanser som støtter forslaget (ibid.). Også Ida, som vi ble kjent med gjennom "Glassjenta" påpeker at det er behov for institusjoner med både barnevernsfaglig og barne- og ungdomspsykiatrisk kompetanse (Fylkesmannen i

Hordaland 2016, 17). Til tross for anbefalingene, har det så langt ikke blitt fulgt opp med etablering av flere felles institusjoner av denne typen i Norge (ibid.).

Jim Lurie sin rapport ”Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern” (2016) presenterer erfaringer fra fire prosjekter. Jeg nøyer meg med å presentere resultatene fra Seljelias senter for barnevern på Gjøvik, som var en felles døgnavdeling for utredning av barn sammen med BUP fra 2003-2010. På tross av at ledere og ansatte på Seljelias senter var uenige i nedleggelse av avdelingen, som de mente var et vellykket eksempel på tverrfaglig samarbeid, ble institusjonen gjort om til avdeling for observasjon av småbarnsfamilier etter beslutning fra ledelsen i Bufetat Region Øst. Beslutningen kom som en del av en nasjonal omprioritering i Bufetat rettet mot redusert bruk av barneverninstitusjoner for barn under tolv år (ibid.).

Styrken som blir lagt vekt på fra Seljelias erfaringer er en mer helhetlig forståelse når man observerte barn med to faglige perspektiver samtidig (Lurie 2016, 9). Jeg tolker det slik at der miljøarbeidere på en barnevernsinstitusjon kanskje ville betegnet et barns atferd som ”dårlig oppførsel”, vil man med et psykiskhelseverns blikk kunne se et barn som reagerer ”normalt” ut i fra sin psykiske lidelse. Tidlig identifisering av psykiske vansker hos alle barn på avdelingen bidro til mer vellykket plasseringer i fosterhjem, da fosterforeldre fikk en bedre forståelse av barnets behov og hvordan de burde håndteres (Lurie 2016, 10). Utredning på institusjon over tid, ga en bedre forståelse enn utredning av barn i hjemmemiljøet. Når det gjelder svakheter, ble det bl.a. påpekt at ved en eventuell etablering av felles institusjon i fremtiden, bør en søke om status som forsøksordning slik at man unngår komplikasjoner, samt dobbelt arbeid knyttet til drift under to etater, Bufetat og Helseforetaket, og to lovverk (Lurie 2016, 31).

Det fremkommer av rapporten at det er delte meninger om hvorvidt det bør satses på felles institusjoner av denne typen i fremtiden (Lurie 2016, 32). En slik etablering er en kostbar løsning, og vil heller ikke løse de psykiske utfordringene til alle de barna i barneverninstitusjonene, som rapporten til Kayed mfl.2016 viser oss at ikke blir fulgt opp. Lurie (2016, 33) nevner at et annet aktuelt tiltak vil være opplæring av personell i barnevernsinstitusjoner. På den måten vil personalet kunne identifisere og håndtere psykiske problemer hos sine beboere på et tidligere tidspunkt. I følge Lurie er Bufdir i gang med utviklingen av denne type opplæring (ibid.).

## 7.2 Sektorovergripende plasseringer

Når barn blir plassert i døgnenhet under det psykiske helsevernet med hjemmel i barnevernloven, kaller man det en sektorovergripende plassering (NOU 2009:22, sitert fra Barneombudet 2016, 75). Det kan se ut som denne bestemmelsen blir lite brukt i praksis. Asylsuvereniteten gjør at selv om både barneverntjenesten og fylkesnemnda mener at barnet trenger innleggelse i psykisk helsevern, kan institusjonen likevel avvise barnet (NOU 1985:5, sitert fra Barneombudet 2016, 75). For å presisere spesialisthelsetjenestens ansvar, foreslås det et nytt femte ledd i spesialisthelsetjenestelovens §2-1 a: ”De regionale helseforetak skal peke ut institusjoner i det enkelte helseforetak som kan ta imot barn med hjemmel i barnevernsloven §§ 19, 20, 21 eller 35” (NOU 2016:16, 103). En slik mottakspått og rett til nødvendig helsehjelp, vil bidra til at institusjonen ikke lengre har den samme muligheten til å nekte inntak av barnevernsbarn som tidligere (NOU 2016:16, 104).

## 8.0 Avslutning

På mange områder står jeg altså igjen med flere spørsmål enn svar, noe som viser meg hvor komplekst dette feltet er. Med denne oppgaven har jeg forsøkt å belyse hva det kan handle om, når barn ikke får den hjelpen de trenger fra barneverntjenesten og BUP. Vi har sett på hvordan risikofaktorene for å utvikle psykiske lidelser, henger sammen med årsaker til at nye barn får tiltak etter barnevernloven. Innledningsvis har jeg vist at barns problemer kan henge sammen med mange faktorer, men på grunn av plass var jeg nødt til å avgrense den til å handle om de barna som kunne hatt nytte av tiltak fra både barneverntjenesten og spesialisthelsetjenesten.

Både Ida og Nygren mener at vi må bygge psykiatrisk kompetanse inn i barneverninstitusjoner, slik at de ansatte etter hvert føler seg kompetente til å hankses med de klientene de får. Nygren går så langt som å hevde at vi må regne med at alle barnevernsbarn vil ha større eller mindre psykiske problemer, og at barnevernet derfor må utvikle kompetanse og ansette medarbeidere som kan arbeide ut fra disse forutsetningene. Argumentene deres blir understreket av Barneombudets fagrapport som viser at barn som befinner seg i grenseland mellom barnevern og psykisk helsevern, er de som utsettes for mest tvang, særlig fysisk maktbruk som bl.a. fastholding.

Videre har vi sett på utfordringer hos BUP, som bygger sin virksomhet på frivillighet fra brukeren sin side. Ida peker på at spesialisthelsetjenesten må ta ett større ansvar for å møte barn som mangler motivasjon, men som likevel har behov for hjelp. Hun mener at BUP må gjøre en større innsats for å motivere barn og at det må ansees som en naturlig del av kravet til forsvarlig helsehjelp. Barneverntjenesten på sin side har, juridisk sett, ikke mulighet til å skyve sitt ansvar over på andre instanser. Det er barneverntjenesten som skal sikre at barnet får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. NOU 2016:16 legger vekt på at man ønsker å tydeliggjøre ansvarsforholdene.

Det er delte meninger om hva som er til barnets beste. En av styrkene ved felles institusjonen Seljelia, var at man gjennom et tverrfaglig blikk fikk en mer helhetlig forståelse av barnet, noe som vil kunne få stor betydning for hvordan man både ser og møter barnets atferd på. Ansatte på institusjonen anså prosjektet som vellykket. Men på tross av dette, bidro den nasjonale omprioritering i Bufetat, som var rettet mot redusert bruk av barneverninstitusjoner for barn under tolv år, til nedleggelsen av prosjektet. Det blir spennende å se om politikerne følger opp anbefalingene fra NOU 2016:16, bl.a. om å gjøre sektorovergrepene plasseringer mer tilgjengelige. Samtidig skal vi ikke undervurdere det arbeidet som vi som *står på gulvet* gjør hver dag, med det ansvaret og plikten som følger oss til enhver tid i yrkesutøvelsen som barnevernspedagoger.

## Litteraturliste

- Bie, Turid. 2014. "De juridiske rammene for barnevernets undersøkelse". I *Barnevernets Undersøkelse*, red. Bente Nes Aadnesen og Eva Hærem. Oslo: Universitetsforlaget.
- Broberg, Anders, Kjerstin Almqvist og Tomas Tjus. 2006. *Klinisk barnepsykologi: Utvikling på avveier*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Garsjø, Olav. 2001. *Sosiologisk tenkemåte : en introduksjon for helse- og sosialarbeidere* (2. utg. ed.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Guldbrandsen, Liv Mette. 2006. "Barn, oppvekst og utvikling". I *Oppvekstforhold og psykologisk utvikling*, red. Liv Mette Guldbrandsen. Oslo: Univeristetsforlag.
- Guldbrandsen, Liv Mette. 2006. "Urie Bronfenbrenner: En økologisk utviklingsmodell". I *Oppvekstforhold og psykologisk utvikling*, red. Liv Mette Guldbrandsen. Oslo: Univeristetsforlag.
- Ingerid Aamodt, Lise. 2011. "Kunnskapshierarkiet". I *Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis*, red. Aamodt, Laila Granli. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kinge, Emilie. 2012. *Tverretattlig samarbeid omkring barn : en kilde til styrke og håp?* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Larsen, Erik. 2004. *Miljøterapi med barn og unge : organisasjonen som terapeut*. Oslo: Universitetsforl.
- Lov av 17.mai 1814 *Kongerikets Norges Grunnlov* (GrL.)
- Lov av 20.november 1989. Vedlegg 8, *FNs konvensjon om barnets rettigheter med protokoll* (BK)
- Lov av 17.juli 1992 nr.100 *Lov om barneverntjenester (bvl)*
- Lov av 21.mai 1999. nr.30 *Lov av styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett* (mnskrl.)
- Lov av 2.juli 1999 nr.61 *Lov om spesialisthelsetjenesten* (sphlsl.)
- Lov av 2.juli 1999 nr.62 *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern* (phlvl.)
- Lov av 2.juli 1999 nr.63 *Lov om pasient-og brukerrettigheter* (pasrl.)
- Skau, Greta Marie.2011. *Gode fagfolk vokser: Personlig kompetanse i arbeid med mennesker*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Skorstad, Berit. Eide. 2013. "Profesjonsetikk". I *Etikk: Til refleksjon og handling i sosialt arbeid*, red. Solveig Botne Eide og Berit Skorstad. Oslo: Gyldendal.
- Storø, Jan. 2008. *Sosialpedagogisk praksis : det handler om hva du gjør*. Oslo: Universitetsforlag.

Aamodt, Laila Granli, Ingerid Aamodt, Lise Størkersen og Lise Schellenberg. 2011.  
*Samhandling mellom barnevern og BUP. Kunnskapsutvikling i praksis.* Oslo:  
Gyldendal Norsk Forlag AS.

## Vedlegg 1

### Selvvalgt pensum i bacheloroppgaven

Barneombudet. 2015. *Fagrappport: Grenseløs omsorg*. (78 s.)

Barne-, ungdoms- og Helsedirektoratet. 2016. *Oppsummeringer og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet*. (73 s.)

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. 2016. *Barn og unge som får hjelp fra barnevernet*.  
[https://www.bufdir.no/Statistikk\\_og\\_analyse/Barnevern/Barn\\_og\\_unge\\_med\\_tiltak\\_fra\\_barnevernet/](https://www.bufdir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/)  
 (30.04.2017).

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. 2017. *Oppvekstrapporten 2017: Økte forskjeller – gjør det noe?* [https://www.bufdir.no/PageFiles/32639/Oppvekstrapporten\\_2017.pdf](https://www.bufdir.no/PageFiles/32639/Oppvekstrapporten_2017.pdf)  
 (10.4.2017).

Barnevernsproffene. 2016. *Innspill til ny barnevernslov*.  
<http://www.forandringsfabrikken.no/wp-content/uploads/2017/02/H%C3%B8ringsinnspill-til-ny-barnevernlov-fra-BarnevernsProffene-i-Forandringsfabrikken.pdf>  
 (11.04.2016). (33 s.)

Fylkesmannen i Hordaland. 2016. *Tilsynsrapport: Dei forsto meg ikkje*. (61 s.)

Fylkesmannen i Oslo og Akershus. 2016. *Tilsynsrapport – Bærum barneverntjeneste og interkommunal barneverntjeneste i Valdres – Brudd på barnevernloven*.  
<https://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMOP/Helse%20og%20omsorg/Rapport%20barnevern.PDF>  
 (15.3.2017). (21 s.)

Eriksen, Evelyn og Sidsel Germeten. 2012. *Barnevern i barnehage og skole : møte mellom barn, foreldre og profesjoner*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.

Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere (fo). 2015. *Yrkesetisk grunnlagsdokument for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere*. (8 s.)

Fintland, Ola. 3.3.2017. Glassjenta nominert til europeisk pressepris. *Stavanger Aftenblad*.  
<http://www.aftenbladet.no/kultur/Glassjenta-nominert-til-europeisk-pressepris-539675b.html>  
 (20.4.2017).



- Folkehelseinstituttet. 2015. *Psykisk helse hos barn og unge*.  
<https://www.fhi.no/nettpub/hin/helse-og-sykdom/psykisk-helse-hos-barn-og-unge/#risikofaktorer>  
 (20.2.2017).
- Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. 2015. *Rundskriv: Samarbeid mellom barneverntjenester og psykisk helsetjenester til barnets beste*. (32 s.)
- Kayed, Nanna Sønnichsen, Thomas Jozefiak, Tormod Rimehaug, Torill Tjelflaat, Ann-Mari Brubakk og Lars Wichstrøm. 2015. *Resultater fra forskningsprosjektet: Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. NTNU rapport, 2015. (54 s.)
- Kvello, Øyvind. 2015. *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. 2.utgave. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS. (213-239 og 318-335, 43 s.)
- Lehmann, Stine, Odd E. Havik, Toril Havik og Einar R. Heiervang. 2013. "Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors." *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*. Doi: 10.1186/1753-2000-7-39.
- Luri, Jim. 2016. *Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helsevern og barnevern*. NTNU rapport, 5/2016. (35 s.)
- Lurie, Jim og Torill Tjelflaat. 2009. *Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge*. NTNU, 14/2009. (73 s.)
- Mathiesen, Kristin Scheldrup. 2009. "Psykiske lidelser blant barn og unge". I *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*, red. Arnstein Mykletun. Folkehelseinstituttet rapport. 2009:8.
- Mykletun, Arnstein, Ann Kristin Knudsen og Kristin Scheldrup Mathiesen. 2009. *Psykiske lidelser i Norge: Et folkehelseperspektiv*. Folkehelseinstituttet, 2009:8. (81 s.)
- Norsk institutt for by- og regionsforskning. 2001. *Bakgrunnen og kontekst for opprettelsen av BRO-Teamet*. NIBR, 2001:21. (31-46, 15 s.)
- NOU 2016:16. *Ny barnevernslov. Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Barne- og likestillingsdepartementet. (kap.7 og 8, 22 s.)
- NOU 2009:22. *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Barne- og likestillingsdepartementet. (94-99, 5 s.)
- Sandberg, Kirsten. 2015. *Ansvarsforhold for barn plassert utenfor hjemmet etter barnevernloven med tjenester som hører inn under annet lovverk*. Statens Helsetilsyn, 6/2015.
- Sigurdsen, Randi. 2013. "Spesialisttjenester til barn – om barnevernloven §§ 5-1 og 5-6." I *Tidsskrift for familierett, arverett og barnevernrettslige spørsmål*. 4:246-260. (14 s.)

Trommald, Mari. 2017. "Intro". I *Oppvekstrapporten 2017. Økte forskjeller – gjør det noe?*, red. Stian Carstens Bendiksen, Sverre Helseth og Charlotte Lundgren. Barne,-unge-og familiedirektoratet rapport, 2017. (28 s.)

## Vedlegg 2

### Selvvalgt pensum i verksted for fordypning

#### 1. Fylkesnemndarbeid – forberedelser, gjennomføring og etterarbeid

Christiansen, Øivin og Bente Heggen Kojan. 2016. *Beslutninger i barnevernet*. Oslo: Universitetsforlaget. (kap.1, og kap. 4-9, 132 s.)

#### 2. Familieråd – en dialogbasert arbeidsmåte for å realisere brukermedvirkning i praksis

Einarsson, Jóna Hafdis. 2002. *Familieråd som metode i barnevernets beslutningsprosess*. NOVA rapport, 9/02. (141 s.)