



KANDIDAT

10008

PRØVE

HMBV5002 A Masteroppgave i barnevern

Emnekode	HMBV5002
Vurderingsform	Hjemmeeksamen
Starttid	01.03.2018 09:00
Sluttid	02.05.2018 10:00
Sensurfrist	--
PDF opprettet	16.05.2018 09:34
Opprettet av	Elin Smeland

i Informasjonsside

Før innlevering av masteroppgaven må alle obligatoriske aktiviteter være fullført, og alle andre eksamener i studieprogrammet må være bestått.

Vurderingsmelding: Studenten melder seg til vurdering (eksamen) på Studentweb innen ordinære frister. Ved levering skal studenten i tillegg melde seg til vurdering på eget skjema. Se oppslag på innsidekanal for ditt studium (<https://innsida.ntnu.no/start#/feed/678d7b57-52fa-322c-9787-6b9dd58fc0e9?titleKey=menu-studies-courses>)

Trykking: NTNU Grafisk senter har en egen nettside der trykkingen kan bestilles over nett, med egen mal for masteroppgaver (<https://www.ntnu.no/grafisksenter/masteroppgaver>). Dersom oppgaven trykkes ved NTNU Grafisk senter betaler instituttet de 5 eksemplarene som skal leveres. Dersom studenten velger andre løsninger, bekoster han/hun trykkinga selv.

Levering: Oppgaven leveres instituttadministrasjonen i 5. etasje (Tungasletta 2, bygg A) innen gjeldende frister. Oppgaven betraktes som levert når instituttet har mottatt:

1. Trykt utgave av oppgaven i 5 eksemplarer
2. Digital kopi av oppgaven (pdf-fil) på Inspira. Dette er avhengig av at du er vurderingsmeldt i riktig semester.
3. Skjema for «Oppmelding til avsluttende muntlig mastereksamen» ved Fakultet for samfunns- og utdanningsvitenskap (utfyllt)
4. «Avtale om utlån, bruk og elektronisk publisering av masteroppgave/hovedoppgave» i 2 eksemplarer (utfyllt)

Innlevering via Inspira: Gjør deg kjent med hva som må være på plass for at du skal få levert PDF-fil av oppgaven. <https://innsida.ntnu.no/wiki/-/wiki/Norsk/Digital+hjemmeeksamen+-+for+studenter>

Tittel på masteroppgaven: Tittel skal være både på norsk og engelsk. Du registrerer tittel på masteroppgaven i studentweb innen innleveringsfristen.

Frister: Oppgaven leveres innen 2. mai i vårsemesteret eller innen 1. november i høstsemesteret. Dersom oppgaven leveres etter disse fristene, blir eksamen vanligvis arrangert påfølgende semester. Se studentweb for klokkeslett.

Sensur: Studenten får brev om når avsluttende muntlig mastereksamen holdes.

Etter sensur: Oppgaven blir gjort tilgjengelig på universitetsbiblioteket og publisert elektronisk i NTNUs institusjonelle arkiv, såfremt studenten ikke har reservert seg mot slik tilgjengeliggjøring.

1 Filopplastning



Din fil ble lastet opp og lagret i besvarelsen din.

 Last ned

 Fjern

 Erstatt

Filnavn: Masteroppgave PDF titelside.pdf

Filtype: application/pdf

Filstørrelse: 938.44 KB

Opplastingstidspunkt: 26.04.2018 11:14

Status: Lagret

Besvart.

Lena Dahle Iversen

Lederes vurderinger av samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge

Leaders assessments of the cooperation between child welfare and mental health care for children og youth

Masteroppgave i Master i barnevern
Veileder: Randi Juul
Trondheim, mai, 2018

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultetet for samfunns- og utdanningsvitenskap
Institutt for sosialt arbeid



NTNU har intet ansvar for synspunkter eller innhold i oppgaven. Framstillingen står utelukkende for studentens regning og ansvar.

Forord

Jeg vil rette en takk til dere som har satt av tid til et intervju, og har bidratt med deres opplevelser og erfaringer fra samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. Det har vært en spennende og lærerik prosess.

Siden høsten 2017 har masteroppgaven vært i tankene, og den har tatt fra meg noen timer med søvn. Jeg er likevel takknemlig for å få muligheten til å forske og skrive om et viktig tema. Det har vært en utfordring, men engasjementet for temaet har også holdt motet oppe.

En stor takk til min veileder, Randi Juul, som virkelig har gitt meg god veiledning på masteroppgaven. Dine faglige og konstruktive tilbakemeldingene har inspirert meg.

Thomas, tusen takk for din evig tålmodighet. Takk for at du har engasjert deg og korrekturlest hele oppgaven.

Trondheim, mai 2018.

Lena Dahle Iversen

Innholdsfortegnelse

FORORD	2
SAMMENDRAG	6
1. INNLEDNING	10
1.1 BAKGRUNN FOR VALG AV TEMA	12
1.2 PROBLEMFORMLERING OG AVGRENSNING	13
1.3 OPPBYGGING AV OPPGAVEN.....	14
2. GJENNOMGANG AV LOVVERK, OFFENTLIGE RAPPORTER OG TIDLIGERE FORSKNING	16
2.1 LITTERATURSØK	16
2.2 GJELDENDE LOVVERK	17
2.2.0 Taushetsplikt.....	19
2.3 OFFENTLIGE RAPPORTER, UTREDNINGER OG STORTINGSMELDING.....	19
2.3.0 NOU 2000:12 – barnevernet i Norge.....	19
2.3.1 NOU 2009:22 – det du gjør, gjør det helt.....	20
2.3.2 NOU 2016:16 – ny barnevernslov	21
2.3.3 NOU 2017:12 – svikt og svik.....	21
2.3.4 Stortingsmelding nr. 47 – Samhandlingsreformen (2008-2009).....	22
2.4 FORSKNING PÅ SAMARBEID MELLOM BARNEVERNET OG PHBU.....	23
2.4.0 Tilgjengelighet og samarbeid – mer fleksible hjelpetjenester.....	26
2.4.1 Tilsynsrapport med barneverntjenester og psykisk helsevern for barn og unge	27
2.4.2 Samarbeid og samordning mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatri i Norge...28	
2.5 BARNEVERNFSAGLIG RELEVANS.....	28
3. TEORI OM SAMARBEID	31
3.1 SAMARBEID	31
3.1.0 Skjervheims treleddete relasjon.....	32
3.1.1 Ulike former for samarbeid.....	36
3.1.2 Samarbeidskompetanse.....	37
3.2 TVERRFAGLIG SAMARBEID.....	38
4. METODE	42
4.1 KVALITATIV FORSKNINGSINTERVJU.....	42
4.2 UTVALG OG REKRUTTERING AV INFORMANTER	43
4.3 DATAINNSAMLING.....	45

4.3.0 Intervjuguide	45
4.3.1 Forberedelse til intervju	46
4.3.2 Gjennomføring av intervju	46
4.4 TRANSKRIBERING	49
4.5 DATAANALYSE	49
4.6 METODISKE REFLEKSJONER	50
4.6.0 Studiens pålitelighet	51
4.6.1 Studiens gyldighet og overførbarhet	51
4.7 ETISKE REFLEKSJONER	53
4.7.0 Informert samtykke	53
4.7.1 Anonymitet og konfidensialitet	54
4.7.2 Konsekvenser av å delta i studien	54
4.8 FØRFORSTÅElsen OG FORSKERENS ROLLE	55
4.8.0 Ethiske refleksjoner rundt egen undersøkelse	57
5. RESULTATER	60
5.1 BARN SOM BARNEVERNET OG PHBU SAMARBEIDER OM	60
5.1.0 Hvem får bistand fra barnevernet og PHBU?	60
5.2 OPPGAVEFORSTÅELSE OG ANSVARFORDELING	67
5.2.0 Ledernes opplevelse av mandatet til barnevernet og PHBU	67
5.2.1 Ledernes rolle i et samarbeid	70
5.3 KONTAKTEN MELLOM BARNEVERNET OG PHBU	71
5.3.0 Ulike typer samarbeidsmøter mellom barnevernet og PHBU	71
5.3.1 En profesjonskamp mellom barnevernet og PHBU	73
5.3.2 Kunnskap om hverandre	75
5.4 STRUKTURERING OG RAMMER FOR SAMARBEIDET	77
5.4.0 Organisering av samarbeidet	77
5.4.1 Taushetsplikten	78
5.4.2 Ressurser og kapasitet	79
5.5 OPPSUMMERING AV FUNN	80
6. DISKUSJON	82
6.1 FOR AT SAMARBEIDET SKAL FUNGERE MELLOM BARNEVERNET OG PHBU, MÅ INSTANSENE HA EN FELLES FORSTÅELSE AV HVA SOM ER SAMARBEIDETS OBJEKT	83
6.2 KUNNSKAP OM HVERANDRE ER AV STOR BETYDNING FOR ET VELFUNGERENDE SAMARBEID PÅ SYSTEM- OG INDIVIDNIVÅ	90

<i>6.3 LEDERES INVOLVERING I SAMARBEIDET PÅ SYSTEMNIVÅ KAN ØKE KVALITETEN PÅ SAMARBEIDET PÅ INDIVIDNIVÅ</i>	96
7. AVSLUTNING	100
8. LITTERATURLISTE	102
9. VEDLEGG	I
VEDLEGG 1. INFORMASJONSSKRIV.....	I
VEDLEGG 2. INTERVJUGUIDE	I
VEDLEGG 3: GODKJENNING FRA NSD	I

Sammendrag

Oppgaven er en kvalitativ studie som beskriver ledere av barnevernet og ledere av psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) sine vurderinger av samarbeidet mellom faginstansene. Samarbeid er oppgavens tema. Oppgaven belyses ut i fra teori om samarbeid og Skjervheims treleddete relasjon.

Det er skrevet om samarbeidet mellom barnevernet og PHBU i flere offentlige rapporter og utredninger, og det er bred forskning på hva som kan fremme og hemme samarbeid. I følge Samhandlingsreformen skal kommunene få et større og bredere ansvar for pasienter og brukere av helse- og sosialtjenester. Det skal være kortere opphold på sykehusene, og raskere tilbake til oppfølging fra kommunene. Likevel viser forskning at mellommenneskelige-, relasjonelle- og organisatoriske faktorer utfordrer samarbeidet.

Oppgavens problemstilling er:

Hvordan vurderer ledere av barnevernet og ledere av psykisk helsevern for barn og unge samarbeidet mellom tjenestene når det vurderes at et barn har behov for bistand fra begge faginstansene?

Oppgavens teoretiske forankring tar utgangspunkt i Aaslands forståelse av samarbeidets subjekt og objekt, og betydningen av Skjervheims tre leddete relasjon i et samarbeid mellom barnevernet og PHBU. Jeg har videre tatt med Glavin og Erdals forståelse av tverrfaglige forutsetninger, og ulike former for samarbeid. Masteroppgavens datamateriale består av seks semi-strukturerte dybdeintervjuer, fire barnevernledere og to ledere av hver sin PHBU-seksjon.

Ut i fra stegvis-deduktiv induktiv analyse av datamaterialet, kategoriserte jeg de tekstnære kodene i fire hovedfunn; barn som barnevernet og PHBU samarbeider om, oppgaveforståelse og ansvarsfordeling, kontakten mellom barnevernet og PHBU, strukturer og rammer for samarbeidet. Funnene tyder på at barn i barnevernet med mistenkt ADHD og traumer ofte blir henvist til PHBU. Barn med alvorlig psykiske lidelser som schizofreni, psykoseutvikling og selvmordsproblematikk utfordrer samarbeidet. Barnevernet og PHBU er uenige om hvor barnet skal bo, om hvilke tiltak som skal settes inn, og hvem som har ansvaret for de mest

alvorlige syke barna. Lederne av barnevernet og lederne av PHBU er ikke direkte involvert i konkrete saker som gjelder barnet.

Funnene indikerer at det er noen spenninger mellom barnevernet og PHBU, som kan ha sammenheng med ulik forståelse av samarbeidets målsetting, lovverk, ansvarsfordeling, og lederens involvering i samarbeidet. På bakgrunn av funnene og valgt teori kan det tyde på at lederne av barnevernet og lederne av PHBU beskriver et parallellarbeid mellom instansene. Et parallellarbeid har behov for organisering og strukturering på systemnivå, for at det skal fungere på individnivå.

Nøkkelord: barnevern, psykisk helsevern for barn og unge, barn med behov for psykisk helsevern, samarbeid, ledes vurderinger

Summary

This is a qualitative study describing leaders of the child welfare and leaders of the mental health care for children and youths assessments of the cooperation between the professions. Collaboration is the main subject of the study. The study is highlighted from theory of cooperation and Skjervheim's threeth relationship.

The cooperation between child welfare and mental health care for children and youth can be found in several public reports and investigations, and that there is broad research on what can promote and inhibit cooperation. According to cooperation reform, municipalities will have greater and wider responsibility for patients and users of health and social services. There will be shorter stays in the hospitals, and more quickly back to follow-up from the municipalities. Nevertheless, research shows that interpersonal, relational and organizational factors challenge cooperation.

The research problem states as follows:

How do leaders of child welfare and mental health care for children and youth assess the cooperation between the services when it is considered that a child needs assistance from both professions?

The theoretical foundation of the study is based on Aasland's understanding of the subject and objects of the cooperation, and the importance of Skjervheim's threeth relationship in cooperation between child welfare and PHBU. I have also included Glavin and Erdal's understanding of interdisciplinary prerequisites, and different forms of cooperation. The master's data material is based on six semi-structured depth interviews. Four child welfare supervisors and two supervisors of each section from mental health care for children and young people.

Based on Stepwise-Deductive Inductive analysis of the data, I categorized the textual codes into four main findings; children that child welfare and mental health care for children and youth collaborate on, task understanding and division of responsibilities contact between child welfare and mental health care for children and youth, structures and frameworks for cooperation. The findings suggest that children in child welfare with suspected ADHD and trauma are often referred to mental health care for children and young people. Children with

severe mental illnesses such as schizophrenia, psychosis development and suicide problems challenge the cooperation. Child welfare and mental health care for children and youth disagree with where the child should live, what measures should be taken and who is responsible for the children with the gravest illness. The leaders of the child welfare and of mental health care for children and youth are not directly involved in the cooperation between the bodies and in the matters of the child.

The findings indicate that there is some tension between the child welfare and mental health care for children and youth, which may be related to different understanding of the cooperation objectives, legislation, responsibilities, and the involvement of the leaders in the collaboration. Based on the findings and chosen theory, it may indicate that the leaders of the child welfare and the leaders of mental health care for children and youth describe a parallel workflow between the bodies. The parallel workflow needs organization and structuring at the system level in order for it to function at an individual level.

Keywords: child welfare, mental health care for children and youth, children's needs for psychological health care, cooperation, leaders assessments.

1. Innledning

Samarbeidet mellom instanser som tilbyr helse- og omsorgstjenester har vært et aktuelt tema i 15-20 år (Lurie og Tjelflaat, 2009). Samhandlingsreformen som ble iverksatt i 2012 var et symbolsk veivalg for helsepolitikken. Politikerne har erkjent at det er et økende behov for sykehus tjenester blant befolkningen. Samhandlingsreformen (St.meld. nr.47, 2008-2009) gir ikke bare sykehusene tilførsel av økonomiske ressurser, men også et utvidet ansvar til kommunene for å ivareta folkehelsen og individuell pasientoppfølging. Hensikten med Samhandlingsreformen er å sikre høy kvalitet og effektivitet i samarbeidet mellom institusjoner og profesjoner. Samarbeid kan bidra til å øke tjenestekvaliteten (World Health Organization, 2010), men vi kan likevel ikke utelukke at samarbeidet mellom tjenestene er utfordrende. Selv om samarbeid er lovfestet og en plikt, blir det rapportert om manglende koordinering mellom tjenester for utsatte barn og unge (NOU 2009:22). Tjenestene som denne oppgaven avgrens seg til er den kommunale barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU).

Barnevernets mandat er nedfelt i lov om kommunale barneverntjenester (Bvl, 1992). Lovens formål omfatter hele arbeidet til barneverntjenesten, som innebærer 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 (Bvl. § 1-1, 1992). Kommunens forebyggende virksomhet går ut på å følge nøye med på forhold barn og unge lever under, og finne tiltak som forebygger atferdsproblemer og omsorgssvikt. Barneverntjenesten har et spesielt forebyggende ansvar for å avdekke omsorgssvikt, adferd-, sosiale-, og emosjonelle problemer hos barn og unge så tidlig som mulig, for å begrense utviklende og fremtidige problemer (Bvl. § 3-1, 1992). Barnevernet skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer (Bvl. § 3-2, 1992). Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) følger helsepersonelloven (hpl), lov om psykisk helsevern (phvl), og helse- og omsorgstjenesteloven (hol). Mandatet til PHBU er å sørge for at barn og unge med fast bopel eller oppholdssted innenfor helseregionen tilbys spesialisthelsetjenester. Arbeidet til PHBU foregår tverrfaglig i et bio/psyko/sosialt/pedagogisk perspektiv. PHBU skal blant annet fremme folkehelsen, motvirke sykdom, skade, lidelse og funksjonshemming og sikre et likeverdig og tilpasset tjenestetilbud (Sphl, § 1-1, 1999). PHBU ivaretar primært barn og unge fra 0-18 år med psykisk lidelser og vansker, og er pliktig til å legge til rette for samarbeid innad i helseforetakene, med andre helseforetak, fylkeskommune og kommuner (Sphl, § 2-1 e, 1999).

PHBU er pliktig til å gi informasjon til barneverntjenesten uten hinder av taushetsplikten (Bvl. § 6-4, 1992). En utvidet presentasjon av aktuell lovverk kommer i kapittel 2.

Tverrfaglig samarbeid blir brukt som en metode av flere instanser for å nå målene om et helhetlig tilbud til barn og unge (Glavin og Erdal, 2018). Offentlige dokumenter og utredninger legger sterke føringer for at det er et økende behov for å styrke det helhetlige bildet av barn og unges oppvekstvilkår. Barneombudet ga i mars 2018 ut to rapporter som handler om erfaringer fra barn og unge som har vært utsatt for seksuelle overgrep (Barneombudet, 2018a), og seksuelle krenkelser (Barneombudet, 2018b). Rapportene omtaler barn og ungdom som har delt sine erfaringer, for eksperter. Barn og unge opplever at det kommunale støtteapparatet, som helsestasjon og skole, er utilgjengelige. Barneombudet mener tverrfaglige samarbeidet mellom tjenestene må styrkes (Barneombudet, 2018b). Barn og unge hadde flest negative erfaringer knyttet til hvordan barnevernet håndterte vold og seksuelle overgrep (Barneombudet, 2018a). Opplevelsene gikk ut på at barnevernet ikke snakket direkte til barnet som hadde opplevd vold og overgrep. Barnevernet tok også overgriperens side. Barn og unge erfarte at psykisk helsevern for barn og unge som lite tilgjengelig, og for de ganske få. De som hadde fått god hjelp av PHBU hadde vært så alvorlig syke at de hadde vært innlagt. Et barn forteller at PHBU bagatelliserte problemene til foreldrene, og meldte aldri fra til barnevernet. PHBU kunne gi avslag til barn og unge som ikke var syke nok, eller hadde et for stort problem til at PHBU kunne gi hjelp. Det var lange ventetider, ingen kontinuitet i behandlerne, samarbeidet mellom hjelpetjenestene var dårlige. I tillegg til rapportene fra barneombudet, har det vært gjennomført flere tilsyn av barneverntjenester og psykisk helsevern for barn og unge, som har funnet mangler som gikk ut på at tjenestene ikke la godt nok til rette for samarbeid. Ledelsen førte ikke kontroller av praksisen, og ansatte hadde lite kompetanse på samarbeid (Helsetilsynet, 2009). I opptrappingsplanen for psykisk helsevern (Kristofersen, 2007) ble det konkludert med at flere barn og unge i barnevernet også får bistand fra PHBU. Ledere av PHBU opplever sin tjeneste som mer tilgjengelig, mens barnevernledere opplever at PHBU ikke er like tilgjengelig i mindre akutte situasjoner. Selv om det var en forbedring av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU, var likevel ikke målene om helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer der brukerperspektivet står i fokus, nådd.

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2015) skriver at barn og unge i barnevernet har en forhøyet forekomst av psykisk vansker enn barn og unge ellers i befolkningen. Forskning viser også at barn og unge under barnevernet har en forhøyet risiko for flere uheldige utfall som voksne, og vil motta flere psykiatriske behandlinger senere i livet (Vinnerljung, Hern, Lindblad, 2006). Det er flere studier som viser at barnevernsbarn har behov for oppfølging fra PHBU. Samtidig viser studien til Aamodt (2014) at barnevernsbarn ikke har krav på akutt hjelp fra PHBU, utover vanlige henvisningsprosedyrer. En norsk studie (Kayed, Jozefiak, Rimehaug, Tjelflaat, Brubakk, og Wichstøm, 2015) viser at 76% av barn og unge på barneverninstitusjoner oppfylte kriteriene for minst en psykiatrisk diagnose. Halvparten av barn i fosterhjem utfyller kriteriene for minst en psykiatrisk diagnose (Lehmann, Havik, Havik og Heiervang 2013). To studier fulgte utviklingen av den psykiske helsen hos barn i fosterhjem (Havnen, Breivik og Jakobsen, 2015; Vis, Handegård, Holtan, Fossum og Thørnblad, 2014). Etter åtte år fra første måling hadde den psykiske helsen hos 26% av barna, forverret seg. En like stor andel hadde en klar forbedring. Resultatene viste at guttene hadde størst utfordringer i yngre alder, mens hos jentene kom utfordringene i tenårene. Blant barnevernsbarn med tiltak i hjemmet var det 68% som mottok tiltak fra psykisk helsevern for barn og unge (Iversen, Havik, Jakobsen og Stormark, 2008). Med utgangspunkt i forskningen er samarbeidet mellom barnevernet og PHBU viktig for at barn og unge med sammensatte utfordringer skal få dekt sine behov. Samarbeidet gjelder både på systemnivå og individnivå. I praksis kan det virke som at barnevernet og PHBU har utfordringer som å enes om hvilke tjenester og tiltak som skal settes inn, og hvem av instansene som skal ha ansvaret for tiltakene (Barne-, ungdoms – og familiedirektoratet, 2015). Glavin og Erdal (2018) hevder tverrfaglig samarbeid fungerer bedre på individnivå enn på systemnivå. For barn og unge med sammensatte problemer som varer over tid, kreves det at tjenestene samarbeider (Glavin og Erdal, 2018).

1.1 Bakgrunn for valg av tema

Samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge er temaet for masteroppgaven. Interessen for temaet startet siste praksisperiode på bachelorgraden i barnevern. Jeg fikk erfare hvor betydningsfullt tverrfaglig samarbeid var for en ungdom, som hadde behov for bistand fra flere instanser. I dette tilfellet gjaldt samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Ungdommen jeg refererer til ble utredet for flere diagnoser og flyttet til en omsorgsinstitusjon. Slik jeg opplevde situasjonen til

ungdommen, virket det som om han fikk svar på en del spørsmål som handlet om seg selv under behandlingen. Han fant sin plass på institusjonen, sin rolle blant vennegruppen og hadde en sterk utvikling på skolen. Det var stor kontrast fra tiden han bodde i beredskapshjem, til han flyttet fra barneverninstitusjonen. Fra den gang har jeg hatt en interesse for barn i barnevernet, som har behov for hjelp og bistand fra PHBU.

Etter å ha skrevet om tverrfaglig samarbeid på bacheloren, ønsket jeg nå å gå dypere inn i temaet. Jeg ønsker å belyse samarbeidet mellom barnevernet og PHBU på en tydeligere måte, og fra begge instansenes side. Jeg har tenkt at ledere av instansene burde være de som har en fullstendig og god oversikt over hvordan samarbeidet fungerer mellom barnevernet og PHBU. Før jeg påbegynte studien satt jeg med spørsmål som hvordan er lederne av instansene involvert, og hvordan forstår lederne sin rolle i samarbeidet? Hvordan legges det til rette for et samarbeid, og har lederne av barnevernet og lederne av psykisk helsevern for barn og unge ulik forståelse for målet med samarbeidet? For å besvare problemstillingen har jeg intervjuet fire barnevernledere og to ledere fra hver sin seksjon for psykisk helsevern for barn og unge. Jeg har gjennomført dybdeintervju med åpne spørsmål. Intervjuguiden tok utgangspunkt i fire hovedspørsmål; (1) hva er bakgrunnen for av barneverntjenesten og PHBU innleder et samarbeid, (2) hva kjennetegner sakene barneverntjenesten og PHBU samarbeider om, (3) hvordan foregår samarbeidet og (4) hva er lederens rolle i samarbeidet mellom barneverntjenesten og PHBU?

1.2 Problemformulering og avgrensning

Forskning om samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge trekker frem ulike mellommenneskelige- og relasjonelle faktorer som kan fremme et samarbeid, men også kan by på utfordringer (Andersson, 2009; Ødegård og Willumsen, 2009; Magnusson og Lützén, 2009). Behandlere i PHBU og kontaktpersoner i barnevernet føler de har lite makt over det som foregår på systemnivå, som retningslinjer for samarbeidet, den profesjonelle avstanden mellom instansene, ulik mål og faglig kompetanse (Magnusson og Lützén, 2009). Formålet med studien er å rette fokuset mot lederne av barnevernet og lederne av PHBU sine vurderinger av samarbeidet. I følge Willumsen (2009) har ledelsens rolle i et samarbeid fått begrenset fokus innenfor barnevernfeltet. Noen spørsmål jeg ønsker å besvare gjennom studien er: hvordan opplever og vurderer lederne av instansene samarbeidet, hvilken rolle i samarbeidet har lederne, og hvilke erfaringer har lederne med å samarbeide i ulike deler i samarbeidet?

Oppgavens problemstillingen er: *”Hvordan vurderer ledere av barnevernet og ledere av psykisk helsevern for barn og unge samarbeidet mellom tjenestene når barn vurderes å ha behov for bistand fra begge faginstansene?”*

Problemstillingen kan belyse ulike sider ved ledernes vurderinger av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Vurderingene kan også tydeligere hvilke områder av et samarbeid, som er av betydning for at barnet skal få rett hjelp til rett tid. Den faglige hensikten med problemstillingen er å gjøre ledere av barnevernet og PHBU kjent med hverandres vurderinger av samarbeidet, som igjen kan sette samarbeidet mellom barnevernet og PHBU mer på dagsorden i utdanningene og praksisfeltet.

Studiens problemstilling tar for seg alle barn fra 0-18 år med behov for tiltak i barnevernet og PHBU. Lederne av barnevernet og lederne av PHBU skal vurdere samarbeidet mellom faginstansene uavhengig av om barnet har hjelpetiltak, er i fosterhjem, barneverninstitusjon, eller er i en utredning- eller form for behandlingsforløp i PHBU. Jeg har valgt å omfavne alle barn som både er i barnevernet og PHBU for å undersøke om faginstansene samarbeider like godt uavhengig av alder, kjønn, problematikk, alvorlighetsgrad og tiltak.

Det finnes ulike begreper knyttet til et samarbeid mellom ulike instanser. I denne oppgaven velger jeg å bruke samarbeid, da jeg etterspør ledernes vurderinger av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Det finnes også ulike former for samarbeid, som blir utdypet i kapittel 3. Willumsen og Ødegård (2016) snakker om tverrprofesjonelt samarbeid, mens Glavin og Erdal (2018) bruker begrepet tverrfaglig. Begge begrepene kan forstås ulikt, og man kan legge sine egne tolkninger i begrepsforståelsen. Både samarbeid og tverrfaglig samarbeid ble brukt av mine informanter under intervjuene, som gjør det naturlig for meg å bruke disse i oppgaven.

1.3 Oppbygging av oppgaven

I kapittel 2 redegjør jeg først for litteratursøkingen. Hvordan fant jeg frem til aktuell forskning på temaet. Videre i kapittelet presenterer jeg gjeldende lovverk og offentlige rapporter, før jeg til slutt viser til aktuell forskning og begrunner oppgavens barnevernsfaglige relevans.

Kapittel 3 inneholder oppgavens teori om samarbeid. Jeg redegjør for begrepet samarbeid før

jeg presenterer Skjervheims teori om treleddet og toleddet relasjon (1996). Avslutningsvis i kapittel 3 presenterer jeg teori om tverrfaglig samarbeid. Oppgavens metodiske tilnærming, med beskrivelse av forskningsprosessen og etiske refleksjoner kommer i kapittel 4. Funnene i studien presenteres i kapittel 5. I kapittel 6 diskuterer jeg funnene i lys av valgt teori og forskning. Oppgaven avsluttes med en oppsummering hvor problemstillingen besvares.

2. Gjennomgang av lovverk, offentlige rapporter og tidligere forskning

2.1 Litteratursøk

For å finne relevant litteratur og forskning på temaet samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) ble det gjort litteratursøk i både norske og engelske databaser. Jeg søkte hovedsakelig i NTNUs bibliotek-database, Oria.no. Jeg kombinerte og varierte hvilke ord jeg satt sammen, og brukte flere søk for å få en helhetlig oversikt. Jeg begrenset meg til artikler som inneholdt en eller flere av ordkombinasjonene og leste over sammendragene for å finne om de var relevante. Hovedsakelig fant jeg artikler som omhandlet hva som hemmer og fremmer et samarbeid mellom barnevernet og PHBU. Det var også en oversiktsartikkel hvor forfatterne hadde tatt for seg forskning om samarbeid mellom barnevernet og PHBU som er publisert i tiden fra 2004 til 2014. Jeg brukte litteraturlisten til oversiktsartikkelen (Fossum, Lauritzen, Vis, Ottosen og Rustad, 2015) for å skaffe meg en ytterligere oversikt over forskning på temaet.

Databasene som ble brukt under litteratursøkingen var; Oria, Google Scholar og Pubmed. Oria inneholdt relevante artikler og faglitteratur fra blant annet Tidsskrift Norges Barnevern, SINTEF, NOVA, Folkehelseinstituttet og Tidsskrift for Norsk psykologforening. Jeg kombinerte ulike norske søkeord som; barnevern, PHBU, psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatri, samarbeid, samhandling og tverrfaglig samarbeid. De engelske søkeordene var: child protection, collaboration, child and youth mental health services, interprofessional collaboration, co-operation.

Mange av artiklene handlet om barnevernet som samarbeider med andre etater enn psykisk helsevern for barn og unge. Jeg utelot disse artiklene da jeg søkte etter samarbeid mellom barnevernet og PHBU når det vurderes at et barn har behov for bistand fra begge instansene. De relevante artiklene som jeg har tatt med i oppgaven tok for seg ulike forhold som kan virke forstyrrende for samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Blant annet kunne administrative-, økonomiske-, faglige og metodiske forhold påvirke samarbeidsstrukturen. Andre forhold som artiklene trekker frem som vansker i samarbeidet er lovverk, yrkesverdier, normer og problemforståelse. En litteraturgjennomgang (Fossum, Lauritzen, Vis, Ottosen og Rustad, 2015i) tar for seg samarbeidet mellom barnevernet og PHBU i ulike deler; melding/henvisning, utredning, samarbeid i behandling/tiltak/ettervern og rapporterte vansker og hindringer. Jeg fant derimot få artikler som omhandler lederne av barnevernet og lederne

av PHBU sine vurderinger av samarbeidet. Jeg utelukker likevel ikke at det finnes ytterligere forskning på temaet.

2.2 Gjeldende lovverk

Her vil jeg redegjøre for gjeldende lovverk for den kommunale barneverntjenesten, psykisk helsevern for barn og unge, og lovverk knyttet til samarbeid mellom de to instansene. Jeg trekker inn kommunens ansvar til å samarbeide med regionale helseforetak og går raskt inn på individuell plan. Taushetsplikten tar jeg for meg under punkt 2.3 nedenfor.

Barnevernets mandat er nedfelt i lov om kommunale barneverntjenester (Bvl, 1992). Lovens formål omfatter hele arbeidet til barneverntjenesten, som innebærer ”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 (Bvl § 1-1, 1992)”. Barnverntjenesten skal bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår (Bvl § 1-1, annet ledd, 1992). Kommunens forebyggende virksomhet går ut på å følge nøye med på forhold barn og unge lever under, og finne tiltak som forebygger atferdsproblemer og omsorgssvikt. Barneverntjenesten har et spesielt forebyggende ansvar for å avdekke omsorgssvikt, adferds-, sosiale-, og emosjonelle problemer hos barn og unge så tidlig som mulig for å begrense utviklende og fremtidige problemer (Bvl § 3-1, første og annet ledd, 1992). Barnets interesse skal også ivaretas av andre offentlige organer. Barnevernet skal samarbeide med andre sektorer og forvaltningsnivåer, ved å gi uttalelser og råd, delta i planleggingsvirksomheter og andre samarbeidsorganer som blir opprettet (Bvl § 3-2, 1992). Vurderer barneverntjenesten at barnet skal flytte til institusjon som hører til under en annen lov, er det Barne-, ungdoms- og familieetaten som skal sørge for at det blir opprettet et samarbeid mellom barneverntjenesten og gjeldende institusjon (Bvl § 5-6, 1992). Yrkesutøvere i medhold av blant annet helsepersonelloven (Hpl), lov om psykisk helsevern (Phvl) og helse- og omsorgstjenesteloven (hol) er pliktig til å gi informasjon til barneverntjenesten uten hinder av taushetsplikten (Bvl § 6-4, annet og tredje ledd, 1992). Psykisk helsevern for barn og unge (PHBU) skal etter lov om spesialisthelsetjenesten (Sphl) blant annet særlig fremme folkehelsen, motvirke skade, lidelse, funksjonshemming og sykdom, sikre tjenestetilbudets kvalitet og et likeverdig tilbud, og at tjenestetilbudene er tilpasset og tilgjengelig etter pasientens behov (Sphl, § 1-1, 1999). PHBU er pliktig til å legge til rette for samarbeid med andre regionale helseforetak, fylkeskommuner kommuner eller andre tjenesteytere om å tilby tjenester omfattet av loven (Sphl, § 2-1 e,

1999). I et samarbeid med andre instanser og organer skal PHBU sørge for at det utarbeides en samarbeidsavtale (Sphl. §§ 2-1 e, annet ledd; hol § 6-1, 1999). Det skal inngås samarbeidsavtaler med kommunen om utskrivningsklare pasienter (Sphl § 2-6, 1999). Der det medfører tiltak fra kommunen, skal spesialisthelsetjenesten med samtykke fra pasienten informere den kommunale helse- og omsorgstjenesten om utskrivningen. Utskrivningen skal planlegges og forberedes sammen med berørte parter (Sphl § 3-15, 1999). Lov om psykisk helsevern (1999) skal sikre at etablering og gjennomføring av psykisk helsevern skjer på en forsvarlig måte i samsvar med menneskerettighetene og grunnleggende rettssikkerhetsprinsipper. Forebygging og begrenset bruk av tvang er en del av formålet.

”Helsehjelpen skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes fysiske og psykiske integritet og så langt som mulig være i overensstemmelse med pasientens behov og selvbestemmelsesrett, og respekten for menneskeverdet (Sphl §1-1, annet ledd, 1999)”. Helsepersonelloven gjelder helsepersonell og virksomheter som yter helsehjelp (hpl § 2, 1999). Formålet er å sikre kvaliteten i helse- og omsorgstjenestene, bidra til sikkerheten for pasientene og tillitt til helsepersonell og helse- og omsorgstjenester. I henhold til Helsepersonelloven § 4 om krav til forsvarlighet, skal helsepersonell innhente bistand eller henvise pasienter videre der det er nødvendig og mulig. Yrkesutøvelsen skal skje i samarbeid med annet kvalifisert personell. Helsepersonell skal etter § 33 (Hpl, 1999) uten hinder av taushetsplikten § 21 informere barneverntjenesten om forhold som kan føre til tiltak fra barnevernets side (Bvl, §§ 4-10, 4-11, 4-12 og 4-24, 1992). Lov om helse- og omsorgstjenester (2011) gjelder tjenester som tilbys eller ytes av kommunen, (Hol § 1-1, 2011). Loven omfatter offentlige helse- og omsorgstjenester som ikke hører under stat eller fylkeskommune. Helse- og omsorgstjenestene har et ansvar for å tilby nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen, og den omfatter alle pasient- og brukergrupper, herunder pasienter med somatisk- eller psykisk sykdom, skade eller lidelse, rusmiddelproblem, sosiale problemer og nedsatt funksjonsevne (hol § 3-1, første og annet ledd, 2011). Kommunens ansvar er å tilby blant annet helsefremmende- og forebyggende tjenester, hjelp ved ulykker og andre akutte hendelser, sosial- og psykososiale tjenester, og medisinsk rehabilitering og rehabilitering (hol § 3-2, 2011). Kapittel 6 i helse- og omsorgstjenesteloven omfatter kommunens plikt til å inngå i et samarbeid med regionale helseforetak. Målet er å gi et helhetlig tilbud av helse- og omsorgstjenester til pasienter og brukere (hol § 6-1). Det skal utarbeides en individuell plan og koordinert planarbeid for pasienter og brukere som har

behov for tilbud etter lov om spesialisthelsetjenesten (1999) og lov om psykisk helsevern (1999) (hol § 7-1, annet ledd, 2011).

2.2.0 Taushetsplikt

Barnevernets taushetsplikt er regulert etter barnevernloven (1992) § 6-7 og gjelder blant annet fødested, fødsels- og personnummer, yrke, bopel og arbeidssted. Barnevernet kan utgi informasjon som kan fremme barnevernets-, institusjoners-, senter for foreldre og barn eller omsorgssenterets oppgaver (Bvl, § 6-7, tredje ledd, 1992; Forvaltningsloven, § 13b, 1967) Tross streng regulering av taushetsplikten, finnes det likevel unntak der ”*en klients oppholdssted kan gis når det er klart at det ikke vil skade tilliten til barneverntjenesten, institusjonen eller senteret for foreldre og barn å gi slik opplysning* (Bvl, § 6-7, 2. ledd, andre punktum, 1992). I henhold til Barnevernloven (§ 6-7, tredje ledd, 2.punktum) plikter barnevernet å gi opplysninger til andre instanser innenfor helse- og omsorgstjenester i kommunen, når det er overveiende sannsynlig at et barn blir skadelidende (Hol, § 10-3, 2011).

Taushetsplikten til helsepersonell er nedfelt i helsepersonelloven §§ 21 til 29 (1999). Taushetsplikten til helsepersonell gjelder både nøytrale og sensitive personopplysninger. Kjørstad (2009) skriver at barnevernet befinner seg i en mellomstilling mellom helseetaten og forvaltningsmessig virksomhet. Det kan også gi unntak av taushetsplikten, da de som har krav på taushet samtykker til å dele opplysninger (Hol, § 22, første ledd, 1999; forvaltningsloven § 13, nr.1, 1967). I et samarbeid mellom barnevernet og PHBU vil det være til stor hjelp at det gis samtykke fra foreldre til at det utveksles informasjon mellom instansene (Smith, 1999).

Det bør i flere tilfeller gis opplysninger til foreldre og barn om hvilke konsekvenser det får, når de samtykker til å dele opplysninger mellom instanser. Ansatte i barnevernet og PHBU bør informere barn og foreldre om hvilke opplysninger som sees nødvendig å sende videre, hvem som vil motta informasjonen og hva opplysningene skal brukes til. Et samtykke kan helt eller delvis trekkes tilbake, og det vil være forsvarlig av barnevernet og PHBU å foreta en etisk vurdering av hvilke opplysninger som videreformidles (Glavin og Erdal, 2013).

2.3 Offentlige rapporter, utredninger og stortingsmelding

2.3.0 NOU 2000:12 – barnevernet i Norge

Formålet var å foreta en helhetlig gjennomgang og vurdering av barnevernets forutsetninger, virkemåter, resultater og reformbehov. Gjennom å kartlegge barnevernet kunne utvalget

konkretisere særlige endrings- og fornyingsbehov. Rapporten trekker frem de faglige og menneskelige kvalitetene i barnevernet som danner forutsetningene for endringsarbeidet. I kapittel 4 om berørte parters opplevelser av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU, viser resultatene at informantene opplever samarbeidet som problemfritt. Samarbeidet har blitt bedre de siste årene, kontakten er bedre og de har fått økt kunnskap om hverandres fagfelt. Likevel trekkes det frem at det kan oppleves som en utfordring med kapasiteten hos PHBU og manglende interesse av å inngå i et forpliktende samarbeid med barnevernet. Av andre faktorer som må være tilstede for å skape et godt samarbeid, er blant annet respekt for hverandres roller, ha tydelig målsetting med samarbeidet, trygghet på egen kompetanse, møtes fysisk – ansikt til ansikt, og skape forventning om et resultat av samarbeidet. Spesielt med PHBU opplever barnevernet mangel på likeverd som den største utfordringen, selv om samarbeidet har utviklet seg i positiv retning.

2.3.1 NOU 2009:22 – det du gjør, gjør det helt

Hensikten med rapporten var å utrede og gjøre en grundig vurdering av mulighetene for et systematisk og forpliktende samarbeid mellom tjenester for utsatte barn og familier. De samarbeidende partene her var kommunale og statlige tjenester. Jeg kommer til å trekke frem samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Utvalget skulle vurdere om det var en instans som kunne ha et koordinerende ansvar og foreta en vurdering om å nedfelle plikten til samarbeid i loven. I en studie der tre kommuner deltok fant de ut at barnevernet var henviser i 12% av sakene til PHBU. 88% av henvisningene ble akseptert (Andersson og Norvoll, 2006). Det kan virke som at samarbeidende- og henvisende tjenester opplever at det er vanskelig å gi beskrivelser av hvilke tiltak som har vært utført tidligere, og hvilke vurderinger de har tatt om barnets psykisk helse. For disse forholdene ble henvisningene til PHBU vurdert som dårlig eller av svært dårlig kvalitet i henholdsvis 45% og 25% av sakene. Det ble pekt på at det er behov for å forbedre de formelle og uformelle rutinene for samarbeidet. En forbedring kan føre til redusert henvisningstid og unngå unødvendige henvisninger. Flere barnevernlederne ga uttrykk for at de kunne nå raskt frem overfor poliklinikkene i akuttsaker, men poliklinikkene var vanskelig å nå i mindre akutte saker. I saker hvor det var behov for øyeblikkelig hjelp utenom ordinær arbeidstid, og hvor barnevernleder kunne være involvert sammen med politi, barnevernvakt eller somatisk legevakt, savnet flere barnevernledere bedre muligheter til å kunne få psykisk helsehjelp til barnet/ungdommen (Kristofersen, 2007). Flere informanter fra PHBU rapporterte å ha opplevd at barneverntjenesten og andre tjenester ofte

trakk seg ut av saker hvor poliklinikkene var involverte. Mangel på tilbud kan øke faren for kriser i hjemmet og at brukerne blir kastet mellom tjenestene. Utvalget i NOU 2009:22 trekker frem ulike yrkesverdier, normer og problemforståelse som kan oppfattes hemmende for et samarbeid mellom barnevernet og PHBU.

2.3.2 NOU 2016:16 – ny barnevernslov

Formålet med rapporten var å komme med forslag til ny barnevernlov, som var tilpasset dagens samfunn. Det ene satsningsområdet i forslag til ny lov var særlig om samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge, som jeg velger å trekke frem. Rapporten refererer til at helsetilbudet til barn i barnevernet med psykiske vansker/lidelser er utilstrekkelig. Utfordringene kan ikke løses ved enkelte lovendringer. Det er heller nødvendig å vurdere ulike faglige-, organisatoriske- og økonomiske virkemidler i samarbeid med barnevernet og PHBU. Utvalget hevder at det er behov for en barnevernhelsereform for å få til tilstrekkelig samarbeid mellom instansene. Utvalget skriver at det er behov for lovendringer som gjør samarbeidet mer forpliktende, gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler, med krav til innhold og tvisteløsningsordninger. Det ønskes at det regionale helseforetaket skal utpeke institusjoner som kan tilby både behandling av psykiske utfordringer og omsorg for barn og unge. Det skal være prosedyrer ved sektorovergripende plasseringer for å sikre ansvarsforholdene.

2.3.3 NOU 2017:12 – svikt og svik

Utvalget hadde som formål å gå gjennom saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt. Mandatet var å finne systemsvikt, og videre gi anbefalinger om tiltak som kan beskytte barn og unge mot slike krenkelser. De skriver i rapporten at selv om Norge er et foregangsland for å sikre og trygge barns oppvekst, blir mange av barna overlatt til seg selv. Jeg vil trekke frem oppsummerende utdrag av NOU-rapporten, som handler om samarbeidet mellom ulike hjelpeinstanser. Her gjelder alle hjelpetjenester som skal trygge oppvekstvilkårene til barn og unge. I de sakene utvalget hadde fått et innblikk i, så de at manglende samarbeid mellom tjenestene førte til at nødvendig og viktig informasjon gikk tapt. Barn hadde ikke fått den hjelpen de har hatt behov for eller til riktig tidspunkt. En usikkerhet om lovverket rundt informasjonsdeling og taushetsplikt gjorde at enkelte instanser ikke drøftet sin bekymring om vold eller seksuelle overgrep med barnevernet. Uklare rammer og ulike forventninger til samarbeidet kunne også føre til at informasjon ikke ble utvekslet, og de riktige instansene ble ikke involvert. Det ble trukket fram at PHBU ikke møtte i

tilstrekkelig grad i ansvarsgruppemøter, og at barneverntjenesten ikke hadde benyttet seg av å være den koordinerende instansen mellom tjenestene. Det var knyttet en usikkerhet blant andre tjenester til barnevernets arbeid. Usikkerheten gikk ut på at de kviet seg for å kontakte barnevernet, som for eksempel på grunn av tidligere erfaringer, og at det var manglende kjennskap til de forebyggende tiltakene barnevernet kan tilby.

2.3.4 Stortingsmelding nr. 47 – Samhandlingsreformen (2008-2009)

Daværende helse- og omsorgsminister, Bjarne Håkon Hanssen, mente at formålet med Samhandlingsreformen var å gi pasienter og brukere av ulike tjenester i kommuner og spesialisthelsetjenesten rett hjelp, til rett tid. Med Samhandlingsreformen skulle kommunene bli rustet til å jobbe forebyggende fremfor reparerende, og pasienter skulle raskt tilbake til kommunen etter kort tid i spesialisthelsetjenesten. Samhandlingsreformer legger vekt på særlig tre utfordringer som helse- og omsorgstjenestene i Norge kommer til å møte på hvis det ikke skapes en endring. For det første blir ikke pasientenes behov for koordinerte tjenester ivaretatt. Det er også ulik forståelse blant helse- og omsorgstjenester for hva som er målet med tjenestene som ytes. Ulik målforståelse kan bidra til kommunikasjonsutfordringer, samt dårlig og lite ressursbruk. Utfordring to er at vi ikke har gode nok ”systemer for analyse og beslutninger om hvordan ressursene bør settes inn i de ulike leddene i kjeden for forebygging, diagnosearbeid, behandling og rehabilitering”. Utfordring tre omhandler demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet, som gir utfordringer som vil kunne trenge samfunnets økonomiske bæreevne. I dette ligger det mer effektiv drift av helse- og omsorgssektoren, økende samhandlingsbehov for pasienter med sammensatte problemer/lidelser, bevare og videreutvikle velferdsordningene i Norge. Til slutt en evne og vilje til å utvikle nye løsninger for å ivareta den norske velferdsmodellen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

Hovedgrepene Samhandlingsreformen trekker frem er klarere pasientrolle, ny fremtidig kommunerolle, og etablering av økonomiske intensiver. Spesialisthelsetjenesten skal videre utvikles slik at den i større grad kan bruke sin spesialiserte kompetanse og tilrettelegge for tydeligere prioriteringer. Samhandlingsreformen skal gi lik tilgang til helse- og omsorgstjenestene uavhengig av bosted, økonomi og sykdomsbilde. Det legges betydelig vekt på pasientmedvirkning, der det skal utvikles bedre helhetlig pasientforløp. Hensikten med å endre kommunens rolle er å oppfylle ambisjonene om helhetlig tenkning rundt forebygging, tidlig innsats, tidlig diagnostisering, behandling og oppfølging. Kommunene må ha evne til å utvikle en samlet tjeneste med ulike fagprofesjoner og faglige egenskaper.

Etablering av økonomiske intensiver skal gi grunnlag for gode pasienttilbud og kostnadseffektive løsninger. Kommunene skal medfinansiere spesialisthelsetjenesten for å kunne medvirke til riktig bruk av ressurser, der det er økt fokus på forebygging og tidlig intervensjon. Det skal legges til rette for tydeligere prioriteringer av tjenester med utgangspunkt i å utvikle et mer operativt og helhetlig redskap innenfor helse- og omsorgstjenestene (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009).

2.4 Forskning på samarbeid mellom barnevernet og PHBU

I innledningen viste jeg til forskning som er gjort på psykiske utfordringer hos barnevernsbarn. For at barnevernsbarn skal få et godt nok tilbud, kan samarbeid mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge være en forutsetning. Nedenfor tar jeg for meg forskning gjort på samarbeidet mellom barnevernet og PHBU.

Fossum, Lauritzen, Vis, Ottosen og Rustad (2015) foretok seg forskning gjort på samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge. Hensikten med litteraturgjennomgangen var å lære mer om samhandlingen mellom tjenestene. Totalt 36 relevante forskningspublikasjoner i tiden 2004-2014 ble inkludert i artikkelen. Jeg vil kort trekke frem relevante funn fra forskningen som ble inkludert i artikkelen.

I forhold til meldinger og henvisninger som ble sendt mellom barnevernet og PHBU viste det seg at begge instansene hadde dårlige erfaringer med dette. Barnevernet rapporterte om at PHBU brukte lang tid på henvisning og behandling (Lurie, 2011), mens ansatte i PHBU rapporterte om uenigheter rundt vurderingene av barnet, og at barnevernet ikke sendte tilbakemelding om hva de tok for seg etter bekymringsmeldingen (Myhrvold, Møller, Zeiner, Vardheim, Helgesen, og Kinge, 2011). I en utredning av Rambøll til Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2011) viste funnene at av alle kommunene som deltok, hadde et samarbeid med Spesialisthelsetjenesten. Innenfor spesialisthelsetjenesten var psykisk helsevern for barn og unge den instansen flest kommuner innledet et formalisert samarbeid med. Store kommuner vurderte samarbeidet med spesialisthelsetjenesten som dårligere enn små og mellomstore kommuner. 18 av 25 kommuner hadde etablert en veiledningstjeneste gitt av fagpersoner i spesialisthelsetjenesten eller en kommunepsykolog. Tiltaket skulle sikre nødvendig oppfølging av barn og familier. Veiledningstjenestene varierte ut i fra hvilket verktøy som ble brukt og hvilken instans som var involvert, og foregikk to ganger i året. I en studie med totalt 105 fosterbarn var PHBU inkludert i 33% av sakene (Bache-Hansen, Havik

og Grønningssæter, 2013). Fossum m.fl (2015) involverte totalt 11 publikasjoner som presenterte informasjon om samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Vi kan se en utvikling fra de eldste publikasjonene fra 2004 (Kristofersen, 2004) til tall som er presentert i 2009 (Andersson, 2009), der det har vært en økning fra 15 % til 24 % i saker mellom barneverntjenesten og PHBU. I en studie ble samarbeidet mellom barnevernet og helsetjenesten vurdert som viktig og omfattende, men samarbeidet kjennetegnet også av noen mangler. Manglene gjaldt ikke bare barnevernet og PHBU, men også kvaliteten på samarbeidet mellom tjenester for barn og unge generelt kunne ha stor betydning for om det ble gitt et adekvat hjelpetilbud (Kristofersen, Sverdrup, Haaland og Wang Andersen, 2006). Behandlere i PHBU vurderte samarbeidet med barnevernet til å være dårlig i 10% av sakene. I 27% av sakene ble samarbeidet vurdert som middels godt, og i de resterende sakene ble vurdert som godt samarbeid. I de senere årene, fra 2014, har det pågått flere samarbeidsprosjekter og utviklingsarbeid på statlig/kommunalt samarbeid i barnevernssaker (Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2014). Denne rapporten handler om akuttarbeid i kommunalt barnevern. Det viser seg at barnevernet er involvert i en større andel saker som gjelder barn med ADHD, enn hva de kanskje burde være. Dette rapporterte 350 ansatte i PHBU (Andersson, Ådnanes og Hatling, 2004). Ansatte og ledere i PHBU mente de var godt tilgjengelige på telefon for foreldre og samarbeidspartnere (Kristofersen, 2007). Derimot var det en større utfordring å få tid til å delta i det forebyggende arbeidet i forhold til sine samarbeidende kommuner. Etter opptrappingsplanen mente ledere og ansatte i barnevernet at PHBU var blitt mer tilgjengelige. Likevel kunne de merke at PHBU var mindre tilgjengelige i mindre akutte saker. I ansvarsgruppemøter for fosterbarn deltok PHBU i om lag 13 % av møtene (Bache-Hansen m.fl., 2013). Det viser seg at jo større en ledergruppe er i en organisasjon, desto mindre dialog og større sakskonflikter er det (Bang og Midelfart, 2010). Fossum m.fl. (2015) fant 20 studier som presenterte informasjon om vansker i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Barnevernet trakk frem avstanden til PHBU som en utfordring i samarbeidet. Det ble lagt vekt på at det var faglige avstander og profesjonelle ulikheter mellom instansene. Barnevernet følte at de måtte ta inn sakene som ingen ville ha. PHBU kunne definere ut en klient (Kristofersen, 2004). I en studie av Norvoll, Andersson, Ådnanes, og Osborg Ose, (2006) viste det seg at flere kommuner opprettet egne sekundærforebyggende lavterskeltilbud til barn og unge, som egentlig var på venteliste til PHBU. Kommunene opplevde at PHBU jobbet lite utadrettet, og det ble vanskelig å få tilstrekkelig veiledning på generelt og individuelt nivå. Selv om studien til Andersson (2009) inkluderer andre

samarbeidende instanser enn bare barnevernet og PHBU, viste datamaterialet at det var for få møteplasser for instansene. Det var mangel på ressurser, ulik faglig forankring, ansvarsfraskrivelse, uenigheter i forståelse og iverksettelse av tiltak, og instansene manglet en koordinator. Barnevernet på sin side opplever at det er manglende tilbud til barn og unge i PHBU (Gautun, 2009). 362 kommuner var med i en undersøkelse der de skulle vurdere tilbudet til PHBU. Utenfor ordinær kontortid mente 13% at det fungerte bra. 28% mente at tilbudet fungerte ”både og” innenfor kontortiden. På den andre siden av skalaen svarte 12 % at tilbudet utenfor kontortiden var dårlig, og en fjerdedel svarte at det ikke fantes tilbud fra PHBU utenfor kontortid (Falck og Vorland, 2009). Samarbeidsvanskene kan skyldes mangel på kunnskap og forståelse for ulikheter mellom barnevernet og PHBU. Instansene har ulike roller, organisering, lovverk og tilbud (Myhrvold m.fl., 2011). I en studie som inkluderer informanter fra både barnevernet og PHBU, var de enige om to samarbeidsutfordringer; barnevernsbarn hadde vansker med å få tilgang til døgntjenester og til poliklinikker utenom vanlig åpningstider (Lurié, 2011). Psykisk helsevern for barn og unge har rapportert om ulike hindringer som kan oppstå i samarbeidet med barneverntjenesten. Slike hindringer var administrative og økonomiske forhold, uenigheter knyttet til tiltaksbruk og hvor barnet skal plasseres. Ulik faglig forankring var en kilde til utfordringene (Myhrvold m.fl., 2011). Barnevernet har rapportert om utfordringer knyttet til kapasitetsproblemer hos psykisk helsevern for barn og unge. Det var lange ventelister og noen av barneverntjenestene viste til inntaksstopp i PHBU (Andersson og Steihaug, 2008). I evalueringen av forvaltningsreformen i barnevernet ble det funnet at mangel på kunnskap og forståelse for ulikheter mellom barnevernet og PHBU kan føre til mangel på samarbeid (Myhrvold m.fl., 2011). Som nevnt ovenfor kan ulikhetene være organisering av ansatte, lovverk og tilbud. Utvikling av rutiner, avtaler og personlig kjennskap til hverandre, kan få en positiv betydning for samarbeidet mellom barnevernet og PHBU (Myhrvold m.fl., 2011; Andreassen, 2017). Aamodt (2009) skriver at et vellykket samarbeid krevet tilgjengelighet, profesjonell fleksibilitet og medvirkning i utforming av hjelpetiltak. Hun hevder at det bør være en økt bevissthet overfor individuell ansvarsfraskrivelse mellom instansene. For at arbeidsvaner og praksis skal endres, må det være en aktiv og åpen dialog mellom instansene (Aamodt, 2012). To studier legger frem faktorer på det relasjonelle- og mellommenneskelige nivået, og eksterne faktorer på organisatoriske nivået, som kan fremme og hemme samarbeidet mellom barnevernet og PHBU (Ødegård og Willumsen, 2009; Magnusson og Lütznén, 2009). Under de relasjonelle faktorene som fremmer og hemmer et samarbeid, fant de åtte kategorier; respekt/mangel på

respekt, likeverdig/maktorientert, god dialog/dårlig dialog og felles innsats/solospill. Studiene viser at informantene opplevde at de hadde mer makt over de mellommenneskelige faktorene, som handlet om kommunikasjon og respekt for hverandres profesjonelle roller. Informantene hevdet de hadde lite makt over det organisatoriske nivået, som retningslinjer, ulike mål, ulik fagkompetanse, mangel på tid og avstand mellom tjenestene (Magnusson og Lützén, 2009). I likhet med Magnusson og Lützén (2009) fant Ødegård og Willumsen (2009) fire kategorier på organisatorisk nivå, som kan fremme og hemme samarbeidet; delt kunnskap/avgrenset kunnskap, god møteledelse/dårlig møteledelse, klare roller/uklare roller, og klare mål/uklare mål.

2.4.0 Tilgjengelighet og samarbeid – mer fleksible hjelpetjenester

NIBR-rapporten 2007:13 (Kristofersen, 2007) tar for seg opptrappingsplanen for psykisk helse, PHBU og barnevern. Mellom 2002-2005 foregikk det et prosjekt som omhandlet forholdet mellom barne- og ungdomspsykiatrien og barnevernet. Datamaterialet i sluttrapporten er innhentet fra ledere og ansatte i psykisk helsevern for barn og unge i seks kommuner. Studien tyder på at samarbeidet har hatt noen forbedringer, men det finnes enda utfordringer mellom tjenestene. I perioden 1998-2008 foregikk det en kvalitativ og kvantitativ forbedring av tjenester for mennesker med psykiske vansker og problemer. Formålet med opptrappingsplanen ble beskrevet i St.prp. nr. 63 (1997-1998), som bygger på en Stortingsmelding nr. 25 (1996-1997) om åpenhet og helhet. Stortingsmeldingen ga en oversikt over tjenestetilbudene til mennesker med psykiske vansker. Rapporten viste status og utfordringene med tjenestetilbudene. Utfordringene med tjenestetilbudene til mennesker med psykiske lidelser ble oppsummert slik:

«Pasientene får ikke all den hjelpen de trenger, personellet føler ikke at de får gjort en god nok jobb, og myndighetene makter ikke å gi befolkningen et fullverdig tilbud (St.meld. nr.25, 1996-1997).»

Prosjektet (Kristofersen, 2007) har vært et ledd i Opptrappingsplanen for psykisk helse, og lagt hovedvekt på brukerutvikling, tilgjengelighet og samarbeid. Sluttrapporten er inndelt i seks deler, der de tar for seg (1) brukere av barne- og ungdomspsykiatrien, (2) brukere av barneverntjenesten, (3) resultatene fra intervjuer med ansatte, (4) personell og organisering av BUP-ene og barneverntjenestene, (5) synspunkter på tilgjengelighet, og (6)

synspunkter på samarbeid. Oppsummert konkluderer Kristofersen (2007) med at det var en økning blant barn og unge som fikk hjelp av PHBU. Størst andel var gutter. Det var en økning i barn og unge som fikk hjelp fra barnevernet. BUP-lederne mente selv at de hadde blitt mer tilgjengelige. Ventetiden for å komme inn til PHBU var kortet ned, og de gjennomførte en inntakssamtale innen 30 dager. Barnevernlederne mente likevel at BUP ikke var like tilgjengelig i mindre akutte saker. Selv om det var en forbedring av tilgjengelighet og samarbeid mellom barnevernet og BUP, var ikke målene for dette området i Opptrappingsplanen nådd i 2005. Kristofersen (2007, s.183) mente at de vanskeligste målene å nå var: ”å skape et helhetlig og sammenhengende behandlingsnettverk, der brukerperspektivet hele tiden skal stå i fokus” og ”å etablere behandlingsnettverk på tvers av sektorgrenser og forvaltningsnivåer”.

2.4.1 Tilsynsrapport med barneverntjenester og psykisk helsevern for barn og unge

Det ble gjort landsomfattende tilsyn med kommunale helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn i 114 kommuner som omfattet tilrettelegging og oppfølging av samarbeidet mellom barnevern-, helse- og sosialtjenester til barn i skolepliktig alder til 23 år (Helsetilsynet, 2009). Av 114 kommuner ble det funnet brudd i regelverket i 90. Tilsynet har i tillegg pekt på forbedringspotensialer i kommunene. Tilsynene fant at det ikke blir lagt til rette for samarbeid mellom tjenestene i tilstrekkelig grad. Ledelsen i kommunene hadde lite kjennskap til ansattes kompetanse på samarbeid. Det ble heller ikke ført kontroller, som sikrer at samarbeidet gjennomføres til det beste for barn og unge. Funnene kan tyde på at tjenestene har mangel på kunnskap om hverandres rammer og tjenesteområder. Tilsynet fant mangler på tilsynsplaner fra barnevernets side. Flere av kommunene hadde ikke etablert rutiner for å tilby individuell plan til barn og unge med langvarig og koordinert tjenestebehov.

I andre nyere tilsynsrapporter ble det funnet mangler ved barneverntjenesten ved innhenting av opplysninger fra andre instanser og tilbakemelding til melder (Helsetilsynet, 2012).

Offentlige meldere er viktige samarbeidspartnere for barneverntjenesten, for at de skal kunne tilby helhetlig og sammenhengende tjenester. En tilbakemelding fra barnevernet kan være viktig for tilliten, samarbeidet og mulighetene for videre oppfølging av barn og unge.

Barnevernets mangler i tilbakemeldingene gjaldt informasjon om det skulle iverksettes undersøkelse og tiltak, og om det skulle gis informasjon om tiltaket (Helsetilsynet, 2017).

Ledelsen har ikke gjort ansatte kjent med kravene om å gi tilbakemelding, og det var ikke blitt tatt kontroll av praksisen.

I 2013 og 2014 ble det gjort landsomfattende tilsyn med psykisk helsevern for barn og unge (Helsetilsynet, 2015). Et funn tyder på at det var opp til hver enkelt behandler i poliklinikkene når de vurderte hvordan arbeidet skulle gjennomføres. Tilsynet trekker frem at flertallet av helseforetakene ikke hadde god nok systematisk ledelsesstyring. Selv om det var etablert rutiner, fulgte lederne for lite opp tjenestene som ble gitt til barn og unge. Rutinene var ikke alltid fulgt eller kjent. Det er ett av ledelsens ansvar å legge til rette for god praksis i hele foretaket, ikke at det føres ulike former for ”solopraksiser”. Flertallet av manglene gjaldt utredning og diagnostisering. Her ble det trukket frem at det var svikt i gjennomføringen av tverrfaglige utredninger, og det var mangelfulle ordninger for å sikre individuell plan.

2.4.2 Samarbeid og samordning mellom barnevernet og barne- og ungdomspsykiatri i Norge

Rapporten tar for seg samarbeidet mellom barnevernet og PHBU i tiden mellom 1998-2008 (Lurie og Tjelflaat, 2009). Rapporten er et prosjekt av NTNU Samfunnsforskning og Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge. Rapporten omhandler barn som får eller trenger hjelp fra både barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. Lurie og Tjelflaat (2009) legger frem kunnskap fra forskning, offentlige føringer, dokumenter som samarbeidsavtaler og samarbeidsprosjekter. Behovet for samarbeid mellom tjenestene har vært et vedvarende tema de siste 15-20 årene. Samarbeidet ble omtalt på en konferanse mellom Sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet i 1991, der de fokuserte på utsatte barn som ikke får den hjelpen de har behov for, på grunn av manglende koordinering mellom tjenestene. I 2008 hadde regjeringen et likt fokus, der Flatø-utvalget skulle vurdere og utrede hvordan samarbeidet mellom barnevernet og PHBU kunne bli bedre for utsatte barn og unge (NOU 2009:22).

2.5 Barnevernsfaglig relevans

I følge forskningene og offentlige rapportene har samarbeidet mellom barnevernet og PHBU vært et tema i lang tid. Samarbeidet ble allerede omtalt i 1991 på en konferanse for Sosialdepartementet og Barne- og familiedepartementet. Siden da har det jevnlig kommet ut nye offentlige rapporter med fokus på forbedret samarbeid mellom barnevernet og PHBU. Fossum med flere (2015) skriver i sin konklusjon at det ikke er gjort noen kartlegging av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU etter innføringen av samhandlingsreformen i

2012. Fokuset i forskningen som er presentert har vært på ulike faktorer som kan påvirke samarbeidet på en fremmende og hemmende måte. Det er også gjort forskning på psykiske utfordringer og belastninger blant barnevernsbarn. Fra tilsynsrapportene som er inkludert i oppgaven, viser funnene mangler hos barneverntjenestene og psykisk helsevern for barn og unge. Fra 2009 fant tilsynet mangler som at det ikke var lagt til rette for samarbeid i flere kommuner. Det ble ikke foretatt interne kontroller i instansene for å kvalitetssikre tjenestetilbudet. I 2012 ble det funnet mangler ved at barneverntjenestene ikke innhentet opplysninger fra andre offentlige instanser i tilstrekkelig grad. I 2015 ble det funnet mangler ved PHBU som viste dårlig systematisk ledelsesstyring. Arbeidet som skulle utføres av PHBU var mye opp til hver enkelt behandler. To kvalitative studier (Ødegård og Willumsen, 2009; Magnusson og Lütznén, 2009) trekker frem relasjonelle faktorer og mellommenneskelige faktorer som kan fremme og hemme samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. På organisatorisk nivå handlet faktorene om delt kunnskap/avgrenset kunnskap, god møteledelse/dårlig møteledelse, klare roller/uklare roller og klare mål/uklare mål. Med utgangspunkt i forskning og offentlige rapporter stiller jeg spørsmål om samarbeidet mellom barnevernet og PHBU noen gang vil bli vurdert som tilstrekkelig godt?

Temaet har en samfunnsrelevans i den betydning av at det er gjennomført reformer der det blir stilt politiske krav til et samarbeid mellom institusjoner og profesjoner for å sikre høy kvalitet og effektivitet i helse- og sosialtjenesten (Willumsen, Sirnes og Ødegård, 2016). Samhandlingsreformen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2009) ble iverksatt i 2012 og med forbehold om ny oppgavefordeling der kommunene fikk utvidet ansvaret for å ivareta folkehelsen. Selv om forskning viser at samarbeid kan øke kvaliteten på tjenestene (Kristoffersen m.fl., 2006), blir det publisert rapporter om manglende samarbeid og koordinering av tjenester for ulike målgrupper. NOU 2009:22 legger vekt på bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge. Likevel viser det seg at det er en utfordring å sikre samordning mellom tjenestene. Som vist ovenfor er samarbeid mellom tjenester for barn og unge et lovfestet krav, og man kan stille seg spørsmål om hvorfor det rapporteres om manglende samarbeid da det er et av samfunnsoppdragene både til barnevernet og PHBU. I Willumsen m.fl (2016) har de vist til et tragisk utfall av at kommunikasjon mellom tjenesten for utsatte barn og unge ikke ble tilstrekkelig fulgt opp. Rapporter om mangelfull koordinering finner vi også i Helsetilsynets rapport (2009). Det kan være et viktig poeng å bevisstgjøre profesjoner og fagmiljøer om utfall og konsekvenser av mangelfull samarbeid

mellom tjenestene, likevel har tjenestene opparbeidet seg erfaringer knyttet til temaet. Jeg ønsker å belyse ledere av barnevernet og PHBU sine beskrivelser og vurderinger av samarbeidet mellom faginstansene. Masteroppgaven kan bidra til en økt forståelse for hvordan samarbeidende instanser opplever hverandre, men samtidig få kunnskap om hvordan barnevernet og PHBU utfører samarbeidet i praksis.

3. Teori om samarbeid

3.1 Samarbeid

Glavin og Erdal (2018, s. 28) definerer samarbeid som ”*samspill, kompaniskap og det å arbeide sammen*”. Det er et vanskelig begrep å definere presist, men brukes ofte i det daglige (Glavin og Erdal, 2018). Likeså blir samarbeid, samhandling og samordning brukt om hverandre. Samordning kan defineres som ”*en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient, slik at alle tiltak er vel tilpasset og ikke motvirker hverandre* (Knoff, 1985; i Lauvås og Lauvås, 2004, s.53)”. Glavin og Eide (2018) hevder et godt samarbeid kan defineres som samordning. En annen definisjon av samarbeid som ofte er brukt er: ”*Collaborative practice happens when multiple health workers from different professional backgrounds work together with patients, families, carers and communities to deliver the highest quality of care* (WHO, 2010, s. 7)”. Eide (2014) definerer samarbeid som en målrettet virksomhet som utføres av flere fordi selve oppgaven ikke kan løses av én alene. Samarbeid kan generelt handle om å være et menneske sammen med andre mennesker (Grelland, Eide, Kristiansen, Sævareid og Aasland, 2014). Hovedforskjellen mellom et samarbeid og samordning er at samordning er mer formalisert og relasjonene i samordningen er av mer varig karakter, som gjør at en samordning krever mer ressurser enn et samarbeid, og dermed øker forpliktelsen (Glavin og Erdal, 2018, s. 24; Aarseth, 1984, s. 15). Samhandling kan defineres som ”der partene søker å finne frem til felles forståelse mens de samarbeider (Gjems, 2009), og ”en gjensidig relasjonell deltakelse og engasjement i en kontinuerlig dialog mellom personer, som arbeider sammen for å oppnå et felles mål (Næss, 2014; Anderson, 2012; Karlsson og Borg, 2013; Strong, Sutherland og Ness, 2011; Roshelle og Teasley, 1995). Næss (2014) skriver videre at et samarbeid kan handle om at partene jobber sammen, men mangler en aktiv felles deltakelse i form av for eksempel samarbeidsmøter. Samhandling derimot handler om likeverdige relasjoner mellom personene og tjenestene som jobber sammen. Videre i oppgaven velger jeg å bruke samarbeid som begrep, da begrepet ble brukt av mine informanter. Jeg kan likevel stille spørsmål om samhandling er et mer presist begrep da det krever en relasjonell deltakelse og engasjement (Næss, 2014).

Aasland (2014) hevder et samarbeid har to ulike komponenter, det er samarbeidets subjekt og samarbeidets objekt, som jeg kommer tilbake til under punkt 3.1.0. Ordet brukes ofte i

praksisfeltet og av myndighetene, og det kan virke som at samarbeid er svaret på mye av problemområdene som dukker opp i arbeidet til mange av instansene. Ødegård (2016, s. 113) hevder det kan være en sannhet i det, for det er vanskelig å se for seg en praksisdag uten samarbeid mellom profesjonelle, eller profesjonelle og brukere. Ødegård (2016) viser til to ulike arenaer for samarbeid, der han ser på samarbeid som et fenomen. Det ene kaller han internt samarbeid, som går ut på at en organisasjon eller instans jobber innad i instansen i ulike team. Teamene kan være organisert etter geografi eller tema. Teamene eksisterer innenfor instansene og blir godt kjent med hverandre over tid. Den andre arenaen er eksternt samarbeid, der personene i samarbeidet representerer ulike instanser. Samarbeid kan fremstå som noe positivt og viktig, men det innebærer at kompleksiteten i samarbeidet må utforskes og klargjøres for å ta grep om det som bidrar til økt kvalitet (Willumsen og Ødegård, 2016). Unngår partene å ta tak i utfordringene i samarbeidet, kan det føre til uklarheter, konflikter, unngåelse og møter som ikke gir mening for noen av deltakerne. Det kan variere mellom hvor mange profesjonelle som deltar i et samarbeid, like viktig er det å la brukerne delta i prosessen. Hvem som får en sentral rolle og hvem som har en mer perifer rolle kan variere ut i fra hvor i samarbeidet man befinner seg. Hensikten med et samarbeid er at instansenes ulike bidrag skal integreres til et helhetlig tjenestetilbud ut i fra brukerens behov (Willumsen og Ødegård, 2016).

3.1.0 Skjervheims treleddete relasjon

I følge Skjervheim (1996) kommer menneskene i kontakt med hverandre gjennom tale og skriftspråket. Vi uttrykker fakta, gir vurderinger og veileder gjennom språket. Forstår vi ikke språket til hverandre, opplever vi heller ikke den samme verden, men lever med hverandre på en overfladisk måte. Skjervheim mener det er to ulike måter å forholde seg til en annen person på i et samarbeid, gjennom språket. Den første måten har Skjervheim (1996) kalt en *treleddet relasjon*. Den går ut på at jeg velger å rette oppmerksomheten min, sammen med den andre, mot det den andre er opptatt av. Jeg deltar og lar meg engasjere i saksforholdet eller temaet som den andre uttrykker noe om. Den andre måten kaller han en *toleddet relasjon*. Jeg forholder meg til en annen person ved at jeg konstaterer det den andre sier eller gjør, og reflektere videre over hvorfor den andre sa eller gjorde akkurat det. Jeg deltar eller viser ikke engasjement i temaet eller saksforholdet som den andre refererer til. Jeg gjør den andre og saksforholdet til mitt saksforhold, et faktum – et objekt. I den toleddete relasjonen deler ikke subjektene i et samarbeid felles opplevelse eller engasjement til saksforholdet.

Skjervheim (1996) skriver at vi kan ikke komme utenom å objektivere den andre, det skjer også i allmennsamtalet, som i profesjonelle samtaler. Mellommenneskelige situasjonen er derfor tvetydig. Jeg kan se meg selv som et faktum, men kan aldri konstatere meg selv i det øyeblikket jeg konstaterer fordi det er jeg, subjektet, som foretar konstateringen eller objektiveringen. Denne objektiveringen av den andre er en måte å gå i forsvar på, samtidig som den har en angripende holdning på den andres frihet. Jeg kontrollerer ved å gjøre den andre til et faktum i min verden.

Forskjellen mellom en treleddet og toleddet relasjon er oppmerksomheten mot noe felles (Aasland, 2014). Den treleddete relasjonen skaper en relasjon mellom meg som forsker, den andre som informant og tredje del som er vårt felles objekt, nemlig temaet. I toleddete relasjonen er det en relasjon mellom meg som forsker og informanten, men vi har ikke rettet oppmerksomheten vår mot et felles saksforhold. Skjervheim beskriver den sistnevnte holdningen som et tilskuerperspektiv, som får sterk kritikk innenfor yrker der man har med andre mennesker å gjøre (Aasland, 2014, s.22).

En treleddet relasjonen kan være en måte å bevisstgjøre partene på hvorfor det er et samarbeid og formålet med samarbeidet, som er objektet. Objektet i samarbeidet er ikke den andre parten, men et saksforhold som begge subjektene retter oppmerksomheten mot. Subjektene i et samarbeid ser på saksforholdet med ulike perspektiver og synsvinkler, som i denne studien hvor jeg har intervjuet ledere av barneverntjenester og ledere av psykisk helsevern for barn og unge om deres felles, men også ulik forståelse av samarbeidet. I intervjuet med lederne er samarbeidet saksforholdet, men i et virkelig samarbeid mellom barnevernet og PHBU kan saksforholdet være barnets psykisk helse og utfordringer i hjemmet. Instansene trekker inn deres faglige forståelse av barnets livssituasjon inn i et samarbeid om et felles mål om å bistå barnet og familien med hjelp og støtte. En utfordring i samarbeidet kan være å skape en felles forståelse. For når kan subjektene vite at det er en felles forståelse og en riktig forståelse? Jeg velger å tolke det i sammenheng med min studie om samarbeidet mellom barnevernet og PHBU, når et barn vurderes å ha behov for bistand fra begge instansene. Utfordringene instansene kan møte på er hvordan tolker barnevernet og PHBU barnets livssituasjon, hva legger instansene hovedvekt på? Barnevernet kan legge vekt på tidlig forebygging der PHBU kommer tidlig inn på banen, får gjort en utredning av barnet og kan gi råd og veiledning til hvordan situasjonen kan løses, før den utvikler seg til å bli mer skadelidende. PHBU kan vurdere at barnets psykiske helse har lav alvorlighetsgrad og vil heller at det skal settes inn

tiltak i kommunen. Barnevernets forebyggende arbeid kan møte PHBU prioriteringer, der de mest alvorlige psykisk syke får hjelp først, og det forebyggende arbeidet må vente.

Skjervsheims treleddete relasjon kan her tolkes som å ikke være tilfredsstilt. Instansene ønsker at barnet skal få hjelp, men de har ulik forståelse av hvilken type hjelp som skal gis, og hvor hovedutfordringen ligger. Utfordringen med en treleddet relasjon kan være når subjektene skal skape en felles forståelse av hva som er saksforholdet eller objektet.

Skjervheim (1996) fikk sin fortjeneste da han brakte den fenomenologiske tilnærmingen inn i norsk forskning. Saksforholdet som studeres er ikke bare et objekt, men er subjekt i seg selv. Med en fenomenologisk tilnærming kan ingen besitte en objektiv riktig forståelse av saksforholdet (Aasland, 2014, s.24), vi kan heller beskrive fenomenet ut i fra hvordan det framstår for hver enkelt av oss. En felles forståelse av fenomenet kan være grunnlaget for at det utvikles en felles forståelse av saksforholdet, og i neste steg utvikles til en felles handling.

Med utgangspunkt i utviklingen av en fenomenologisk tilnærming kan man si at språket i seg selv kan danne grunnlaget for hvordan vi retter oppmerksomheten mot det som samarbeidet handler om, og hvordan vi tilnærmer oss saksforholdet. Språket kan få en betydning for forholdet mellom subjekt og subjekt. Hvordan definerer samarbeidende parter hverandre?

Aasland (2014) trekker frem forholdet mellom den profesjonelle hjelper og den som mottar hjelp. Den som mottar hjelp kan benevnes som pasient, klient, bruker, fordi vi tror det kan ha betydning for forutforståelsen hos hjelper og den som hjelpes. Jeg velger å trekke inn forholdet mellom to profesjonelle hjelpere, som begge kan være subjektene i Skjervsheims treleddete relasjon. Hvordan subjektene ikler seg rollene, som for eksempel barnevernspedagog og psykologspesialist, kan ha betydning for forutforståelsen for ethvert samarbeid (Aasland, 2014, s. 24). Etter Skjervheims tid (1991) har oppfatningen av saksforholdet utviklet seg ytterligere. Saksforholdet er en språklig konstruksjon, som er den enkeltes subjekts mentale forestilling om virkeligheten, og ikke en egen eksistens. Selv med gode intensjoner kan samarbeidet mellom to profesjonsutøvere utvikle seg til å bli en kamp om definisjonsmakten over saksforholdet. Skjervheim (1996) så på saksforholdet som noe som eksisterte uavhengig av partenes mentale og språklige konstruksjoner, noe som var udiskutabelt og sant. Saksforholdet må refereres til noe konkret og observerbart, noe som alle i samarbeidet tolker likt. For at partene skal kunne møtes om en felles forståelse av saksforholdet, må det basere seg på noe annet enn hver enkeltes forestilling. Utfordringen i et samarbeid mellom to subjekter kan derfor være det som samarbeidet handler om.

Saksforholdet vil ikke alltid være noe som er observerbart eller noe som har en sannhet, subjektene må skape en felles objekt (Skjervheim, 1996).

Ovenfor har jeg presentert samarbeidets objekt, saksforholdet. Videre velger jeg å trekke frem samarbeidets subjekt, som utgjør jeg og den andre i et samarbeid, eller som to av hjørnene i Skjervheims treleddete relasjon (Skjervheim, 1996). Aasland (2014, s.40) hevder det er et grunnleggende trekk ved vår kultur å se den andre som noe motstående til en selv for å kunne bekrefte sitt eget jeg. Å distansere seg fra andre kan gjøres ved å identifisere seg med et begrenset ”vi”. Et vi som tenker annerledes enn de andre. Å sette ”vi” mot ”de andre” kan ulike synspunkter gi gode løsninger. Gjennom en gjensidig interesse av å oppnå felles forståelse av saksforholdet, kan man ta utgangspunkt i de ulike synspunktene i et samarbeid for å utvide og justere sin egen forståelse. I følge Aasland (2014, s.43) er det to grunner til at vi danner oss et vi-subjekt. Den ene er situasjonen i seg selv og dens krav til handlinger, mens den andre er den vi kanskje kjenner oss mest igjen i. Det kan være på forhånd planlagte og organiserte treffpunkter for enkeltmennesker, som går sammen for å løse en oppgave. Den første årsaken kan vi relatere til akutt- og krisesituasjoner, som for eksempel Utøya-hendelsen. Der én enkelthendelse kan tvinge frem en handling fra enkeltpersoner, som skaper en felles forståelse av saksforholdet. Likevel kan saksforholdet skape et vi-subjekt i de hverdagslige hendelsene, selv om det ikke er forutbestemt eller én akutthendelse. Et vi-subjekt kan skapes gjennom utarbeidede planer og rutiner for et bestemt samarbeid. Selv om det er forankret teoretisk, må det innarbeides i praksis. En samarbeidende plan er i seg selv ingen garanti for gjennomføringsevnen, hvis den ikke blir benyttet i enkelthendelser. I andre tilfeller hvor det allerede er eksisterende planer, kan disse bli endret og justert underveis etter behov og forsvarlighet. Selv om saksforholdet kan utløse et vi-subjekt, behøver det ikke alltid å føre til en god og forsvarlig løsning. I slike tilfeller kan saksforholdet ha vært utydelig forklart og definert. Årsakene som er beskrevet ovenfor kan være to ulike måter for å forme et vi-subjekt på, gjennom én enkelthendelse som oppleves dramatisk og gjennom utarbeidede planer og rutiner. Men hvordan kan det dannes et vi-subjekt som den enkelte går inn i og som gjør oss i stand til å velge riktige handlinger, utenom disse to årsakene (Aasland, 2014, s. 46)?

3.1.1 Ulike former for samarbeid

Glavin og Erdal (2018) trekker frem to ulike former for et samarbeid, der den ene er et uformelt samarbeid som ofte kan være preget av den enkeltes instans eller praktikers initiativ til samarbeid. Et uformelt samarbeid kan bestå av at subjektene i samarbeidet har et ønske om å nå sine mål. For å nå målene og finne løsninger på problemet, er de avhengig av en annen instans. Samarbeid i regi av instansene kan på flere områder fungere godt ved at fagpersonene skaper en enighet om en felles målsetting og fornuftig oppgavefordeling. På en annen side kan manglende koordinering og styring få ulemper for et slikt samarbeid ved at det kan bli store forskjeller i kvaliteten rundt samarbeidet. Uten påtrykk fra ledelsen kan samarbeidet i stor grad være avhengig av den enkelte instans og fagpersonene (Glavin og Erdal, 2018).

Den andre formen er samarbeid som er bestemt og på ordre av ledelsen. Et samarbeid som er bestemt av ledelsen uten involvering av de som skal virkeliggjøre samarbeidet, kan føre til manglende vilje og evne. Koordinering vil være tilstede, men samarbeidet kan bli et formelt system som faginstansene skal forholde seg til. Et samarbeid kan ha gode betingelser til å fungere ved at samarbeidet er nedfelt i kommunens planer, god forankring i ledelsen, gode rutiner og aktørene ser betydningen av samarbeidet (Glavin og Erdal, 2018). Glavin og Erdal (2013, s. 28) hevder at det skal legges til rette for en overordnet og gjensidig forpliktende samarbeids- og beslutningsstruktur, og etablere et likeverdig samarbeidsforhold mellom barnet og hjelpeinstansen. I følge Schein (2004) er det viktig å være kjent med alle nivåene når det skjer endringer, da det er et samspill. Ledelsen skal ikke bare skape felles verdier og forståelsesramme, de skal også ha en evne til å mobilisere sine ansattes innsatsvilje og lojalitet. Ledelsen bør i stor grad støtte opp om samarbeidet i sin instans og ta ansvar for at det utvikles et samarbeid. Willumsen (2006) skriver at struktur er viktig for organiseringen av samarbeidet. Samarbeidet skal ikke følge en person, ledelsen bør heller være delaktig og bidra med å organisere ansvarsområder. Sævareid (2014) benevner samarbeid som ikke fungerer som optimalt for skrantende samarbeid. I et samarbeid kommer motsetninger til syne, han stiller spørsmål om samarbeid egentlig er parallellarbeid. Som Skjervheims treleddete modell viser er det nødvendig med to subjekter som har skapt en felles forståelse om saksforholdet. Subjektene behøver ikke å være en leder og en ansatt, som Sævareid (2014) bruker som eksempel, det kan også være to ulike hjelpeinstanser. Det kan være hensiktsmessig å forstå at saksforholdet er grunnlaget for at det er et samarbeid mellom to ulike instanser. Subjektene kan allerede her møte motsigelser for hva de oppfatter som saksforholdet. To subjekter i et samarbeid har to ulike samarbeid å forholde seg til. La oss si at disse to subjektene er en

behandler i psykisk helsevern for barn og unge og en barnevernspedagog i barneverntjenesten. Barnevernet og PHBU skal her samarbeide om et felles saksforhold, der de har et mål om samarbeidet og en felles problemforståelse. Som skrevet ovenfor kaller Skjervheim dette for treleddete relasjon. Det andre samarbeidsforholdet er samarbeidet innad i tjenestene, der barnevernspedagogen må forholde seg til barneverntjenesten og kommunen. Det forventes lojalitet til instansens virkemidler eller tjenester for å sikre pasienten/brukerens rett på hjelp. Utfordringen med dette samarbeidet, som Skjervheim kaller for toleddet relasjon, kan være at barnevernsarbeideren forstår saksforholdet som en bruker av tjenesten, mens ledelsen kan forstå saksforholdet som ”optimal utnyttelse av begrensede ressurser (Sævareid, 2014, s. 72). Målet er å effektivisere tjenesten for å gjøre det mulig for alle brukere å få optimal hjelp. Sævareid (2014) kaller dette tilskuerperspektivet, som kan utfordre de ansatte da det rokker ved internaliserte verdier som omsorg og moralsk begrunnende handlinger. Ledelsens strukturering av tjenesten der alle får likeverdige tjenester, kan oppfattes som lite meningsfylt for de behandlerne og barnevernsarbeiderne som møter brukere og pasienter på individuelt og emosjonelt nivå. Det kan oppleves som at det ikke er handlingsrom i samarbeidet når det stilles forventninger og krav. Det kan være ressursene som avgjør om subjektene oppfatter situasjonen som håndterbar, som igjen kan være viktig for å motivere til å bruke energi på de problemene som møter oss (Sævareid, 2014).

3.1.2 Samarbeidskompetanse

Glavin og Erdal (2018) har definert samarbeidskompetanse som brukerorientering, helhetsforståelse, fleksibilitet, og evnen til problemløsning og omstilling. I dette ligger det at fokuset på barnet og familien som det samarbeides om, bør komme i første rekke. Det å samarbeide om å gi et forsvarlig hjelpetilbud til barn og familier må læres. Ledelsen bør gjøres kjent med sitt ansvar for å oppnå kompetanse i samarbeid rundt barn og unge. Videre skriver Glavin og Erdal (2018) at det bør opparbeides en plan for hvordan en instans kan gjøres kjent med en annen instans kompetanse, og hvordan instansen skal utvikle et samarbeid og samarbeidskompetanse. En opplærings- og vedlikeholdsplan bør ha som hovedmål å ivareta og videreutvikle tverrfaglig samarbeid i sin instans. Dersom fagpersoner skal kunne oppleve utvikling og nytteverdi av et samarbeid, bør den enkeltes holdninger og kunnskap vedlikeholdes også. Fagpersonene i instansen kan få økt kunnskap og kompetanse om tverrfaglig samarbeid ved at det undervises i kommunikasjon, kommunikasjonsprosesser og samarbeidsstrategier. Likevel må det ikke tas for gitt at alle instanser eller arbeidsplasser

har et godt tilbud for påfyll av ny kunnskap eller god opplæring rundt et samarbeid. Det kan være betydningsfylt for samarbeidet at det utvikles en form for samarbeidskultur der nye ansatte også får god opplæring og danner ny kunnskap (Glavin og Erdal, 2018). Det er ikke dermed sagt at et samarbeid som fungerer godt, alltid vil fungere godt. Det kreves vedlikehold av systemene. I en instans som barnevernet og PHBU vil det være utskiftninger, og det må derfor finnes rutiner på opplæring av nyansatte. I følge Glavin og Erdal (2018, s.61) kan læring sees som en prosess der kunnskap, holdninger og erfaringer går hånd i hånd. Den enkelte medarbeider bruker kompetansen sin til å utføre og gjennomføre bestemte oppgaver. Riktig bruk av kompetanse kan gi tidlig innsats overfor barn og familier. Glavin og Erdal (2018) har listet opp noen punkt som de mener er målsettingen for felles opplæring, noen av disse punktene er blant annet forståelse for verdier, holdninger og metoder, kjennskap til hverandres funksjoner og fagområder, kjennskap til aktuelle lover og rutiner, og styrke og opprettholde kompetansen i tjenestene. Videre skriver de at opplæringsplanen innenfor den enkelte instans bør inneholde temaer om verdigrunnlag, metoder og metodeutvikling, og temakunnskaper som lovverk, kommunikasjon, barn og unges oppvekstvilkår og nyere forskning. En mal for opplæring kan tydeliggjøre instansenes muligheter og begrensninger i et samarbeid

Wolf og medarbeiderne (1994) utviklet fire nivåer for samarbeid. Nivåene kan gi indikasjoner på hvor godt samarbeidet fungerer. Første nivået beskriver et samarbeid som ikke er tilstede. Deltakerne i samarbeidet har ikke skapt relasjoner mellom seg, eller de er feildefinerte eller dysfunksjonelle. På nivå to fokuserer deltakerne på mål, men med separerte hensikter. Det som skal være samarbeid, beskrives heller som parallellarbeid. På tredje nivå har deltakerne skapt en felles målsetting og fellesskap i samarbeidet. Målene er fremtidsrettet og strategiske. Har et samarbeid høy kvalitet er det på nivå fire. Samarbeidet består av å identifisere potensialer i samarbeidet og fremme utvikling. Den enkeltes kompetanse blir aktivt brukt for å nå målene, samtidig som at deltakerne stadig evaluerer arbeidet og tiltakene med fokus på brukerne. I følge Wolf og medarbeiderne (1994) er det viktig å være oppmerksom på vegring og motstand blant deltakerne, for at samarbeidet skal utvikle seg i positiv retning.

3.2 Tverrfaglig samarbeid

Med tverrfaglig samarbeid menes når flere yrkesgrupper på tvers av faggransene arbeider sammen mot et felles mål. Begrepet tverrfaglig samarbeid dekker alle former for samarbeid

som tverrprofesjonelt, tverretatlig og tverrsektorielt (Glavin og Erdal, 2018). Willumsen og Ødegård (2016) definerer tverrprofesjonelt samarbeid som flere profesjoner som jobber tett sammen. De har valgt å benytte tverrprofesjonelt da det ligger tett opp til det internasjonale begrepet ”interprofessional”. Willumsen og Ødegård (2016) skriver det er vanskelig å avgrense fagene, som skille profesjonene, som gjør at tverrprofesjonelt samarbeid er foretrukket. Jeg velger å bruke tverrfaglig da begrepet brukes om samarbeid på tvers av profesjoner, etater og sektorer (Glavin og Erdal, 2018, s. 15).

Tverrfaglig samarbeid har vært en del av flere arbeidsområder som pekes ut i sentrale dokumenter og utredninger som gjelder oppvekstvilkårene for barn og unge (Glavin og Erdal, 2013). Tverrfaglig samarbeid i enkelte kommuner i Norge viser seg å være preget av lite struktur og målrettet arbeid. Kommunene har lyktes i større grad å samarbeide på individnivå enn på systemnivå. For barn med sammensatte behov kan tverrfaglig samarbeid være avgjørende for å kunne gi tidligere og bedre hjelp. Samarbeid på tvers av hjelpeinstanser kan i tillegg sikre og styrke det totale oppvekstmiljøet. Et samarbeid som strekker seg fra helsefremmende og forebyggende arbeid, til et koordinert samarbeid innad i kommuner og på tvers av sektorer og forvaltningsnivå, kan gi et tydeligere og helhetlig bilde av barnet eller familien livssituasjon (Glavin og Erdal, 2013). Tverrfaglig samarbeid kan bidra til mindre feilvurderinger i saker som er sammensatt og krevende. Barnets behov for hjelp kan ivaretas av rette instans ved å synliggjøre og være trygge på hverandres kompetanse.

I følge Glavin og Erdal (2013) er tverrfaglig samarbeid en arbeidsform der flere yrkesgrupper samles for å nå et felles mål, på tvers av faggrensene. Glavin og Erdal (2013) beskriver noen forutsetninger som må ligge til grunn for å lykkes med tverrfaglig samarbeid, blant annet ledelse, verdigrunnlag, samarbeidskompetanse, plan for opplæring, kunnskap og ferdigheter. Videre vil jeg presentere ledelse, verdigrunnlag og kunnskap og ferdigheter da det har en relevans for studien. Under punkt 2.3.1 har jeg tatt for meg samarbeidskompetanse som en forutsetning. Mennesket er den viktigste ressursen i en organisasjon. Når en organisasjon eller instans forstår verdien av å optimalisere ressursen, vil lederrollen forankres (Glavin og Erdal, 2018, s.34). ”*En hensiktsmessig kultur innehar holdninger som oppmuntrer til åpenhet, selvkritikk, initiativ, forståelse for verdiskapning, og alminnelig optimisme* (Glavin og Erdal, 2018, s.34; Morgan, 1989). Det kreves likevel godt utviklet faglig forankring i instansene. Fagpersonene må være trygge i faget og tjenestene må stå i et realistisk forhold til

eksisterende kunnskap. Ledelse og kultur blir sett på som to sider av samme sak, der definisjonen av kultur er:

”Et mønster av grunnleggende antakelser – skapt, oppdaget eller utviklet av en gitt gruppe etter hvert som den lærer å mestre sine problemer ekstern tilpassing og intern integrasjon – som har fungert tilstrekkelig bra til at det blir betraktet som sant og til at det læres bort til nye medlemmer som den rette måten å oppfatte, tenke og føle på i forhold til disse problemene (Schein, 1987, s. 7)”.

Schein (1987) organiserer kultur i tre ulike nivå. Kultur og ledelse kan sees som to sider av samme sak. Første nivå i en kultur er atferdsmønstrene, som også er kulturens mest synlige nivå. Nivå to er de observerbare verdiene i det fysiske miljøet. Siste nivå er kulturens essens, som også er grunnleggende antakelser. Kulturens essens kan være verdier som er tatt for gitt, der atferd er observerbare uttrykk for denne. Lederskap vil utvikle seg til å bli et spørsmål om evnen til å mobilisere folks innsatsvilje og lojalitet. På alle nivå er det ledere som har ansvar for utvikling av samarbeid, der det blir skapt felles verdier og forståelsesrammer.

Kjennskap overfor den enkeltes verdigrunnlag, som menneskesyn og holdninger, kan være nødvendig i arbeidet med barn og familier. Innholdet i verdiene er ofte idégrunnlaget for de handlingene vi gjør, mens intensiteten kan si noe om hvor viktig verdiene er for den personen (Glavin og Erdal, 2018). Kaufmann og Kaufmann (2003) skriver det er viktig å kartlegge verdiene til både ledelsen og ansatte i en instans for å kunne skape endringer. I et tverrfaglig samarbeid kan det være nyttig å kjenne til sin egen og arbeidsfeltets verdigrunnlag, da et tverrfaglig samarbeid kan bestå av ulike yrkesgrupper, ulikt lovverk og yrkesetiske retningslinjer. ”Vi arbeider i et fellesskap med ulikheter i syn og praktiske holdninger (Glavin og Erdal, 2018. s. 36)”. Verdigrunnlaget kan handle om hvilket menneskesyn en fagperson møter familier og barn med. I et tverrfaglig samarbeid med flere fagpersoner involvert, kan det være viktig å ha troen på at alle familier har en form for ressurs i seg. Mange har kapasitet til å definere problemområdet, men det gjelder å gi de sjansen til å utvikle egne handlingsstrategier som er meningsfull for barnet og familien. Et godt utgangspunkt for å danne relasjoner i et samarbeid kan være gjensidig respekt. Med gjensidig respekt menes her å ta motparten på alvor, anerkjenne erfaringer og synspunkter, møte de andre på deres perspektiv og reflektere rundt egen forståelse. Det kan skapes faglige diskusjoner ved å møte de samarbeidende partene med respekt. Samarbeidet behøver ikke å påvirkes negativt ved at

partene er uenige. Uenigheter kan bidra til flere synspunkter, endre forståelser og skape ny kunnskap hos de som samarbeider. Det kan kreve en viss evne og vilje til å se den andres synspunkter, men det kan resultere i utvikling av verdier og holdninger. I tverrfaglig samarbeid bør det være tid og rom for å ta opp uenigheter som kan skape konflikter mellom fagpersonene. En åpenhet og ærlighet mellom fagpersonene kan også skape en trygghet hos barnet og familien som har behov for hjelpen (Glavin og Erdal, 2013).

4. Metode

Hensikten med studien er å utvikle en helhetlig forståelse av spesifikke forhold (Halvorsen, 2008). Jeg søker etter beskrivelser og vurderinger av temaet samarbeidet mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Kvalitativ metode vil derfor være den best egnede metoden for å svare på problemstillingen. Jeg ønsker å la deltakerne beskrive sine erfaringer knyttet til samarbeidet mellom faginstansene, når det vurderes at et barn har behov for bistand fra barnevernet og PHBU. Jeg ønsker å få en oversikt over hvilken rolle ledere av instansene har i et samarbeid, og hvordan det blir lagt til rette for samarbeid. Jeg har derfor valgt å intervju fire barnevernledere fra kommunale barneverntjenester og to ledere fra hver sin PHBU-seksjon.

4.1 Kvalitativ forskningsintervju

Kvalitativ metode tar for seg ulike former for intervju som redskap for innhenting av data. Dybdeintervju gir blant annet en mulighet til å samle inn åpne og nyanserte beskrivelser av et tema. Intervjupersonen søker etter beskrivelser av spesifikke hendelser, og ikke generelle meninger, og det kan gi en positiv opplevelse for intervjupersonen som kan få ny innsikt i temaet (Kvale og Brinkmann, 2009). Disse ulike aspektene er grunnen til at jeg har valgt dybdeintervju. Vi benytter oss av våre menneskelige og faglige ressurser i kvalitativ metode (Dallan, 2010). Forskeren og deltakerne i prosjektet kommer nær hverandre og ofte i direkte kontakt. Gjennom kvalitativ metode blir det innhentet fyldige data om forskningstemaet, og det kan derfor øke forskerens evne til å forså ulike handlinger eller erfaringer som deltakerne kommer med (Halvorsen, 2008). Før valg av metode kan det være nyttig å tenke ut hvilken metode som gir størst relevans for problemstillingen. Problemstillingen kan bli til etter hvert, men jeg hadde valgt tema og problemstilling før jeg gjennomførte intervjuene. I mitt prosjekt er jeg ute etter beskrivelser fra ledere av barneverntjenesten og ledere av psykisk helsevern for barn og unge. Studien går i dybden på deltakerne sine beskrivelser, og det er derfor naturlig med et lite utvalg.

I dybdeintervju eller intervjusamtaler er forskeren interessert i deltakernes dypere meninger og beskrivelser av atferd, motiver og personlighet (Halvorsen, 2008). Deltakerne blir oppmuntret til å bruke egne ord i sine beskrivelser og fortellinger om hendelser og erfaringer som er relevant for problemstillingen. Å gå i dybden skriver Jacobsen (2010, s.55) er ”å få

frem så mange nyanser og detaljer” som mulig, og skaffe seg en helhetlig forståelse av fenomenet som det forskes på. Forskeren i kvalitativ metode legger så få føringer som mulig i forskningsprosjektet, og samler inn data så åpent som mulig.

En viktig grunn til å velge kvalitativ metode er at den enkelte deltaker får gi sine fortolkninger av og sine meninger om et forhold. I dette tilfellet gir ledere av barnevernet og ledere av PHBU sine vurderinger av samarbeidet mellom faginstansene. Metoden er fleksibel ved at forskeren tar utgangspunkt i en problemstilling eller tema, men problemstillingen kan endres etter hvert som forskeren får mer informasjon (Jacobsen, 2010). Åpenhet, nyanserikdom, nærhet og fleksibilitet gir ofte data med høy intern gyldighet (Jacobsen, 2010, s.62). I kapittelet om tidligere forskning viser sammendraget at det er lite forskning på ledernes vurdering av samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. Tidligere er det forsket på hva som fremmer et godt samarbeid og hva som kan være utfordringene i et samarbeid mellom barnevernet og PHBU. Det kan likevel finnes ytterligere forskning på temaet, men som jeg er kjent med er det få studier som involverer ledere sine beskrivelser av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Malterud (2003) skriver at kvalitativ metode er godt egnet på felt der det er et tynt kunnskapsgrunnlag.

4.2 Utvalg og rekruttering av informanter

Tjora (2012, s. 145) skriver at hovedregelen for utvalg i kvalitative studier er at man velger informanter som av ulike grunner vil kunne uttale seg på en reflektert måte om det aktuelle temaet. Hensikten med studien er å få ledere av barneverntjenesten og ledere av psykisk helsevern for barn og unge til å beskrive deres erfaringer og vurderinger av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Med dette som utgangspunkt rekrutterte jeg ledere av den kommunale barneverntjenesten og seksjonsledere av psykisk helsevern for barn og unge.

Studiens inkluderingskriterier var at informantene måtte være i sin lederposisjon da de ble rekruttert og under gjennomføringen av intervjuene. Informantene som var ledere av barneverntjenesten og ledere av psykisk helsevern for barn og unge måtte ha erfaringer fra samarbeid mellom tjenestene. Jeg stilte ingen kriterier til kjønn, alder eller geografisk tilhørighet. Jeg tok derimot en vurdering i rekrutteringsprosessen om jeg skulle rekruttere informanter fra interkommunale barneverntjenester, barneverntjenester i byer og mindre kommuner. Da det viste seg å være en utfordring å rekruttere ledere fra barneverntjenester, valgte jeg å ikke skille mellom interkommunal, små og større barneverntjenester.

I starten av rekrutteringsfasen kontaktet jeg veilederen for å drøfte hvem som kunne være aktuelle deltakere. I forbindelse med gjennomføringen av intervjuene måtte jeg avgrense den geografiske avstanden til å gjelde Midt-Norge. Jeg laget en liste over ulike kommunale barneverntjenester, med navnet på lederen, telefonnummer og epost. Jeg utelukket barneverntjenester der jeg ble henvist til sentralbordet, eller der det ikke stod spesifikke opplysninger om lederen. Det var mer hensiktsmessig å kontakte ledere direkte enn å sende en henvendelse på felles mailadresse. Jeg laget også en liste på ulike seksjoner for psykisk helsevern for barn og unge. Utfordringen med å rekruttere ledere av psykisk helsevern for barn og unge var å vite hvordan seksjonene er organisert, og hvilke type ledere jeg burde snakke med. Jeg søkte derfor opp numrene til ulike seksjoner og presenterte studien til de som tok telefonen på den avdelingen. Herifra ble jeg anbefalt hvem som var aktuelle intervjukandidater ut i fra formålet med studien. Det viste seg å være utfordrende og rekruttere informanter. Av en liste på 20 nummer til ulike kommuner og PHBU-seksjoner, kunne det være tre personer som ga tilbakemelding på første henvendelse. I tillegg til å forsøke og nå de på telefon, sendte jeg mail direkte til ledere av barneverntjenester og ledere av psykisk helsevern for barn og unge. I mailen presenterte jeg meg selv, prosjektet, formålet med studien og la ved informasjonsbrevet. Ingen svarte på henvendelsene på mail. Flere av barnevernlederne som jeg kom i kontakt med hadde flere prosjekter gående, og de følte at de ikke hadde tid. Det var to barnevernledere som var på ferie, men jeg tok opp igjen kontakten etter ferien, og de sa seg villig til å delta. Etter et par uker med aktiv telefonringing, der jeg henviste til mailen som jeg hadde sendt tidligere, fikk jeg tak i fire barnevernledere og to ledere av PHBU. Avtale om intervjutidspunkt foregikk på mail og telefon. En barnevernleder svarte på mailen at det dukket opp noe på jobben som hindret henne i å gjennomføre intervjuet på den aktuelle dagen. Det ble derfor avtalt nytt intervjutidspunkt. Jeg sendte en bekreftelsesmail for det andre intervjutidspunktet, men hun ble forhindret der også. Vi avtalte derfor et telefonintervju. En av lederne for psykisk helsevern for barn og unge svarte også den samme uken som intervjuet var avtalt, at han ikke kom til å få tid til et intervju før jul. Nytt intervju kunne avtales etter nyttår. Jeg kontaktet ham etter nyttår uten å få svar på verken mail eller telefon. Jeg startet her en prosess med å få tak i en ny seksjonsleder av psykisk helsevern for barn og unge. Jeg tok opp igjen en henvendelse jeg hadde sendt ut i oktober til en seksjonsleder, og hun sa seg villig til å være deltaker i studien. Jeg avtalte intervjutidspunktet per telefon og oversendte informasjonsskrivet på mail.

Alle informantene var kvinner, fra større kommunale barneverntjenester til mindre barneverntjenester med inntil syv ansatte. Seksjonene for psykisk helsevern for barn og unge holdt til i ulike byer. Av barnevernlederne som deltok i studien, var tre av de utdannet barnevernspedagoger, den fjerde var utdannet sosionom. Tre av barnevernlederne hadde erfaringer fra å være barnevernleder, eller erfaring fra en annen lederposisjon innenfor fagområdet over 10 år. Fjerde barnevernleder hadde vært i stillingen siden 2017. Den ene lederen av psykisk helsevern for barn og unge var utdannet psykologspesialist. Den andre lederen var utdannet klinisk sosionom.

4.3 Datainnsamling

Åpne intervjuer eller dybdeintervjuer egner seg godt innenfor forskning som er interessert i hvordan deltakerne fortolker og legger mening i et bestemt fenomen (Jacobsen, 2010). Data ble her samlet inn gjennom individuelle dybdeintervjuer av ledere av barneverntjenester og ledere av psykisk helsevern for barn og unge. Hensikten med dybdeintervju er å skape en åpenhet og dialog rundt spesifikke tema (Tjora, 2012).

4.3.0 Intervjuguide

Med dybdeintervju er man interessert i deltakernes forståelse av verdenen (Kvale, 1997). Derfor gjennomføres intervjuene som en spørre- og lytte orientert tilnærming. Den som intervjuer følger opp med nye spørsmål for å utdype deltakerens meninger, holdninger og erfaringer (Tjora, 2012). Til forskjell fra en dagligdags samtale har intervjuene et formål (Kvale og Brinkmann, 2015). Som en forberedelse til intervjuene laget jeg en intervjuguide med forhåndsvalgte tema. Temaene var formet som fire hovedspørsmål. Under hovedspørsmålene laget jeg stikkord som ble brukt som en huskeliste under intervjuene. Disse fire hovedspørsmålene var; (1) hva er bakgrunnen til at barnevernet og PHBU innleder et samarbeid, (2) hva kjennetegner barna dere samarbeider om, (3) hvordan foregår samarbeidet mellom barnevernet og PHBU, og til slutt (4) hva er lederens rolle i et samarbeid?

Thagaard (2013) skriver at det kan være hensiktsmessig å kjenne til det dramaturgiske aspektene rundt intervjuene, det vil si oppbyggingen av intervjuguiden. Jeg opplevde at det første spørsmålet var som en oppsummering av retningslinjene rundt et samarbeid, mens de to siste hovedspørsmålene handler om mer personlige opplevelser og erfaringer. Grunnen til at jeg valgte denne oppbyggingen var å skape en tillitt og fortrolighet hos intervjupersonen, før jeg kom inn på tema som kan kreve mer presise beskrivelser av opplevelser.

4.3.1 Forberedelse til intervju

Som skrevet ovenfor var en del av forberedelsene til intervjuene å lage en intervjuguide. I tillegg lånte jeg båndopptaker på skolen og testet at den fungerte. Samme uke som intervjuene var sendte jeg en mail til de gjeldende informantene og fikk bekreftet avtalen om intervjuet. I mailen la jeg ved informasjonsskrivet, som også hadde blitt sendt ut tidligere, og informerte om at informantene måtte skrive under på samtykket til intervjudagen. Jeg ønsket også bekreftelse på at de synes det var greit at jeg brukte båndopptaker under intervjuene, og la til at det var frivillig å delta i studien.

Fire av seks intervjuer ble gjennomført på ledernes kontorer. Det ene intervjuet med en barnevernleder var på telefon, mens et annet intervju av en barnevernleder foregikk på et møterom utenfor barneverntjenestens hovedkontorer. Intervjuene ble gjennomført fra slutten av november og i desember. Det siste intervjuet ble gjennomført i januar. Jeg opplevde noen avbrytelser under intervjuene, som at det banket på døren og noen ga en beskjed. Deltakerne hadde avsatt et tidsrom på gjennomsnitt 1,5 time for intervjuet. I et intervju opplevde jeg dette som en forstyrrelse, da hun hadde et annet møte å rekke. Jeg måtte avslutte tidligere enn forventet og valgte derfor ut de viktigste avsluttende spørsmålene. Telefonintervjuet tok en time og tre kvarter, der deltakeren kjørte bil under intervjuet, men jeg opplevde henne som tilstede i samtalen. Siden vi tok raskt opp igjen tråden ved forstyrrelser, opplevde jeg ikke at det hadde noe negativ effekt på intervjuet.

4.3.2 Gjennomføring av intervju

Jacobsen (2010) skiller mellom undersøkereffekten og konteksteffekten, når han reflekterer rundt studiens pålitelighet. Konteksteffekten er inndelt etter en kunstig eller naturlig kontekst av for eksempel hvor intervjuet foregår. Undersøkereffekten kan være alt fra hvordan jeg hilser på informantene, hvordan jeg presenterer meg selv, hvordan jeg kler meg, hvordan holdningen min er gjennom intervjuene og informantenes førsteinntrykk av meg.

En kunstig kontekst kan være at intervjuet foregår på intervjuerens kontor/skole. Det kan føles unaturlig at informanten skal være på et ukjent kontor som kan føles utrygt og skal svare på spørsmål som kan berøre deres personlige og private meninger. En mer naturlig kontekst er å gjennomføre et intervju på informantens kontor. Likevel kan det foreligge noen svakheter rundt dette. Informanten som har sagt seg villig har måttet tatt seg fri fra den jobben som egentlig skulle gjøres. Hun serverer gjerne noe å drikke og har en slags vertinne rolle. Det kan forekomme forstyrrelser i en naturlig kontekst, som for eksempel at telefonen ringer,

noen banker på døren, at informanten må på et annet møte, og i tillegg får jeg innpass på et sted som inneholder streng taushetsplikt. Jacobsen (2010) hevder at det ikke finnes noen klare svar på om det er mer riktig med en kunstig eller naturlig kontekst overfor resultatene. I den grad inneholder studien min både kunstige og naturlige kontekster for hvor intervjuene ble gjennomført. Jeg intervjuet fire av seks informanter på deres kontor. Her fikk jeg servert kaffe og fikk et innblikk i hvordan de har det på kontorene sine. Jeg opplevde blant annet avbrytelser av kollegaer som kom innom. På et annet kontor var det lytt, så jeg kunne høre en klient snakke. Et intervju ble gjennomført på et sterilt møterom. Her ble det ikke servert kaffe, og det var et møterom utenfor hovedkontorene til barneverntjenesten. Dette følte kanskje litt mer kunstig, i den forstand at det ble holdt en viss avstand mellom meg som forsker og intervjupersonens arbeidssted. Et annet intervju var også kunstig da det var over telefon. Informanten stod i butikken da jeg ringte, hun ringte meg opp igjen i bilen. Det meste av intervjuet foregikk mens hun kjørte bil, men jeg antok at hun hadde kommet hjem før vi avsluttet. Selv om intervjuet foregikk på et unaturlig sted, som kunne ha skapt forstyrrelser, var det likevel et intervju som inneholdt detaljerte beskrivelser fra jobberfaringer og private erfaringer. Hvor intervjuene fant sted tror jeg ikke har påvirket resultatene i betydelig grad, da jeg oppfattet informantene som svært engasjerte i temaet og ønsket å formidle sine erfaringer.

Intervjuene kan formes av intervjueren, relasjonen mellom personene i samtalen, av innhold og stilen. Hvordan jeg opptrer overfor informantene kan være med på å skape en trygghet og tillit til meg som forsker og studien. Trygghet og tillit kan gjøre at informantene er åpne i sine beskrivelser og opplevelser. Som skrevet ovenfor kan undersøkereffekten være måten jeg hilser på, hvordan jeg presenterer meg og studien, hvordan jeg kler meg, hvordan er holdningen min og førsteinntrykket. Jeg var bevisst rolig da jeg tok de i hånden og presenterte meg selv. Jeg ønsket å formidle hensikten med studien før jeg startet intervjuene, jeg lot også informantene stille spørsmål hvis de opplevde at noe var uklart. Jeg la stor vekt på å være ydmyk og takknemlig for at informantene tok seg tid til å delta i studien. Jeg hadde ingen relasjon til informantene utenom felles utdanningsbakgrunn blant barnevernlederne. Likevel kan felles utdanningsbakgrunn skape en større trygghet ved at jeg forstår mer av jobben som gjøres i barneverntjenesten gjennom mine jobberfaringer og skolen. Samtidig kan felles utdanningsbakgrunn føre til at jeg tror jeg vet hva som menes med enkelte ord, uttrykk, fagbegreper og jobben barneverntjenesten gjør. Det var viktig for meg å spørre om dypere

forklaring og beskrivelser på områder som for eksempel hvordan henvisningen til PHBU foregikk.

Jeg valgte å ikke gjøre notater underveis i intervjuene for å være til stede for deltakerne. Jeg ønsket øyekontakt med deltakerne der jeg viste interesse for det de sier, men også for å kunne gi uttrykk for at jeg bekrefter at jeg lytter til det de sier ved å nikke. Jeg ble bevisst dette under første intervjuet, der jeg ofte bekreftet ved å si ”mhm”. Dette følte jeg var en forstyrrelse under intervjuet, og endret det til å nikke med hodet i stedet. Hvis jeg skulle ha skrevet notater underveis kunne det ha vært en forstyrrelse for deltakerne, ved at de kan bli opptatt av å se hva jeg skriver på arket. Jeg var også bevisst kroppsspråket under intervjuet. Jeg satt overfor deltakerne i fire av seks intervjuer, der jeg hadde intervjuguiden foran meg og ble servert kaffe. I siste intervjuet satt jeg og deltakeren ved siden av hverandre, men likevel vendt mot hverandre. Jeg satt godt tilbake i stolen med enten hendene på kaffekoppen eller hendene avslappet i fanget. Jeg var bevisst å ikke ha hendene i kors eller lene meg for langt fram, da jeg kan tolkes som enten å være uinteressert eller virke stressende. Ved å virke stressende kan det føre til at jeg ikke lar deltakerne fortelle fritt om sine opplevelser rundt temaet.

Jeg kunne merke forskjell på min trygghet i intervjuerrollen fra første intervju til siste. Jeg turte å la deltakerne stoppe opp og tenke seg om, før jeg stilte oppfølgingsspørsmål. Tenkepausene kan føre til gode refleksjoner fra deltakerne. Intervjuene var som en treningsprosess, der jeg fikk trene på hvordan jeg stilte gode spørsmål, hvordan jeg kunne skape gode relasjoner til de jeg intervjuet, og hvordan jeg kunne lytte oppmerksomt til det som fortelles (Thagaard, 2013). Intervjuene var utformet som delvis strukturerte, der intervjuene var formet som en samtale. Fordelen med samtalebasert intervju, er at jeg kan få bringe opp nye tema under intervjuet og tilpasse spørsmålene underveis. Jeg opplevde noen av informantene som mer ivrige på å snakke og gi beskrivelser enn andre. Jeg fikk et inntrykk av at jeg fikk en bedre relasjon til barnevernledere, da vi stort sett hadde samme utdanningsbakgrunn og snakket samme språk. Dette kan ha vært fordi jeg ikke hadde satt meg godt nok inn i veilederne til psykisk helsevern for barn og unge, men og fordi rollen til en psykologspesialist er ulik forskerrollen og en barnevernspedagog. Alle informantene hadde vært med på forskning før og visste stort sett hva de gikk til. Jeg kunne merke at noen ble positivt overrasket over intervjuet, da jeg stilte åpne spørsmål som tillot de å reflektere, men samtidig ble noen overrasket over at jeg ikke hadde en hypotese. Jeg lot deltakerne beskrive

hvordan de opplevde samarbeidet, kan ha ført til at de kjente på en form for trygghet. Jeg var ikke der for å finne noe som kunne fremheves på et negativt vis. Thagaard (2013) skriver det skal være en balanse mellom å lytte og spørre, og ha regi over intervjuet ved å vite når jeg skal bekrefte informanten og be om utdypende kommentarer. Jeg åpnet intervjuene med å fortelle litt om meg selv og hensikten med studien, og lot de snakke om sin utdanning og arbeidserfaring. Jeg avsluttet intervjuene med å la de få utdype noe som de mener er viktig å få med, men også stille de spørsmålet ”hvilket spørsmål ville du ha stilt dersom hensikten var å vite noe om hvordan samarbeidet mellom barnevernet og PHBU foregår?”. Jeg valgte å avslutte med et slikt spørsmål for å sikre at jeg hadde fått med det de mener er viktige elementer i et samarbeid.

4.4 Transkribering

Transkriberingen gjør intervjuene strukturert og bedre egnet for analyse (Kvale og Brinkmann, 2009). En tekstform av intervjuene kan gi bedre oversikt over innholdet og det er en del av selve analysen. Jeg ble anbefalt av min veileder å starte med transkriberingen av intervjuene rett etter de var gjennomførte. Etter første intervju transkriberte jeg intervjuet slik at jeg fikk en bevissthet på hvordan jeg stilte spørsmålene, om det var tema som jeg følte ikke ble godt nok utdypet og lignende. Da det var et kort tidsrom mellom første og andre intervju, fikk jeg forberedt meg på det jeg ønsket å endre på til andre intervjuet. Jeg overførte intervjuene fra båndopptakeren til en ekstern harddisk og lagret intervjuene i den rekkefølgen som de ble intervjuet i, eksempel: informant 1 osv. På grunn av anonymisering og konfidensialitet var det jeg som foretok hele transkriberingen. Jeg brukte god tid for å få med ord for ord som ble sagt under intervjuene. Der informantene lo, skrev jeg ”he-he”. Der informantene brukte kommunens navn eller ”barneverntjenesten i” ble erstattet med ”kommunen”. Det som ble sagt under intervjuene, som de påpekte jeg ikke fikk ta med i oppgaven, ble ikke transkribert. Tjora (2012) skriver det er vanskelig å være rent objektiv i transkriberingen. Det krever en bevissthet overfor dialektord, pauser, og ord som blir utelatt som gir en helhet i setningen.

4.5 Dataanalyse

Jeg har valgt å bruke Aksel Tjora sin analysemetode for kvalitativ data. Hans stegvis-deduktive induktive metode (SDI) jobber i etapper fra rådata til teorier (Tjora, 2012). Jeg har valgt hans analysemetode på grunn av at den tar utgangspunkt i hva intervjupersonen sier, og samler de tekstnære kodene i temaer som kan gi et grunnlag for hvilken teoretisk forankring

studien vil ha. Analysemetoden krever at jeg er åpen og kjenner til mine fordommer gjennom hele prosessen.

I kvalitativ analyse er målet å gjøre det mulig for leseren å få økt kunnskap om temaet det forskes på, uten å måtte gå gjennom de data som er generert. Jeg har valgt å bruke NVivo til å kode transkriberingen. I SDI-metoden setter man empirinære merkelapper, kalt koder, på en del av tekstutvalget. I NVivo kalles kodene for Nodes. Jeg hadde på forhånd lest gjennom transkriberingen og kodet teksten manuelt, før jeg startet med kodingen i NVivo. Dette gjorde jeg for å få en oversikt over innholdet i datamaterialet, og for å sjekke om kodene og nodes i NVivo var relativt like. I de tilfellene de ikke var like, gikk jeg tilbake til tekstutdraget og gjorde en vurdering om det var sammenheng mellom kodene og teksten. Tjora (2012) skriver det er en utfordring for studenter og forskere å ikke tenke variabeltenkning eller sortere datamaterialet ut i fra tema. Selv var jeg bevisst akkurat dette under kodingen. Jeg la vekt på å finne tekstmære koder, det vil si trekke koder ut i fra det informanten sier, ikke ut i fra hva jeg tolker er temaet i teksten. Slik jobbet jeg systematisk gjennom intervju for intervju. Antall koder varierte fra 70-100 avhengig av intervjuets varighet. For å kjenne igjen hvem den tekstmære koden tilhørte, brukte jeg I1 for informant 1 osv. Etter kodingen la jeg kodene over i et dokument og skrev de ut, før jeg startet det manuelle arbeidet med å sortere kodene i ulike kategorier. Det var kategorier som blant annet la vekt på hvordan informantene opplevde taushetsplikten i samarbeidet, hva som kjennetegnet barn de samarbeider om, og ulik forståelse av ansvarsfordeling og roller. Med utgangspunkt i kategoriene gikk jeg tilbake igjen til de tekstmære kodene for å skaffe en oversikt over hva essensen var. Her oppdaget jeg at essensen var lik i flere av kategoriene. Jeg jobbet meg systematisk frem mot fire hovedtema som representerer funnene i studien. Disse funnene er (1) barn som barnevernet og PHBU samarbeider om, (2) oppgaveforståelse og ansvarsfordeling, (3) kontakten mellom barnevernet og PHBU, (4) strukturer og rammer for samarbeidet. Studiens funn vil bli presentert i kapittel 5.

4.6 Metodiske refleksjoner

Olsen (2002, 2003) hevder at god kvalitet i en kvalitativ intervjustudie handler om graden av metodisk refleksjon. Det skal være mulig å følge veien fra da forskeren laget designet på studien til gjennomføringen av intervjuene, analysen og resultatene. Hensikten med etiske refleksjoner over egen undersøkelse, er at leserne skal kunne forstå i hvilken sammenheng resultatene skal betraktes. Gyldighet, pålitelighet og overførbarhet kan gi indikasjoner på

studiens kvalitet. For å kunne reflektere rundt studiens kvalitet må man ha en forståelse for begrepene (Tjora, 2012).

4.6.0 Studiens pålitelighet

Tjora (2012) hevder at pålitelighet i studien handler om å ha intern logikk gjennom hele forskningsprosjektet. Forskeren kan i flere tilfeller ha flere engasjement til tematikken, men en fullstendig nøytralitet eksisterer ikke. For å sikre en pålitelig oppgave er det viktig å reflektere over hvordan min posisjon, som forsker, kan prege forskningsarbeidet.

Konteksteffekten og undersøkereffekten har jeg reflektert rundt i kapittelet om gjennomføringen av intervjuene (4.3.2). For å sikre pålitelighet har jeg i metodekapittelet forklart nøyaktig hvordan jeg har gått frem fra rekrutteringsprosessen til hvordan analysen har forløpt. Jeg har brukt stegvis-deduktiv induktiv metode av Tjora (2012) for analyse av intervjuene, som er en metode der jeg har jobbet etappevis fra rådata til konsept eller teori. Metoden kan være en kvalitetssikring av resultatene gjennom den ”oppadgående” induktive prosessen fra rådata til teori, og den ”nedadgående” deduktive prosessen fra teori til empiri. Det kan også være en kvalitetssikring å gjøre båndopptak under intervjuene for å sikre meg en fullstendig gjengivelse av samtalene, uten at den formes av intervjuerens interesse (Jacobsen, 2010). De nøyaktige sitatene blir også brukt i de tekstnære kodene i analysemetoden for å være så nær empirien som mulig (Tjora, 2012).

4.6.1 Studiens gyldighet og overførbarhet

Intern gyldighet går ut på om resultatene oppfattes riktige (Jacobsen, 2010). Men hvordan kan jeg si noe om hva som er riktig og galt? Jacobsen (2010) skiller mellom objektiv og sosial virkelighet i forhold til hva som kan anses som riktig. Vi kan måle for eksempel blodtrykk og vekt på noen, mens den sosiale virkeligheten er fenomener som er konstruert. Vi kan måle den sosiale virkeligheten gjennom å se på antallet av hvor mange som har samme opplevelsen eller beskrivelsen av det kvalitative fenomenet, for eksempel vurderingene av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Intern validering eller gyldighetsvurdering kan gjøres gjennom å sammenligne resultatene mot andre og gjennom kontroll mot fagfolk, teori og annen empiri. I denne studien sammenligner og foretar en gyldighetsvurdering av lederne av barnevernet og lederne av PHBU sine vurderinger av det sosiale fenomenet samarbeid. Jeg kan likevel kan jeg ikke si at deres vurderinger er den absolutte sannhet. Jeg kan også bruke annen forskning på temaet og se på likhetene mellom resultatene for å øke gyldigheten, selv om studienes utgangspunkt ikke er lik. Som skrevet ovenfor bruker jeg SDI metoden av Tjora

(2012). Her foretar jeg en induktiv gyldighetsvurdering opp i mot teori og deduktiv vurdering fra teori ned til empiri igjen. Jeg bruker forskning på temaet som en kontroll av resultatene. Selv om det finnes tidligere forskning på temaet, finnes det også ulike aspekter i forskningene som gjør at det svekker gyldigheten ved å sammenligne mine resultater opp i mot annen forskning. Som forsker skal man også stille kritisk spørsmål om jeg har funnet de riktige deltakerne til studien. Tidligere i kapittelet reflektere jeg rundt hvordan jeg rekrutterte informanter. Et av kriteriene for å delta i studien var at de måtte være i en lederstilling i barnevernet eller i PHBU under intervjuene, og de måtte også ha erfaring fra samarbeid med barnevernet/PHBU. Alle informantene oppfylte kriteriene, men likevel var det en viss skjevfordeling blant antallet barnevernledere og ledere av PHBU som deltok. Siden jeg kun fikk intervjuet to ledere av PHBU, kan jeg ha fått et snevert bilde av hvordan de opplever og vurderer samarbeidet mellom barneverntjenesten og PHBU. Tre av barnevernlederne kom fra små kommuner. Her kunne jeg ha tenkt meg å intervju ytterligere en barnevernleder fra en stor/interkommunal kommune, for å se om det er et tydeligere skille mellom hvordan små og store kommunale barneverntjenester vurderer samarbeidet. Informantene ga detaljerte beskrivelser av deres vurderinger rundt temaet samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Av denne grunn vurderer jeg informantenes nærhet til temaet som gyldig. De ga ofte utfyllende beskrivelser, som ga meg et tydeligere bilde. Jeg fikk resultater som jeg ikke hadde forventet meg eller spurte om under intervjuet, som kan være en indikasjon på informantenes åpenhet. ”Informasjon fra flere uavhengige kilder gir en beskrivelse av fenomenet (Jacobsen, 2010, s.149)”. Med dette mener han at fenomenet ikke behøver å være mindre riktig, selv om det er ulike beskrivelser. Det kan heller være et tegn på ulik forståelse og tolkning som blir begrunnet gjennom eksempler. Det kan også gi en gyldighet til studien, ved at informantene hadde kunnskap om temaet. Fem av seks informanter hadde stort sett vært i samme jobben i over ti år. Det kan tyde på lang og bred erfaring på temaet, der de også kan ha vært med og opplevd utviklingen av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU.

Den eksterne gyldigheten eller overførbarheten handler om i hvilken grad resultatene kan generaliseres til andre (Jacobsen, 2010). Formålet med en kvalitativ studie er likevel ikke å måle omfanget eller hyppigheten av et fenomen, men heller å forstå og utdype begreper om fenomenet. Tjora (2012) skiller mellom tre former for generalisering; naturalistisk-, moderat- og konseptuell generalisering. Jeg velger å vurdere studien ut i fra konseptuell generalisering, da det er en av målene med SDI metoden. Konseptuell generalisering går ut på å fremstille resultatene i form av typologier, modeller og begreper. Konseptuell generalisering tar for seg

tidligere forskning og teorier som kan støtte opp under en større gyldighet og generaliserbarhet av studien (Tjora, 2012, s.215). Resultatene i studien vil mest sannsynlig ikke kunne generaliseres til en større populasjon. Jeg har valgt dybdeintervju av seks informanter, der hensikten var å få deres beskrivelser og vurderinger av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Resultatene kan likevel gi en form for utvidet forståelse og forklaring på hva de legger i samarbeidet.

4.7 Etiske refleksjoner

Etiske retningslinjer er ikke konstante, men områder som en forsker må forholde seg til og reflektere over gjennom hele intervjuundersøkelsen. Jeg har fulgt kravene til forskningsetiske retningslinjer. Det opereres med fire grunnleggende krav som bør tilfredsstilles; informert samtykke, konfidensialitet, konsekvenser ved å delta i studien og forskerens rolle (Kvale og Brinkmann, 2009). Jeg har i tillegg søkt om godkjenning til NSD (Norsk senter for forskningsdata) før jeg startet opp rekruttering av informanter (Vedlegg:3).

Nedenfor presenterer jeg kravet om informert samtykke, konfidensialitet og anonymitet, og kravet om å ivareta informantene. Kravet om refleksjon rundt forskerens rolle presenteres sammen med førforståelsen i eget underkapittel.

4.7.0 Informert samtykke

Informert samtykke innebærer å informere deltakerne om studiens formål. Det sikrer at informantene deltar frivillig og kan trekke seg fra studien når som helst (Kvale og Brinkmann, 2009). I forkant av rekrutteringsprosessen skrev jeg et informasjonsbrev, der jeg presenterte studiens bakgrunn og formål. I informasjonsbrevet beskrev jeg studiens tema, hvilke metode som vil bli brukt og hva det vil innebære å være deltaker i studien. Jeg ga en beskrivelse av hvordan intervjuene vil foregå, hva som vil skje med datamaterialet og hvordan jeg skulle ivareta deres anonymitet. Til slutt påpekte jeg at det var frivillig å delta i studien. Hvis de hadde ytterligere spørsmål, la jeg ved kontaktinformasjon til meg og veilederen (Kvale og Brinkmann, 2009). Informasjonsbrevet ble sendt på mail til alle aktuelle deltakere. Etter hvert som jeg fikk kontakt med barnevernledere og ledere av psykisk helsevern for barn og unge på telefon, viste jeg til mailen som jeg hadde sendt til de tidligere. Jeg sendte informasjonsbrevet i forkant slik at de kunne være forberedt da jeg ringte, og samtidig merke seg navnet da jeg presenterte meg som student fra NTNU. Samtykkeerklæringen ble innhentet skriftlig før gjennomføringen av intervjuene. Jeg informerte muntlig om studiens formål og gjentok at det var frivillig å delta.

4.7.1 Anonymitet og konfidensialitet

Konfidensialitet innebærer at datamaterialet som brukes ikke skal kunne gjenkjenne deltakerne. Dette betyr at datamaterialet ikke skal komme på avveie (Kvale og Brinkmann, 2009). Deltakernes navn kommer aldri fram under intervjuene, og de er anonymisert gjennom betegnelsene ”barnevernleder” og ”leder av psykisk helsevern for barn og unge”. Under intervjuene ble de spurt om deres utdanningsbakgrunn og hvor lenge de har jobbet i stillingen. Dette som en del av bakgrunnsinformasjonen. For å ivareta anonymiseringen av arbeidssted og kommune, ble det enten brukt betegnelsen ”PHBU” og ”barnevernet, eller ”kommunen”. Utenom den første telefonsamtalen til deltakerne har dialogen mellom meg og deltakerne foregått på mail. Jeg lagret aldri telefonnumrene til deltakerne, og mailene ble slettet i etterkant av intervjuene. Lydopptakene ble oppbevart på ekstern harddisk i et låst skap, og ble anonymisert under transkriberingen. Transkriberingen og lydopptakene ble oppbevart adskilt fra hverandre. Lydopptakene, transkriberingen og datamaterialet ble kun håndtert av meg, som gjennomfører masterprosjektet, og veileder. For at deltakerne skulle føle trygg og ivaretatt, ble de både skriftlig- og muntlig informert om håndtering av datamaterialet gjennom informasjonsbrevet og under intervjuene. Det krever en viss bevissthet knyttet til tolkning og håndtering av datamaterialet. Konfidensialitet er et etisk usikkerhetsområde, der anonymiteten skal være en beskyttelse for deltakerne. Siden deltakerne ikke er involvert som medforskere i studien, mister de muligheten til å si i mot utsagnene som blir brukt som funn (Kvale og Brinkmann, 2009).

4.7.2 Konsekvenser av å delta i studien

I en kvalitativ undersøkelse skal man ta hensyn til hvilke konsekvenser en deltaker kan risikere å få ved å delta. Summen av fordelene og betydningen av oppnådd kunnskap bør veie tyngre enn de mulige negative konsekvensene. Det er en del av forskerens ansvar å reflektere og informere om mulige konsekvenser (Kvale og Brinkmann, 2009). Hensikten med studien var å få ledere av barnevernet og ledere av PHBU til å beskrive sine vurderinger av samarbeidet mellom faginstansene. I informasjonsskrivet som ble sendt ut i forkant av rekrutteringen, informerte jeg om hva det vil innebære å delta i studien. Jeg forsikret informantene om at jeg ikke søkte etter helseopplysninger eller taushetsbelagte opplysninger. En konsekvens er at jeg tar opp informantenes arbeidstid og/eller fritid. Dette informerte jeg om da jeg skrev at intervjuet vil ha en varighet på 1-2 timer. I studien har jeg etterspurt ledernes beskrivelser av vurderinger og erfaringer rundt samarbeidet mellom barnevernet og

PHBU, noe som mest sannsynlig ikke vil gi noen konsekvenser ved deltakelse. Det er likevel mitt ansvar å sikre at tolkningene av resultatene blir gjort på en forsvarlig måte og med god etisk hensikt. Informantene kan få følelsen av at de har blitt misforstått, eller sitatene har blitt tolket feil. Det er derfor viktig å legge resultatene fram på en ydmyk og spørrende måte, der jeg beskriver min tolkning av funnene.

4.8 Førforståelsen og forskerens rolle

Førforståelsen er at vi allerede har en mening eller tanke om et fenomen, før vi undersøker det. Det er viktig å skrive om tankene og førforståelsen i oppgaven, slik at vi er kjent med vår førforståelse (Dallan, 2010). Dallan (2010) skiller mellom intervjuerens førforståelse og intervjupersonens førforståelse. Grunnen til at det reflekteres rundt førforståelsen, er at vi danner oss et utgangspunkt for intervjuet. Vi skal stille forberedt på de følelsene og opplevelsene som kan møte oss.

Da jeg hadde bestemt meg for temaet samarbeid mellom barnevernet og PHBU, hadde jeg allerede en førforståelse om at samarbeidet kanskje ikke fungerte som det burde. Jeg hadde lest en del forskning og rapporter om temaet tidligere, der det presenteres hva som kan hemme og fremme et samarbeid (Ødegård og Willumsen, 2011; Mugnusson og Lützén, 2009). Samtidig er det lagt frem i ulike rapporter om mangelfull oppfølging av barn og unge som er i barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (Kristofersen, 2009). Jeg har også blitt presentert for negative meninger og opplevelser rundt samarbeidet med PHBU i ulike jobbsammenheng, som kan ha påvirket min forståelse om at det er vanskelig å samarbeide med instansen. Jeg var bevisst på de negative omtalene om PHBU, og ble nysgjerrig på å høre om opplevelsene og vurderingene av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU med egne ører. Psykisk helsevern for barn og unge og barnevernet blir presentert som viktige samarbeidspartnere, og det er økt fokus på psykisk helse blant barnevernsbarn (NOU:22, 2009). Jeg kunne ikke la min førforståelse være basert på andre sine opplevelser, som kunne ha vært tatt ut av sammenheng. Det ga meg en motivasjon til å stille meg åpen til temaet, og heller fokusere på de faktiske beskrivelsene av hvordan ledere opplever og erfarer samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Jeg ble nysgjerrig på å høre meningene og følelsene som ligger bak disse vurderingene. Denne motivasjonen tok jeg med meg inn i intervjuene, og jeg tror det kan ha hjulpet meg til å oppdage nye sider rundt samarbeidet.

Intervjupersonens forforståelse kan være basert på tankene og oppfatningene av hva de tror venter dem. Dette kan være tanker om hva jeg som intervjuer vil stille spørsmål om, eller hva jeg er ute etter i studien. Det kan være oppfatninger som er knyttet til tidligere intervjuopplevelser og kanskje de er generelt skeptiske til studiens hensikt. En informant spurte meg om hun kunne stille meg et par spørsmål før vi startet intervjuet. Dette sa jeg selvfølgelig ja til. Hun ønsket å høre om hypotesen min. En hypotese som jeg skulle få bekreftet eller avkreftet. Jeg sa til informanten at jeg ikke hadde noen hypotese som utgangspunkt. Mitt utgangspunkt var en nysgjerrighet om hvordan lederne av barnevernet og PHBU beskrev sine opplevelser om samarbeidet. Jeg forklarte henne hensikten med studien, som tar utgangspunkt i selve samarbeidet mellom faginstansene, og ikke hva som fungerer og ikke fungerer. En annen informant fortalte meg at hun i forkant av intervjuet hadde tenkt ”jaja, det blir spennende å høre hva du har tenkt å spørre om”. Jeg opplevde at hun ble positivt overrasket av intervjuet. Hun sa til meg i etterkant at jeg stilte gode spørsmål, som belyste ulike temaer og ulike sider av et samarbeid. Hun sier videre at det jeg stilte spørsmål om kanskje kan gi noen svar på hva det er som må gjøres mer av i et samarbeid mellom barnevernet og PHBU. Slik jeg forstår de to informantene, hadde de gjort seg noen tanker i forkant av intervjuene. Jeg tolket alle informantene som at det var et viktig tema jeg belyste, og det ga meg en økt bevissthet på å være åpen for det arbeidet som lå foran meg, selve analyseprosessen.

”Forskerens rolle som person, forskerens integritet, er avgjørende for kvaliteten på den vitenskapelige kunnskapen og de etiske beslutninger som treffes i kvalitativ forskning (Kvale og Brinkmann, 2009, s. 92)”. Med forskerens integritet menes her kunnskap, erfaring, ærlighet og rettferdighet. Dette kan være viktig i et intervjuforløp, der intervjueren er selve redskapet for å innhente kunnskap. Det stilles krav til hvordan kunnskapen blir lagt frem, og at det som offentliggjøres blir presentert så nøyaktig som mulig og er så representativt for forskningsområdet som mulig. Funnene skal rapporteres og valideres, og det bør være etterprøvbart med hensyn til prosessen som fører frem til en konklusjon. Kvale og Brinkmann (2009) skriver at det er viktig å skille mellom handlingene bak forskningsatferden, om det er god oppførsel i moralsk forstand, eller om hensikten er å produsere betydningsfull kunnskap. Kvalitative intervjuer er interaktiv forskning i den betydning at forskeren kan la seg påvirke gjennom å identifisere seg med deltakerne, at det ikke blir opprettholdt en profesjonell avstand.

Tidligere har jeg skrevet at jeg ikke hadde noen kjennskap til informantene som deltok i studien. Jeg kan likevel kjenne på en form for kjennskap til barnevernlederne som deltok. Dette kan ha noe med utdanningsbakgrunnen å gjøre. Jeg intervjuet tre barnevernledere som er barnevernspedagog i bunn, fjerde barnevernlederen var sosionom. Jeg kjente på en trygghet under intervjuet, ved at jeg var kjent med hva informantene snakket om. Var det snakk om lovverk og paragrafer, visste jeg om disse. Var det snakk om kjente rutiner, kunne jeg også relatere det til min egen praksiserfaring. Men jeg tok ikke det informantene sa for gitt. Jeg hadde en bevissthet om å spørre, selv om jeg kunne tenke meg til svaret. Dette kan for eksempel være rutiner rundt henvendelse til PHBU og lovverk. Både for meg og for barnevernlederne kan det virke unaturlig å spørre spørsmål som det ligger oss naturlig å vite, men samtidig gikk jeg inn i rollen som en forsker som var nysgjerrig på feltet. Det opplevdes enklere å gå inn i den uvitende rollen under intervjuene med lederne av PHBU. Hvordan PHBU henvender seg til barnevernet, hvordan PHBU er bygd opp, rutiner og selve prosessen i en utredning og et behandlingsforløp var for meg ukjent. Det var en naturlig profesjonell avstand mellom meg som forsker og lederne av PHBU. Likevel fikk jeg et inntrykk av at enkelte spørsmål var innlysende, eller noe som jeg burde vite, dette ut i fra måten de svarte på. Hadde jeg ikke vært bevisst min rolle som forsker, kunne dette ha vært en situasjon som kunne ha preget intervjuet videre, med at jeg ikke hadde spurt om de mest innlysende spørsmål. Jeg opplevde meg selv om en åpen og nøytral forsker under intervjuene. På et vis utviklet jeg meg som forsker eller som intervjuer fra det første til de siste intervjuet. Bevisstheten lå på at jeg var åpen og nysgjerrig, og jeg ble overrasket over tema som dukket opp, uten at det var planlagt på forhånd. For å ivareta informantene og ha god oppførsel i moralsk forstand har jeg ovenfor gjort en nøyaktig beskrivelse av dataanalysen. I kapittel 5 hvor funnene blir presentert, har jeg brukt direkte sitater fra transkriberingen av intervjuene for å sikre meg gyldighet og etterprøvbarehet.

4.8.0 Ethiske refleksjoner rundt egen undersøkelse

”Ethiske overveielser skal gjennomsyre hele undersøkelsesprosessen, det må være noe vi har i bakhodet når vi tar våre metodiske valg (Jacobsen, 2012, s. 38)”. Selv om jeg foretar etiske vurderinger og refleksjoner som fører til metodiske valg, er det vanskelig å tilfredsstillere kravene fullt (Jacobsen, 2010). Når kan jeg være sikker på at informantene har forstått hensikten med studien? I hvilken grad kan jeg si at det er lav risiko for krenkelse ved å delta i studien? Dallan (2010) viser til noen etiske kontrollspørsmål for i størst mulig grad kan unngå

etiske problemer i forbindelse med studien. Deltakerne i studien blir berørt ved at jeg som intervjuer søker deres erfaringer og vurderinger av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Deltakerne har et ansvar å ivareta pasienter, klienters og samarbeidspartneres anonymitet, da instansene er underlagt streng taushetsplikt. Jeg anonymiserte barneverntjenestene og hvilken kommune de tilhørte, og jeg anonymiserte hvilke kommuner en PHBU-seksjon samarbeidet med. Det er mitt ansvar at det ikke er noen utenom utsagnets eier, som kjenner igjen det det refereres til. Samfunnet blir berørt i den forstand at jeg tar opp et dagsaktuelt tema, et tema som det er forsket på tidligere og som det er påvist mangler ved. Det er mitt ansvar å legge frem funnene i sin helhet, ved at jeg presiserer at det er min tolkning, og hensikten med resultatene er ikke å finne en synder i samarbeidet. I undersøkelsesprosessen har jeg vist respekt for de som ikke har ønsket å delta eller ikke har funnet tid. Jeg har på en forsiktig og hensiktsmessig måte tatt kontakt med aktuelle deltakere ved å først nå de på mail, deretter per telefon. Det kunne gå et par dager mellom hver gang jeg forsøkte å ta ny kontakt. Jeg har alltid spurt om de har hatt tid til å høre på hva jeg ønsker å forske på, jeg har presentert meg selv og hensikten med studien, og deretter begrunnet hvorfor jeg ønsker akkurat han/henne som deltaker. Deres rettigheter som anonymitet, konfidensialitet og frivillighet har jeg nevnt på telefon, mail før intervjuet og under selve intervjuet. Jeg har latt informantene stille spørsmål som de lurer på før intervjuet, og jeg har alltid forsikret meg om at det de har ønsket å formidle har blitt gjort. Deres opplevelser av intervjuet har kommet etter at båndopptakeren har blitt slått av. Informantenes beskrivelser av samarbeidet mellom barnevernet og PHBU har ofte basert seg på selvopplevde hendelser. Det kan være erfaringer fra tidligere jobb, nåværende jobb og erfaringer som både er knyttet til positive og negative hendelser. Jeg har søkt etter opplevelser som viser til et velfungerende samarbeid, der begge instansene ”drar i samme retning”, som en informant beskrev det. Jeg har også søkt etter erfaringer fra et samarbeid der det absolutt ikke fungerte. Beskrivelsene fra slike erfaringer kan basere seg på at det er noens skyld. Jeg må sikre at deres detaljerte beskrivelser ikke kan gjenkjennes i funnene. Jeg må ivareta informantenes beskrivelser og vurderinger, i den grad at jeg bekrefter at jeg lytter når de snakker. Jeg må også forsikre informantene om at deres privatliv blir ivaretatt, ved at de velger selv om private erfaringer skal utelukkes i studien. Noen av informantene kom med private erfaringer, som ikke ble tatt med i transkriberingen. Det ble spesifikt sagt at dette ikke må være med i transkriberingen. Selv om informantens erfaring hadde vært nyttig for undersøkelsen, respekterte jeg informanten og lot være å transkribere den delen. Jeg vurderer at informantene holdt seg innenfor den offentlige sfæren,

der de også var bevisste i sin rolle som leder av enten barneverntjenesten eller psykisk helsevern for barn og unge (Jacobsen, 2010).

Hensikten med studien er å utvikle en helhetlig forståelse av spesifikke forhold (Halvorsen, 2008). Jeg søker etter beskrivelser og vurderinger av temaet samarbeidet mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Kvalitativ metode vil derfor være den best egnede metoden for å svare på problemstillingen. Jeg ønsker å la deltakerne beskrive sine erfaringer knyttet til samarbeidet mellom faginstansene, når det vurderes at et barn har behov for bistand fra barnevernet og PHBU. Jeg ønsker å få en oversikt over hvilken rolle ledere av instansene har i et samarbeid, og hvordan det blir lagt til rette for samarbeid. Jeg har derfor valgt å intervju fire barnevernledere fra kommunale barneverntjenester og to ledere fra hver sin PHBU-seksjon.

5. Resultater

I dette kapitlet skal jeg presentere resultatene fra studien. Analysen har gitt meg et innblikk i hvordan ledere av barnevernet og ledere av psykisk helsevern for barn og unge vurderer samarbeidet når et barn har behov for bistand fra begge instansene. Lederne av instansene har lagt vekt på ulike temaer, som jeg tolker er deres kampsaker, men likevel er det stor enighet i at både barnevern og PHBU er viktige samarbeidende instanser for usatte barn og unge. Informantene beskriver ikke taushetsplikten som en utfordring for samarbeidet, derimot er kunnskap om hverandre en større utfordring. Resultatene nedenfor vil bli presentert under fire tema; (1) barn som barnevernet og PHBU samarbeider om, (2) oppgaveforståelse og ansvarsfordeling, (3) kontakten mellom barnevernet og PHBU, og (4) strukturer og rammer for samarbeidet.

5.1 Barn som barnevernet og PHBU samarbeider om

5.1.0 Hvem får bistand fra barnevernet og PHBU?

Når barnevernet eller PHBU henviser et barn handler det om barnets psykiske helse eller omsorgssituasjonen barnet lever i. Selv om det gjelder alle barn fra 0-18 år er det veldig få barn i alderen 0-5 år som henvises. De over 18 år som henvises er på vei over i voksenpsykiatrien. Barn som henvises til PHBU har en eller en annen form eller grad for psykisk utfordring. En barnevernleder beskriver de som *”(..) like ulike de som oss”*. Det kan være barn som gir tydelige uttrykk for depresjoner, skolevegring, emosjonelle vansker, det kan være de med en mer alvorlig psykisk lidelse som schizofreni og suicidalproblematikk. En barnevernleder beskriver selvsykdom som en folkesykdom, *”det er veldig mange jenter som selvskader seg og det synes å være smittsomt”*. Flere av barnevernledere hevder det blir henvist mange barn med atferdsproblematikk til PHBU.

”(..) atferd er det som kjennetegner de barna. Jeg er ganske så sikker på at 90% av sakene vi henviser og som kommer inn som bekymringsmelding til oss, jeg kan ikke gå god for det tallet, men altså overvekt er atferd. (...) Det barnet kan ha hatt det kjempevanskelig lenge, men der det blir et problem for omgivelsene, det er da det begynner å skje ting”.

En annen barnevernleder sier:

”hovedtyngden er nok ADHD, mange som kommer ut med den diagnosen”.

Tre av fire barnevernledere kan ikke si med sikkerhet om det er likt antall henvisninger på gutter som jenter, men hovedtyngden blant de henvisende er ADHD hos guttene. Det kan være litt vanskelig å forstå om informantene mener ADHD, når de bruker begrepet atferd her. En barnevernleder bruker begrepet som at det har blitt et problem for omgivelsene, mens en annen barnevernleder bruker ADHD som en utfordring blant gutter som kommer litt opp i alderen. Det kan tyde på at det er en forskjell mellom guttene og jentene som henvises. Guttenes utfordringen kan være atferden, mens jentene uttrykker seg gjennom selvskadning. Senere i kapitlet presenterer jeg funn med fokus på ADHD.

Når ledere for psykisk helsevern for barn og unge sender bekymringsmelding til barnevernet handler det om bekymring for omsorgssituasjonen til barnet, at barnet lider en overlast. Det er mer tydelig hvis det handler om vold og seksuelle overgrep. Det kan også være at barnet ikke blir fulgt opp til behandling, og foreldrene ikke ser nødvendigheten av behandlingen barnet får hos PHBU. En leder av PHBU vurderer samarbeidet mellom barnevernet og PHBU som veldig viktig i saker hvor problematikken er omfattende og sammensatt.

Omsorgssituasjonen til barnet kan variere fra henvisning til henvisning, men de aller fleste bor hjemme hos familien. En leder av PHBU sier det er vanskelig å beskrive hvilken problematikk som kjennetegner barn i fosterhjem og institusjon. Men hun stiller spørsmål om at en god del handler om tilknytningsforstyrrelser. En barnevernleder vurderer samarbeidet mellom instansene som mer omfattende når barn bor i fosterhjem.

”(...) Det som er litt mer krevende når barn bor i fosterhjem, (det) er med flere parter. Det er biologiske foreldre, fosterforeldre, eventuelle besøkshjem. Det er mange som kan ha behov for veiledning, men bor du hjemme så er det ofte enslig mor, far eller mor og far, det er litt færre parter i det”.

Hvordan barnevernlederne og lederne av PHBU vurderer samarbeidet mellom tjenestene når det gjelder barn i fosterhjem kan virke tvetydig. Begge lederne av PHBU mener det er viktig med samarbeid når barn er i fosterhjem, da situasjonen er mer omfattende og krevende. Likevel opplever barnevernlederne at de ikke kan bestemme at det skal opprettes ansvarsgruppemøte, noe som jeg kommer tilbake til i kapittel 5.3. I tillegg sier en leder av PHBU at de ikke kan samarbeide med fosterhjemmet uten tillatelse fra barnevernet. Det kan

virke som at PHBU mener det er viktig å jobbe med fosterhjemmet, mens barnevernlederne mener det er viktig å involvere andre parter som biologiske foreldre og besøks hjem, selv om det er mer krevende.

En leder av PHBU sier barn i fosterhjem og institusjon er høyprioritert.

”(..) barn under omsorg får aldri avslag. (..) når du sier barnevernsbarn til meg, så tenker jeg i den her sammenhengen barn under omsorg. (..) tiltak som barnevernet setter inn så kommer det på tiltak, det er så sjeldent at det er barnevern da. Da flytter de det til et tiltak”.

I følge den ene lederen har hennes PHBU-seksjon en avtale med barneverninstitusjonene i opptaksområdet om at institusjonen melder fra når det kommer nye ungdommer inn.

”(..)vi ser at nesten 100% har psykiske lidelser. (..) Det er ikke sikkert de blir henvist, men vi skal vite at de har fått en ny (ungdom). Slik at det kan komme. Så har vi en barnevernansvarlig, det er egentlig ikke pålagt enda, men vi har en som er barnevernansvarlig i den forstand at den har direktekontakt med institusjonene.”

Lederen av PHBU forteller her litt om alvorligheten til barn og unge i barneverninstitusjon. Selv om en barnevernansvarlig ikke er pålagt i PHBU, kan det tyde på at det er behov for en som koordinerer og har tettere oppfølging.

5.1.1 ADHD, traumer og alvorlig psykisk lidelse

Mine funn tyder på at det er tre psykiske utfordringer som går igjen i henvisningene til PHBU. Som skrevet tidligere er hovedtyngden ADHD. En barnevernleder sier at det er nærmest en bestilling på ADHD-medisiner. Selv om barnevernet får henvist barnet til utredning hos PHBU, vil utfordringene fortsatt være til stede når barnet kommer tilbake til barnevernet eller kommunen, *”(..) når du har fått den diagnosen og har fått den medisinen, så slipper oss ”taket”, men det er kanskje desto mer grunn til å fortsette og yte hjelp.”* Det kan virke som at ADHD er lett å henvise, og det er et enkelt alternativ ved å gi barnet medisin. Barnevernlederen trekker likevel frem, noe jeg tolker kan være vesentlig, at hjelpen behøves også etter at barnet er utredet. En annen barnevernleder sier det kan være en sorg for noen foreldre når barnet får diagnosen ADHD. Det krever at PHBU bistår med informasjon til

foreldre og barnet om diagnosen, og barnevernet bidrar til å optimalisere omsorgsbetingelene. En barnevernleder uttrykker sin mening slik: *”jeg tenker at uansett om det feiler et barn noe eller ikke, (...) barnet er likedan, du kan få roe han ned litt med Ritalin eller ett eller annet, men du er ikke ferdig med jobben fordi”*. En leder av psykisk helsevern for barn og unge mener det er lett å samarbeide med førstelinjen når det gjelder barn med ADHD. Hun beskriver førstelinjen (barnevernet) som skolert på saker som gjelder ADHD. Barnevernet har tilegnet seg en kompetanse selv. Likevel uttrykker flere av barnevernlederne at det er vanskelig å skille mellom ADHD som et uttrykk for omsorgssvikt eller en psykisk lidelse. En barnevernleder stiller spørsmål om barnevernet ikke undersøker godt nok om det kan være andre grunner til barnets uttrykk, før barnevernet henviser til PHBU. Slik jeg tolker barnevernslederne, er de usikre på hva som forårsaker symptomer som kan ligne på ADHD, det kan da være betryggende at en leder av PHBU sier de har et fokus på at ADHD kan være et uttrykk for noe annet.

Barn med traumer blir også henvist ofte til PHBU fra barnevernet. Barnet kan være traumatisert av omsorgssituasjonen eller av et brudd i familien som gjør at det har behov for terapi. PHBU kan utrede barnet for traumer, og må videre finne ut hvilket hjelpebehov barnet har. I barnevernets henvisning til PHBU bruker de begrepet traume. En leder av psykisk helsevern beskriver at traume har blitt et folkelig begrep, *”(..) vi snakker om å bli traumatisert av å stå i kø. (...) Vi tåler at folk kaller det for det, for det er vårt ansvar å finne ut av det uansett”*. Selv om barnevernet henviser barnet med symptomer som tyder på traumer, sier en annen leder av PHBU at de ikke kan behandle traumene hvis barnet fortsatt blir traumatisert hjemme. Det kan være at PHBU behandler traumer som kommer av at barnet er fysisk mishandlet hjemme, men barnet har ingen nytte av behandlingen hvis det fortsatt blir slått. Når det gjelder barn med traumer kan det virke som at barnevernet og PHBU er avhengig av begge gjør jobben sin, samtidig som at jobbene foregår parallelt. Barnevernet må sørge for at barnet ikke utsettes for hendelser som er bakgrunnen for traumene. PHBU må sørge for å beskrive omsorgsbehovene etter behandlingen av traumene, for at barnevernet skal gi forsvarlig hjelp.

Barn og ungdom som truer med å ta livet sitt, schizofreni, psykose og hallusinasjoner beskrives som alvorlige psykiske lidelser. Psykiske lidelser skaper utfordringer for både barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. PHBU tar en vurdering på om foreldrene

er i stand til å ta ansvar for barnet som stadig truer med å ta livet sitt, og som har gjort flere selvmordsforsøk. En leder av PHBU beskriver en sak der begge foreldrene har sykmeldt seg for å passe på barnet. Foreldrene lever i en utrygg hverdag, ” (...) vi kan vurdere om morgenen og tenker at det går bra, så kan hun ta livet av seg på ettermiddagen (...). Alle barnevernlederne og begge lederne av PHBU trekker frem prosjektet mellom Bufdir og Helseforetakene, som går ut på å bygge opp institusjoner som ivaretar barnevernsbarn med psykiske lidelser. En barnevernleder opplever at det ikke er et psykiatrisk apparat som håndterer de aller sykeste barna. Opplevelsen går ut på at PHBU har tatt kontakt med barneverntjenesten om at et barn med en schizofren tilstand ikke kan bo hjemme hos foreldrene. Barnevernlederen stiller spørsmål ved dette, om det forventes at et fosterhjem skal håndtere de aller sykeste barna? ”Det er en lang vei å gå, (...) i disse sakene blir det diskusjoner av (...)”. Det kan virke som at barn med en alvorlig psykisk lidelse er belastende for barnevernet og PHBU. En barnevernleder hevder

”(...) vi må starte på toppen og få institusjoner som er beregnet på de syke barna her. Det er et tomrom her da. Jeg forstår barne- og ungdomspsykiatrien og, for de har ikke institusjoner de heller, jeg forstår at de blir kjempefrustrert. (...).”

Slik jeg forstår barnevernlederne kan samarbeidet virke utydelig når det gjelder barn med alvorlig psykisk lidelse. Barnevernet og PHBU skal foreta vurderinger knyttet til alvorligheten rundt barnets psykisk helse, men også omsorgssituasjon. Kan foreldrene stå i omsorgssituasjonen, hvis ikke, er det slik at fosterforeldre eller beredskapshjem klarer å håndtere det? Det kan virke som at barn med alvorlig psykiske lidelser har både behov for barnevernet, samtidig som det har behov for en psykiatrisk behandling. Kan det være slik at barn med schizofreni og en psykose tilstand ikke har et omsorgstilbud? En barnevernleder beskriver sin opplevelse slik:

” Vi får en melding fra barne- og ungdomspsykiatrien at nå har det barnet her vært innlagt med oss, fått en diagnose, foreldrene vil ikke ha det for de synes det er skummelt. Ja, selyfølgelig er det skummelt, men da må kommunen på banen og gi de hjelp slik at de klarer å ivareta det barnet her. Det er ikke barnevernet sin greie, da er det spesialtjenesteloven, ikke sant. Da har du barn med spesielle behov, som ligger under et annet lovverk. Dette er veldig

vanskelig å få BUP til å forstå. For de tenker at foreldrene ikke vil ha de da er det barnevern”.

Slik jeg tolker barnevernlederen ligger utfordringene på ressursene både i kommunen og spesialisthelsetjenesten. Det kan også virke som at det er ulik forståelse på hvem som har ansvaret for barn med alvorlig psykisk lidelse. I kapittel 5.4.2 presenterer jeg funn som handler om ressurser og kapasitet i barnevernet og PHBU.

5.1.2 Prioriteringsveilederen

Psykisk helsevern for barn og unge følger en prioriteringsveileder når de vurderer hvor tidlig et barn har rett på helsehjelp. En barnevernleder opplever at de som regel får hjelp innenfor 30 dager, og *”er det litt heftig så kan man komme tidligere også”*. Ut i fra alvorlighetsgraden til barnets psykisk helse gir prioriteringsveilederen en anbefaling på rett til helsehjelp mellom 0 til 13 uker. Barn med mistenkt ADHD, som er godt i varetatt av førstelinjeapparatet og skolen, venter lengst på utredning og behandling fra PHBU. I følge en leder av PHBU er ventetiden maks 40 dager, der gjennomsnittet er 33 dager. De har jobbet systematisk med å få ned ventetiden, slik at de som har fått frist innen 10 uker kan komme inn etter 5-6 uker. *”Vi synes ikke barn skal vente så lenge. Vi avviker fra prioriteringsveilederen i positiv forstand”*. For at et barn eller ungdom skal få rett til helsehjelp må det ha en omfattende og alvorlig psykiatrisk problematikk, der hjelpen er til nytte. *”Hvis du ikke kan beskrive symptom, belastning og funksjonsfall hos barnet får de ikke rett til helsehjelp”*. I følge lederne av PHBU kan det virke som at barnevernet har utfordring med å beskrive disse symptombelastningene.

”(...) når vi får henvisninger fra barnevernet som beskriver en forferdelig historie, (...) om (at) far er i fengsel, mor har drukket og huset har brent ned, så må det være ille å være barn, men da må de skrive det. At barnet har angst, tisser på seg (...), deprimert og vil ta livet av seg, da kommer de inn”.

Det er PHBU som vurderer rett til helsehjelp ut fra henvisningen. Med utgangspunkt i barnevernets beskrivelser vurderer de om det er lett, moderat og alvorlig problematikk hos barnet. Det er ingen av barnevernlederne som nevner prioriteringsveilederen til PHBU under intervjuene. Selv om de opplever hjelpen og ventetiden som tilfredsstillende, kan det virke

som at de ikke kjenner til at PHBU vurderer ventetiden til barnet ut i fra prioriteringsveilederen og alvorlighetsgraden.

Ledere av psykisk helsevern for barn og unge er tydelige på at barn med lett problematikk er kommunens ansvar, de tar ikke inn disse barna.

”(..) mistet bestemora si for et år siden, har nylig mistet hunden sin, er kjempelei seg, skilsmisse, det kan være opphopning. Og så står det mange hendelser på en gang, som gjør at det barnet fremviser symptomer på depresjon. Det forventer vi førstelinjen tar seg av. Det er normalreaksjoner på en unormal situasjon.”

I den andre enden av skalaen der problematikken er alvorlig, er det barn som truer med å ta livet sitt, hallusinerer og mistanke om psykose. Ventetiden på slik problematikk er innen en uke. PHBU tar kontakt med familien samme dag en henvisning med slik alvorlighetsgrad kommer inn. Det vurderes som alvorlig hvis barn eller ungdom har vært i behandling tidligere, men ikke hatt effekt eller situasjonen har forverret seg. Ser man uttrykk der barnet slutter på skolen og fritidsaktiviteter og stenger seg inne, er det alvorlige symptom hos barnet. PHBU har et samfunnsansvar å fordele pengene som tildeles Spesialisthelsetjenesten på rett måte, til de som trenger det mest og til det beste for pasienten.

Slik jeg tolker lederen av PHBU blir det ikke gitt tydelige beskrivelser av barnets symptomer fra barnevernet. En barnevernleder sier det enkelte ganger er åpenbart at det handler om psykisk helse hos barnet når de vurderer å sende henvisning til PHBU. Det kan være tilfeller der barnet truer med å ta livet sitt. Barnevernlederen beskriver at barnevernet skal krysse av de tre viktigste symptomene barnet uttrykker;

”for eksempel depresjon, angst og forskjellig. Noen ganger er det litt vanskelig å vite det, men du må ta det du tror ligner mest da. (...) så må en beskrive hvem andre som har vært inne i saken, hva er gjort lokalt på forhånd. Så skal de ha full oversikt over familie, hvem dem bor hos, kontaktpersoner i nettverket, på skolen og andre plasser”.

En annen barnevernleder opplever at barnevernet har blitt flinkere til å vurdere om barnet burde henvises til PHBU eller ikke. Alle barnevernlederne trekker frem at det er de som ledere som undertegner henvisningen til PHBU, men det er enten kontaktpersonen som

kjenner barnet best som fyller ut henvisningen. En annen barnevernleder sier det er vanskelig å være spesifikk i henvisningen til PHBU og at de bruker tid på den. Det kan virke som at det er ulik opplevelse rundt å sende henvisning til PHBU. Enkelte barnevernledere skriver under henvisningen, mens andre skriver henvisningen sammen med kontaktpersonen. I en barneverntjeneste beskriver barnevernlederen at de har fokus på å skrive nøytrale henvisninger. Hun mener barnevernet har mye å hente på akkurat på dette området.

”(...)vi skal beskrive fakta. Fakta er at barnet ikke går på skolen, fakta er at barnet her ikke har språk. (...) så er det litt opp til BUP å finne ut hva er det her et uttrykk for”.

Som skrevet ovenfor blir ikke prioriteringsveilederen nevnt under intervjuene med barnevernlederne. Jeg stiller derfor spørsmål om barnevernets henvisninger kan ha vært mer beskrivende, hvis de har hatt kjennskap til at PHBU vurderer ventetiden til barnet ut i fra prioriteringsveilederen og alvorlighetsgraden?

5.2 Oppgaveforståelse og ansvarsfordeling

5.2.0 Ledernes opplevelse av mandatet til barnevernet og PHBU

Flere av informantene forteller om en uenighet mellom barnevernet og PHBU om hvor barnet skal bo. PHBU kan mene at foreldrene er gode omsorgspersoner og barnet fortsatt kan bo hos biologiske foreldre. Barnevernet på sin side kan mene at barnet burde flytte til barneverninstitusjon eller fosterhjem på grunn av foreldrenes omsorgsevne. Alle barnevernlederne forteller at PHBU ikke er lenge nok inn i saken, og instansene stiller urealistiske forventninger til hverandre. En barnevernleder sier de kan unngå uenighetene hvis de har rollefordelingen klart for seg. *”Det der har du kompetanse på og ansvar for, og det her er mitt.”* Likevel blander instansene seg inn i hverandres fagfelt, der PHBU kan mene at omsorgen er dårlig, mens barnevernet mener omsorgen er god. Barnevernets grunnoppgaver er å finne ut om barnet har en god nok omsorgssituasjon. En barnevernleder beskriver hvordan de gjorde det:

”Vi må innhente fra ulike instanser, da sitter vi igjen med ulike bilder av et barn som vi kanskje tenker har ADHD, eller kanskje har det barnet en annen diagnose, (...) altså vi kan ikke vite på en måte. Vi må utelukke at det er noe genetisk med det barnet, før vi på en på måte kan si nei, det her er foreldre som faktisk ikke duger. (...) BUP er en veldig viktig

instans for oss, for veldig mange av symptomene på omsorgssvikt er lik symptomene på enkelte diagnoser.

Barnevernlederen forteller her om hvilken kompetanse PHBU innehar. Selv om barnevernet skaper seg et bilde, sier barnevernlederen at de ikke kan utelukke noe hvis de er usikre på om atferden kommer fra omsorgssituasjonen eller er som følge av barnet diagnose. En barnevernleder opplever at flere av samarbeidspartnerne ikke er ydmyke overfor den jobben barnevernet gjør. PHBU kan mene noe om hvor barnet skal bo, men barnevernet kan ikke stille spørsmål om medisineringen av et barn. Barnevernlederen beskriver en situasjon der barnevernet er hyppig inne i familien hvor de er usikre på om omsorgen er god nok. *”Vi ser faktisk samspillet, (...) vi er med når de kjører til barnehagen, når de legger de (barn), vi ser det virkelige livet.”* Ved slike uenigheter om hvor barnet skal bo eller om omsorgssituasjonen er god nok, kan få ringvirkninger til neste sak de samarbeider om. En leder av PHBU opplever samarbeidet med en barneverntjeneste som at det skjer for lite, det går for treigt, barnevernet forstår ikke alvoret. Flere av informantene unngikk å bruke begrepet konflikt, de mente det heller var uenigheter og utfordringer i et samarbeid. Uenighetene om at det går for treigt i en barneverntjeneste og at forventningene er for stor i en annen, kan sees i sammenheng med anbefalingene PHBU gir barnevernet. Alle barnevernlederne trekker frem utfordringene som oppstår når PHBU vurderer at saken kan ordnes lokalt i kommunen. En barnevernleder sier at problematikken i enkelte saker er over deres kompetanse, og en annen barnevernleder sier de forventer mer kompetanse enn hva de selv innehar i et samarbeid med PHBU. Likevel kan PHBU gi avslag på enkelte saker selv om de vet at det ikke blir ordnet lokalt.

”Det som er vondest, sånn etisk, det er og måtte gi avslag på saker når vi vet at det ikke er noen ut i kommunene som tar det. Det syns jeg er ille. Ser at her er det et barn som har det vondt og en familie som trenger hjelp, og vi kunne ha gitt den hjelpen, vi har kompetanse til det, men det er ikke vår oppgave. Det skal løses i førstelinjen.”

Lederen for PHBU forteller ikke hvor ofte de gir avslag på en sak de har kompetanse på, der saken skal løses kommunalt. Det kan tyde på at hun skiller tydelig på hva som skal løses lokalt og hva PHBU kan løse. Hun forteller helle ikke noe om at PHBU gir avslag på saken med anbefalinger på hva førstelinjen kan gjøre videre. Det kan forstås som at barnevernet og

PHBU har ulik forståelse for hva som er barnets behov. Hvis lederen av PHBU vet at ingen i førstelinjen tar hånd om saken, hvem tilbyr hjelp til barnet og familien etter avslag fra PHBU?

Lederne av PHBU opplever at når barnevernet henviser til utredning og behandling, legger de bort saken. Barnevernet sender saken over til PHBU, for å få bort enkelte saker. En av barnevernlederne ser seg helt uenig i dette, mens en annen barnevernleder beskriver at de henlegger saken med en henvisning til PHBU, *"(...)Det er en sak som vi tenker det her er ikke barnevern. Omsorgen er god nok, vi tenker at den atferden eller den problematikken barnet har handler ikke om omsorgen, men kommer av en diagnose."* En leder av PHBU sier de ikke har lov til å avslutte en sak selv om de sender en bekymringsmelding til barnevernet. Selv om instansene henviser eller sender en bekymringsmelding, betyr ikke det at de ikke kan jobbe med sitt. Barn og familier kan ha behov for støtte underveis. Flere av barnevernlederne og en leder av PHBU sier at instansene jobber parallelt selv om det er et samarbeid. En barnevernleder oppsummerer betydningen av klargjøring av ansvarsområder:

"Jeg tenker at noe av det viktigste er (...) hvem gjør hva i forhold til det her barnet, og at det er veldig tydelig overfor foreldre og overfor barnet og ungdommen, slik at de vet på en måte hva som skal skje fremover nå. Det tenker jeg er det aller viktigste overfor samarbeidet.(...) slik at vi ikke ender opp med dobbeltarbeid eller at ikke noe blir gjort".

Et annet funn som det er en enighet blant barnevernlederne om er at PHBU trekker seg ut for tidlig. Det har skjedd en endring over tid. PHBU jobbet mer utadrettet før, ut i kommunene og deltok på tverrfaglige møter, forteller en leder av PHBU. *"Nå skal vi være mer sykehus-aktig egentlig, sitte her og ta i mot pasienter, og dra ut i den grad vi må selvfølgelig, men ikke mange ganger per sak og sånn."* Selv om hovedansvaret i en sak er på kommunen eller barnevernet, ønsker fortsatt barnevernet at PHBU kunne ha vært inn i saken lengre, og over tid, *"Vi må få den hjelpen vi kjenner på at vi trenger, når vi trenger den"*. En barnevernleder sier at barnets behov for PHBU vil variere ut i fra hvilke vurderinger en kontaktperson i barnevernet foretar seg. En nyansatt vil ha større behov for bistand fra PHBU enn en som har jobbet i 15-20 år. En annen barnevernleder beskriver endringen i PHBU som en trend, *"raskt inn, raskt ut. (...) Du er inne og kartlegger og utreder, og du kommer ut med en diagnose. Så er det kommunen sitt ansvar å følge opp de her barna videre"*. Flere av barnevernlederne opplever dette som en utfordring og en uenighet mellom barnevernet og PHBU. En leder av

PHBU opplever også at uenigheten er størst når saken skal avsluttes, når PHBU vurderer å trekke seg ut av samarbeidet. Begge lederne av PHBU sier det er på bakgrunn av problematikken i saken når PHBU vurderer å trekke seg ut. *”(...) Så skal vi være inne til det ikke er behov for oss lengre, til at vi mener de kan ta over selv. (...) Noen er over år, noen er selyfølgelig mye kortere”.*

5.2.1 Ledernes rolle i et samarbeid

Ut i fra analysen kom det frem at lederne av psykisk helsevern for barn og unge og barnevernlederne vurderer sine roller som ulike på enkelte området. Barnevernlederne og lederne av PHBU godkjenner og skriver under på henvisningen/bekymringsmeldingen som blir sendt. Det er likevel den som kjenner barnet best som skriver henvisningen/bekymringsmeldingen. Det viser seg også at rollen i et samarbeid er avhengig av hvilken problematikk det er snakk om, hvor komplisert og utfordrende saken er for saksbehandlerne i barnevernet og PHBU. En leder av PHBU beskriver en slik situasjon:

”Det var i en kommune hvor det var en ungdomsgjeng som samlet seg, som utviklet seg veldig-veldig uheldig. Hvor politi og barnevernet og sånn. (...) Det er det beste eksempelet på godt samarbeid. Da hadde vi oppfølgingsmøter, vi ordnet mye med fritak av taushetsplikten gjensidig og veldig åpne oppfølgingsmøter hvor vi la planer, både BUP og barnevernet, og skole faktisk, som fulgte opp gjennom en periode.”

Begge lederne av PHBU beskriver at de også er involverte i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU i saker hvor det oppstår samarbeidsproblemer, som for eksempel når en behandler har vært sykmeldt en stund eller borte, og barnevernet ikke er fornøyd. Lederne av PHBU kjenner ikke direkte til barna som instansene samarbeidet om i like stor grad som barnevernlederne sier at de gjør. Selv om barnevernlederne ikke skriver selve henvisningen, er deres rolle å følge opp kontaktpersonene i barnevernet når de vurderer å henvise til PHBU. En barnevernleder i en større kommune har ofte en fagleder som kobler seg på samarbeidssaker som oppleves problematiske, mens i en mindre kommune deltar barnevernlederen selv. *”Jeg har aldri noen direkte kontakt med BUP selv, det er på en måte de andre som har. Jeg har fagledere under meg igjen som kan være med på møter hvor det er store utfordringer”.* En barnevernleder beskriver at det blir mer tyngde i uttalelsene når en leder deltar i et møte. Lederne av PHBU og lederne av barnevernet har et mer overordnet

ansvar der de må legge til rette for samarbeid mellom instansene. En barnevernleder sier: ”Jeg har ansvar for at vi jobber tverrfaglig, min oppgave er å sørge for at kontaktpersonene får opplæring på hvordan kommunen velger å gjøre samarbeidet (...)”. En leder av PHBU beskriver at hennes oppgave er å legge til rette for samarbeid på systemnivå. ”(...) viser til alle retningslinjer, lovverk, det er mitt ansvar å sørge for at folk har kunnskap om (det), (...) det er mitt ansvar å ha internkontroller på de rutinene vi har, at vi følger den praksisen vi har satt vi skal gjøre”. En annen barnevernleder sier hun har en delt rolle, i den forstand at hun både er barnevernleder og saksbehandler i enkelte saker. Hun er med som leder i enkeltmøter når det er omfattende problematikk eller at noe skal informeres om.

5.3 Kontakten mellom barnevernet og PHBU

5.3.0 Ulike typer samarbeidsmøter mellom barnevernet og PHBU

Samtlige informanter trekker frem betydningen av treffpunktene i et samarbeid. De trekker frem de ulike møtene som en arena for å bli kjent med hverandre og ha drøftinger om samarbeidets objekt. Informantene bruker ulike begreper som treffpunkter, samarbeidsfora, arena, forum og møter når de snakker om ulike typer samarbeidsmøter mellom barnevernet og PHBU. Slik jeg forstår informantene kan det blant annet være snakk om samarbeidsmøter, ansvarsgruppemøter og møter mellom lederne i instansene. Jeg velger å bruke *møter* som en fellesbetegnelse for møtene mellom barnevernet og PHBU. Der informantene selv bruker et mer tydelig begrep på hvilke type møte de snakker om, vil jeg bruke det begrepet. For eksempel ble barnevernet invitert til et møte hos PHBU der de drøftet den diagnostiske vurderingen av barnet.

Med samarbeid på systemnivå kan innstillingen ”*det er krig, det er oss og dem*” forsvinne. En leder av PHBU trekker frem kjennskap til hverandre som en viktig faktor for et godt samarbeid. At partene møtes og kjenner ansiktene på hverandre. Hun forteller videre at før en omorganisering i en kommune, hadde PHBU og barneverntjenesten faste konsultasjoner med hverandre. Kommunen mente det ikke var riktig bruk av tiden, og sluttet med møtene. Møtene gikk ut på å drøfte barn anonymt på førhenvisningsnivå. I forhold til selve samarbeidet mellom barnevernet og PHBU foregikk møtene på ledernivå. Selv om det var en omorganisering i kommunen startet møtene opp igjen med faste møter hver sjette uke. Det varierer om PHBU drar ut til kommunen eller barnevernet kommer til PHBU. Seksjonslederne og faglederne deltar sammen med teamledere i barnevernet. Hensikten med

møtene er å forme samarbeidet, frekvensen, hvem skal møtes, hvem skal koordinere og skal det settes opp sakslister. En samarbeidsavtale mellom PHBU og barneverntjenesten varierer fra seksjon til seksjon og kommune til kommune, ”(...) *det er ulike behov. Det er ikke slik at vi kan sy alle avtaler på samme ”læsten”*. En annen leder av PHBU savner samarbeidsfora på ledernivå, det samme gjelder en barnevernleder, ”(...) *det er sikkert opp til meg å prøve antagelig, men det er noe med å ha tid til det*”. En barnevernleder trekker frem faste møter mellom PHBU og kommunen en gang i måneden, der to behandlere fra PHBU reiser ut til kommunen.

” (...) *alle må melde opp til sekretæren her, hvem de tenker skal meldes opp på det møtet, så organiserer hun møtetidspunkt og avtaler med BUP, slik at de personene fra BUP blir satt opp på ulike møter, så det er egentlig, ja, skole, barnehage, SFO, besøkshjem, fosterforeldre, foreldre, barn, ungdom.*

Barnevernlederen beskriver at de må prioritere de mest alvorlige sakene på slike møter. En annen barnevernleder forteller at barneverntjenesten ikke har vært inn i noen faste møter den siste tiden på grunn av lite kapasitet i barnevernet, avlysninger og behovet for å delta på møtene, men (...) *jeg tenker at det er noe som burde vært oppe å gå igjen*”. Slik jeg forstår informantene, er det ulikt hvordan samarbeidsmøtene mellom barnevernet og PHBU blir organisert. Det kan virke som at møtene ikke er fast organisert, og mye er opp til hver enkelt leder, både i barnevernet og PHBU. En leder av PHBU forteller de har faste møter på systemnivå, der ledere og fagledere møtes og diskuterer rammene for samarbeidet. En barnevernleder forteller at de har hatt fagdager med personalet på PHBU der barnevernet snakker om hvordan barnevernet jobber; ”*vi legger frem caser og så prøver vi å jobbe oss gjennom og ser på hva som kan skje, også speiler vi litt hvilke utfordringer vi kan ha i barnevernet med å fortelle de ting*”. Det er litt vanskelig å vite hva barnevernlederen her mente med ”ting”, men slik jeg forstår forteller barnevernet om utfordringer fra ulike situasjoner. Jeg tolker det her som et møte der PHBU blir bedre kjent med barnevernet.

Når samarbeidet handler om fosterbarn er det et oppstartsmøte der barnevern, PHBU, foreldre, fosterforeldre og noen ganger er barnet også med, for å sette fingeren på hva som må gjøres og behovet til barnet. Alle informantene trekker frem samtykke fra foreldrene hvis barnet fortsatt bor hjemme, som en viktig faktor. Med samtykke fra omsorgspersonene kan

instansene treffes og dele informasjon i ansvarsgruppemøter, planleggingsmøter og fagmøter. En barnevernleder forteller at premissene for samarbeidet kan endre seg etter hvem som har tatt initiativ til samarbeidet, ”(...) *da er det vi som søker inn i deres domene, (...) da blir vi deltakere gjennom ansvarsgruppen*”. Likevel handler samarbeidsmøtene om å treffes og drøfte når saken og samarbeidet går bra, (...) *ikke bare jobbe sammen når det er krise*”. Det handler om å snakke om hvorfor samarbeidet fungerer, hva er det som gjør at det går bra, men også være forberedt på perioder der samarbeidet møter utfordringer.

I en barneverntjeneste har de en politikk på at det alltid skal være ansvarsgruppemøte når det er barn i fosterhjem. Barnevernlederen sier at PHBU alltid sitter i den ansvarsgruppen, men barnevernet får litt ”pes” fra PHBU, som mener at barnevernet ikke kan bestemme at PHBU skal delta i alle ansvarsgruppemøtene.

Det kan virke som at rammene og føringene for hvordan samarbeidet skal foregå, baserer seg på hvem som initierer til samarbeid. Slik jeg tolker barnevernlederen ovenfor endrer samarbeidet seg etter hvem som ”leder” eller ”eier” samarbeidet. Slik jeg forstår det, handler dette om hvem som var først inn i samarbeidet, og hvilken instans som har invitert en annen instans inn i samarbeidet. Blir barnevernet invitert inn i et allerede påbegynt samarbeid mellom PHBU og en annen instans, er samarbeidet på PHBU sine premisser. Blir PHBU invitert inn i et samarbeid med barnevernet, leder barnevernet samarbeidet. En barnevernleder og en leder av PHBU forteller at de savner møter på ledernivå, men at det er de som må initiere til det også. Likevel kan det virke som at det er tvetydige meninger knyttet til de ulike typer møtene mellom barnevernet og PHBU. Verken barnevernet eller PHBU initierer til å opprette felles treffpunkter og møter, som for eksempel møter mellom lederne i instansene, men de vil heller ikke samarbeide på hverandres premisser.

5.3.1 En profesjonskamp mellom barnevernet og PHBU

Uenighetene knyttet til ansvarsområdene trekkes også litt inn under funnet som forteller at det kan oppstå en profesjonskamp mellom barnevernet og PHBU i et samarbeid. Det kan bli en utfordring for familiene hvis samarbeidspartene diskuterer hvem som har hovedansvaret i samarbeidet, hvem skal lede møtene, hvem skal koordinere og hvem skal skrive referat. Profesjonskampen kan basere seg på uenigheter rundt omsorgsferdighetene til foreldrene og hvilket omsorgsbehov et barn har. En barnevernleder forteller at ” (...) *vi opplever når de*

(familien) kommer til BUP så blir det litt mer sånn, voksenperspektivet blir veldig langt fram, men vi er mer sånn at vi skjønner foreldrene er slitne, men barnet får faktisk ikke dekket sine omsorgsbehov her (...).” Når barnevernet er inne i et samarbeid med PHBU, er det som regel et vedtak om omsorgsovertakelse som foreligger. Når det samarbeides om fosterbarn er det barnevernet som tar ansvar for å koordinere ansvarsgruppen, lede møtene og skrive referat. Til forskjell fra samarbeid om et fosterbarn forteller en barnevernleder at:

”I de sakene der det er hjelpetiltak, der barnevernet ikke har omsorgen, da er det litt sånn, ja, hvem er det egentlig som eier den gruppen her og hvem er det som koordinerer. Da er det litt mer knuffing (...). Folk prøver å komme seg litt unna.”

En leder av PHBU forteller at de ble kritisert tidligere da de brukte argumentet om at de ikke kunne jobbe med saken fordi omsorgssituasjonen var uavklart. Lederen av PHBU tror at noen kritiserer de for det fortsatt. En barnevernleder opplever at det har skjedd en endring hos PHBU akkurat her, *” det har endret seg altså. Der skal BUP ha skryt, for det hører vi nesten aldri mer.”* Som skrevet tidligere kan det være en ulik forståelse mellom PHBU og barnevernet når det gjelder ansvarsområder. To funn skiller seg ut her; hvor barnet skal bo – barneverninstitusjon, fosterhjem eller tiltak i hjemmet, og barn med alvorlig psykiske lidelser. En leder av PHBU forteller at det er vondt å gi avslag på henvisninger, som de har kompetanse til, men ansvaret ligger på førstelinjen og der er det ingen som tar ansvar. En barnevernleder forteller at uenighetene kan oppstå først etter at et samarbeid har påbegynt. Hun opplever at barnevernet og PHBU har ulik forståelse for hvem som skal jobbe i saken og hvordan instansene skal jobbe. Et samarbeid krever avklaringer i forhold til dette gjennom rammer og avtaler. En annen barnevernleder beskriver utfordringene som oppstår når det ikke er et omsorgstilbud til barnet. *”Vi blir helt maktesløse på alle sider. Foreldrene er slitne, barnet har utviklet seg dårligere og dårligere, BUP vil at barnevernet skal sette inn tiltak, og barnevernet vil at BUP skal sette inn tiltak.”* Samtlige av informantene trekker frem at det er behov for spesialinstitusjoner for barn og ungdom som har behov for den miljøterapeutiske behandlingen i barnevernet, i tillegg til psykiatrisk behandling for psykiske lidelser. En barnevernleder forteller *”det er ofte der man lurert på om er det helserelaterte ting eller er det omsorgsrelaterte ting. Så er man kanskje litt uenige om det. Hva kommer først og sist? Det er kanskje noen som kan falle litt mellom.”* Det kan virke som om usikkerheten rundt barn og

ungdoms omsorgsbehov og behov for psykiatrisk behandling, gjør at det er betydelig behov for en institusjon der barnevernet og PHBU samarbeider.

En leder av PHBU sier det krever mer samarbeid i de sakene som er mer utfordrende og komplekse. Det gjelder å få frem sin forståelse og skjønne den andre instansens forståelse. En barnevernleder reflekterer rundt dette:

”Jeg tenker at BUP og barnevernet har ganske forskjellige roller, så det handler like mye om å få en felles forståelse, (...) om det ikke er utfordring så er det vertfall noe man må ha fokus på. Ha en felles forståelse for hvorfor problematikken er som den er, for at vi skal kunne jobbe godt parallelt. Ikke ha flere parallelle tiltak inne som krasjer, eller at vi har god informasjonsflyt, og det er klart innimellom kan være utfordrende fordi med ulikt lovverk er det også ulik taushetsplikt. (...) Det kan være saker hvor det er konflikter eller der det er utfordringer i samarbeidet med foreldre, (...), at det og blir utfordringer i det offentlige samarbeidet, fordi at det er hindringer i forhold til hvilken informasjon som kan utveksles.”

Et funn viser at det er ulike meninger om hvor man skal starte for å få til et godt samarbeid mellom barnevernet og PHBU. En leder av PHBU sier man burde starte på bunn med den enkelte behandler og barnevernsarbeider, men det krever også at det er forankret hos ledelsen. Endringer krever støtte og et ønske fra ledelsen om et godt samarbeid, både hos barnevernet og PHBU. For å ivareta et godt samarbeid mener en barnevernleder at det er fokus på opprettholde felles møtene som har vært og er i dag. Det er viktig for å sikre informasjonsflyten. *”Det handler om å snakke sammen.”* En annen barnevernleder mener endringene må komme fra toppen. *”Vi må gjøre mer av det som fungerer, og mindre av det som ikke fungerer.”*

5.3.2 Kunnskap om hverandre

Både barnevernlederne og lederne av PHBU trekker frem at kunnskap om hverandre har betydning for samarbeidet. Ikke bare er personlig kjennskap viktig, men også kunnskap om hva den andre instansen kan tilby. Kjennskap til hverandre kan være avhengig av stabiliteten i tjenestene. Tre av fire barnevernlederne opplever at sin barneverntjeneste har stabil bemanning, mens en leder av psykisk helsevern for barn og unge forteller at *” (...)det er 30 % gjennomstrømning i året”*. Dette kan ha noe med at noen av ansatte i PHBU tar en

videreutdanning som krever ett års praksiserfaring fra for eksempel i voksenpsykiatrien eller i barnepsykiatrien. *"Alle som er med i et løp, der er det stadig en runddans. Det hører med til hverdagen"*. En barnevernleder opplever at PHBU er mer stabil enn barneverntjenesten, *"(...)barneverntjenesten har ekstrem høy turnover i forhold til andre yrkesgrupper"*. I et samarbeid mellom barnevernet og PHBU kan terskelen for å ta kontakt øke dersom noen ikke har vært i kontakt med den andre instansen før. Dette kan gjelde de som er nyansatte i tjenestene, som bruker tid på å lære seg å kjenne den andre instansen. Vet man allerede litt om hvem som kommer på samarbeidsmøtene, er det lettere å samarbeide. En barnevernleder trekker frem at det er både positivt og negativt for et samarbeid at man kjenner hverandre godt. Bare i løpet av ett år har barnevernet og PHBU samarbeidet om mange saker, der de kan ha opparbeidet seg positive erfaringer fra samarbeidet. Når det kommer en sak hvor samarbeidet ikke fungerer, har instansene likevel tidligere erfaringer å se tilbake på. Det kan likevel virke utviklende for et samarbeid å få inn nye perspektiver. I et samarbeid som ikke fungerer, forteller en barnevernleder at samarbeidspartene likevel må ha respekt for hverandres kunnskap. Kunnskap om hverandre kan handle om hvor godt de kjenner til hverandres lovverk, arbeidsområde og sentrale føringer. Sentrale føringer som at mer og mer skal over i kommunen, *"(...) skal tidligere ut av BUP enn hva det kanskje har vært før, og så er kanskje ikke kommunen klar for det"*. En leder av PHBU beskriver at det er muligheter og anledninger, men er likevel *"for lite orientert hva den andre driver med, (...) burde kanskje vært mer orientert"*. Ved et avslag på henvisningen til PHBU snakker barnevernlederne om at PHBU kan legge ved anbefalinger for hva som gjøres videre i kommunen. Utfordringen kan være når PHBU ikke har et oversiktlig bilde på hva barnevernet eller kommunen kan tilby. En barnevernleder sier det slik;

"jeg tenker det at det kan sikkert være et forbedringspunkt, det med å ha bedre oversikt over hva dine anbefalinger krever av den som skal utføre det. Er det slik at du skal sikte så høyt at anbefalingene blir på en så måte at den som skal utføre det får det ikke til. Da blir det jo bare en nedtur."

Kunnskap om hverandre kan også handle om å kjenne til hverandre, kjenne til ansiktene og navnene, som jeg trakk frem ovenfor. En barnevernleder sier de som oftest etablerer gode samarbeidsrelasjoner. For å få kunnskap om hverandres fagfelt, beskriver en leder av PHBU hvordan de gjorde det i sitt området:

”vi inviterte en fra barnevernet til å komme og holde en internundervisning om hva som faktisk skjer i barnevernet og hvordan man jobber, hvilke lover og hva man gjør. Og slik burde vi gjort litt omvendt også, så vi ikke bare har noen ideer (..) om hva som skjer i barnevernet og barnevernet har noen ideer om hva som skjer i BUP. Vi trenger kunnskap om hverandre, helt sikkert.”

Slik jeg har forstått betydningen av å kjenne til hverandre som instans, kan det virke som at jo bedre samarbeidspartnerne kjenner hverandre, desto mer presise anbefalinger kan de komme med til hverandre. Når barnevernet får anbefalinger fra PHBU handler det ofte om å prøve ut flere tiltak i kommunen, før barnet har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Som skrevet tidligere i kapitlet, er PHBU lite orientert om hva barnevernet kan tilby. Kunnskap om hverandre kan også føre til at barnevernet gir mer presise henvisninger til PHBU. Det kan være til nytte å vite hvordan PHBU vurderer henvisningene. Økt kunnskap om hverandre kan gi barn og familier rett hjelp til rett tid, ved at barnevernet og PHBU har felles oppgaveforståelse og ansvarsfordeling.

5.4 Strukturering og rammer for samarbeidet

5.4.0 Organisering av samarbeidet

Hvordan samarbeidet er organisert gjennom skriftlige avtaler er et viktig funn i studien. Alle informantene trekker frem organiseringen i en eller annen form. En barnevernleder beskriver det som grunnleggende å vite hvor PHBU befinner seg i systemet. Hver enkelt må stille seg spørsmålet om man kan nok om PHBU til å gjøre en vurdering på om man skal henvise eller ikke. Samhandlingsreformen trekkes frem som en overordnet avtale mellom helseforetakene og kommunene i Norge. En overordnet avtale som tilsier at kommunen skal tilby hjelp hvis barnet eller den unge ikke har rett til helsehjelp fra spesialisthelsetjenesten. Mer av hjelpetilbudene skal fordeles ut til kommunene, en barnevernleder sier at *”(..)kommunene må sko seg litt på det”*. Som skrevet tidligere har en PHBU-seksjon og barneverninstitusjonene i deres områder egne samarbeidsavtaler, som blir evaluert årlig. Barneverninstitusjonene som ivaretar de mest alvorlige og krevende ungdommene har møter med PHBU en gang hver tredje måned, der de går gjennom sakene det samarbeides om. Lederne deltar på møtene på lik linje med behandlerne og lederne fra barneverninstitusjonen. En leder av PHBU beskriver at de er pålagt strenge inntjeningskrav der de får inntjening per konsultasjon. Tidligere hadde

de en rammefinansiering. I dag telles antall konsultasjoner der hver behandler er satt opp til å ha et visst antall konsultasjoner per dag, en leder av PHBU sier *"(...)det er lite tid til å dra ut og ha et samarbeidsmøte med barnevernet"*. For å holde ventelistene nede, *"(...) betyr det i praksis en inn, en ut"*.

En annen leder av PHBU skriver; *"Jeg idealiserer ikke samarbeid altså på at alt går knirkefritt, men jeg har noen ideer om hva som skal til for å få det bedre. (...)Det handler både om formelle ting og uformelle, sånn som det her med å bli kjent, og formaliteter med skriftlige avtaler og forpliktende avtaler. At man kjenner til hverandres lovverk, for det er slik at det er mange her som ikke skjønner "hvorfor kan de ikke bare ta omsorgen", (...) Det er ikke forventet at alle vet barnevernets lovverk, da er det viktig å få inn det"*.

Som det er trukket frem gjelder organisering av samarbeidet ikke bare formelle avtaler, men også uformelle. En av lederne av PHBU forklarer at de har startet med å endre praksisen rundt organiseringen av samarbeidet med henvisende instanser. I september 2018 skal et pakkeforløp knyttet til utredning av barn og unge være påstartet eller implementert i praksisen til PHBU. Pakkeforløpet har fokus på samarbeid med henvisende instans ved oppstart, underveis og i etterkant av en henvisning, utredning og behandling.

"Det handler da blant annet om at vi forsøker å ha med henviser på inntakssamtalen. Hvis barnevernet er henviser så ber vi de komme til den første samtalen for rett og slett å rydde i henvisningen. Er det riktig, oppfatter dere det samme, er dere enige i det som står, hva tenker du som foreldre, hva tenker dere som, eller du som pasient?"

Utfordringen som trekkes frem med pakkeforløpet er at med kort ventetid blir det en tidlig inntakssamtale, som i tillegg skal passe inn i kalenderen til henvisende instans. *"(...) vertfall ved senest andre kontakt, så skal vi ha med henviser"*.

5.4.1 Taushetsplikten

Taushetsplikten kan være noe som oppleves som et hinder for samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge. Likevel var det ingen av informantene som opplevde taushetsplikten som en hindring. Både lederne av PHBU og barnevernlederne forteller at foreldrene gir ofte samtykke til at tjenestene kan samarbeide. I tilfeller hvor

foreldre ikke gir samtykke til samarbeid, beskriver to barnevernledere at det går noen varsellamper og det kan være en alvorlig barnevernssak som ender med omsorgsovertakelse. Den ene barnevernlederen snakker videre om hva som må til for at foreldrene skal samtykke: *” Det handler ofte om, tenker jeg, er å trygge foreldrene på hva er det vi vil vite, hvorfor skal vi samarbeid, og at de får vite noen konsekvenser av å ikke samarbeide. Når de får vite det, går de fleste med på det ”*. En annen barnevernleder forteller at det ofte blir parallelle prosesser mellom barnevernet og PHBU hvis foreldrene ikke samtykker til samarbeid. Det kan virke som at det ikke blir utvekslet nødvendig informasjon mellom tjenestene når taushetsplikten hindrer de, informasjon kan gå tapt og barnets behov for begge tjenestene kan komme i skyggen av jobben til den enkelte instans. En leder av PHBU sier hun ikke opplever taushetsplikten som en hindring, vertfall ikke overfor barnevernet siden de har opplysningsplikt til barnevernet. Selv om taushetsplikten gir muligheter og anledninger, krever det også en bevissthet rundt taushetsplikten. En leder av PHBU beskriver sin opplevelse rundt taushetsplikten slik:

”Jeg synes ikke taushetsplikten er noe problem, jeg. (..) Vi ber om samtykke når det er nødvendig, det er ikke noe generelt samtykke.(...). Det er slik at det samtykke går på konkret hva er det vi kan samarbeide om. (...)Det verste jeg vet er at når vi tror vi kan snakke om alt til enhver tid, det synes jeg ikke noe om.”

Lederen av PHBU gir uttrykk for at taushetsplikten blir brukt på en måte der instansene får ytterligere informasjon enn nødvendig. Hun sier taushetsplikten kun gjelder det som de skal samarbeide om, noe konkret, som foreldrene gir samtykke til. Som en barnevernleder forteller ovenfor handler det om å gi foreldrene en trygghet, hvorfor ønsker barnevernet eller PHBU at de skal samtykke til å gi informasjon? Det kan være en viktig faktor for samarbeidet å være ærlig på hvorfor instansene ønsker å samarbeide, og fortelle på hvilket konkret område ønsker de å dele informasjon. En annen barnevernleder forteller meg at de innhenter samtykke for å kunne *”jobbe tverrfaglig tidlig i saken”*. Jeg vil anta at et tverrfaglig samarbeid er et bredt område å gi samtykke til, og heller ikke særlig konkret på hvilken informasjon som vil deles.

5.4.2 Ressurser og kapasitet

Lederne av barnevernet og lederne av PHBU forteller i ulik grad om hvordan de opplever sin egen kapasitet og samarbeidspartnerens kapasitet. Det kan virke som at ressursene og

kapasiteten i tjenestene kan ha en betydning for samarbeidet. Det kan handle om hvilke ressurser PHBU anbefaler at barnevernet setter inn, eller det kan være kapasitetsutfordringer i PHBU. En barnevernleder skulle ønske PHBU-seksjonene i distriktene hadde større kapasitet; ”(...)vanskelig å få tak i, vanskelig å få til møter, opptatt, spesialkompetanse som skal dekke et stort område. Det er ikke enkelt å booke inn møter altså, og lange avstander også”. En leder av PHBU opplever at interkommunale barneverntjenester har flere ressurser enn mindre kommuner. Slik jeg tolker en barnevernleder fra en mindre kommune opplever også hun kapasitetsutfordringer; ” (...) det er kanskje den største utfordringen. Mer og mer skal over på kommunen, og kommunen er ikke rustet verken kompetansemessig eller kapasitetsmessig til å ta det”. En annen barnevernleder sier at barnevernet ikke har deltatt i noen samarbeidsmøter på grunn av kapasiteten. Når barnevernets kapasitet ikke strekker til skal spesialisthelsetjenesten bistå med sin kompetanse, forteller en leder av PHBU. Slik jeg forstår informantene har mindre barneverntjenester færre ressurser å benytte seg av, likevel opplever flere barnevernledere at barnevernet er mer stabilt enn PHBU. Selv om stabiliteten i tjenestene ikke behøver å henge sammen med ressursene, kan det virke som at større barneverntjenester har flere ressurser, som også ivaretar stabiliteten; ”vi har noe som heter psykisk helseteam der vi kan diskutere sakene anonymt. Med oss er det koordinert av PP-tjenesten, og der er BUP tilstede. (...) Det er skole, barnehage, barnevernet, BUP og PPT”.

5.5 Oppsummering av funn

Funnene tyder på at en større andel av barn i barnevernet som blir henvist til PHBU henvises med mistenkt ADHD og traume. Barn med en alvorlig psykisk lidelse som schizofreni, psykoseutvikling og selvmordsforsøk, som går under lovverket til barnevernet og PHBU, kan gi utfordringer i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Barnevernlederne trekker frem at utfordringene er størst når tjenestene er uenige om hvor barnet skal bo. PHBU kan mene at foreldrene viser god omsorgsevne og barnet kan fortsatt bo hjemme, mens barnevernet vurderer at barnets tilstand er så alvorlig at det burde flytte til barneverninstitusjon eller fosterhjem. Funnene viser at barnevernens barn med alvorlig psykiske lidelser har ingen omsorgstilbud som ivaretar deres behov. Det blir en uenighet om barnet skal ivaretas av barnevernet når foreldrene ikke føler seg trygge på å ta med barnet hjem, eller om tilbudet skal komme fra PHBU. Prioriteringsveilederen blir nevnt av lederne av PHBU, men ikke av barnevernledere. Prioriteringsveilederen veileder PHBU på hvilke barn som skal prioriteres

når de tilbys helsehjelp. Det kan virke som at barnevernlederne ikke er tilstrekkelig kjent med prioriteringsveilederen. Funnene viser at det er forskjell på hvordan barnevernet og PHBU arrangerer blant annet samarbeidsmøter, drøftingsmøter, og møter på systemnivå. Det kan virke som at kapasitet og ressurser i instansene er en utfordring for gjennomføringen av møtene. En kommune har ressurser nok til å starte opp et psykisk helseteam, der PHBU sammen med barnevernet og andre instanser drøfter saker anonymt. Andre barneverntjenester må melde opp sine mest prioriterte saker til en saksliste når PHBU kommer til kommunen en gang i måneden. På grunn av kapasitet viser funn at en barneverntjeneste ikke har vært delaktig i samarbeidsmøtene denne høsten. Det kan tyde på at større og/eller interkommunale barneverntjenester har flere ressurser og mer kapasitet til å prioritere slike treffpunkter med PHBU. Når det er kontinuitet i møtene, kan det forstås som at barnevernet og PHBU også øker kunnskapen om hverandre. En leder av PHBU sier det handler om å kjenne ansiktene og navnene til lederen til tjenesten du skal samarbeide med. I følge alle barnevernlederne er det en uenighet når PHBU vil avslutte en sak. Barnevernlederne uttrykker et ønske om at PHBU skal være lenger inn i sakene. PHBU trekker seg raskt ut når de vurderer at det ikke lenger er behov for deres kompetanse i saken. kan virke som at mindre barneverntjenester har et større behov for at PHBU er lengre inn i sakene, på grunn av kapasitet og ressurser. En barnevernleder forteller også om at PHBU kan gi anbefalinger på videre oppfølging av et barn i førstelinjetjenesten, der anbefalingene krever noe barnevernet ikke tilbyr eller har ressurser til. Det kan tyde på at PHBU ikke har en nødvendig oversikt over hva barnevernet tilbyr. Lederne av PHBU er ikke direkte involverte i samarbeidssaker med barnevernet, utenom når en sak er spesielt komplisert eller en behandler ber om at lederen er med. Funn viser at lederne for større barneverntjenester eller interkommunale, er heller ikke direkte involvert i saken. Større barneverntjenester har fagledere som deltar i saker med PHBU når samarbeidet byr på utfordringer, i mindre barneverntjenester deltar barnevernlederen. Lederne av barnevernet og PHBU legger til rette for samarbeid på systemnivå, gjennom å vise til retningslinjer, lovverk, sørge for at ansatte har kunnskap om å samarbeide og føre internkontroller på rutine og praksisen. Et sentralt funn tyder på at profesjonskampen mellom barnevernet og PHBU handler om hvem som skal ha ansvaret i samarbeidet. En leder av PHBU anser ikke barn med hjelpetiltak som barnevernsbarn, mens en barnevernleder opplever at PHBU ivaretar vokseperspektivet fremfor barneperspektivet. Funnene kan tyde på at samarbeidet mellom barnevernet og PHBU er parallelarbeid, et parallelarbeid med ulik forståelse av barnet, som samarbeidets objekt.

6. Diskusjon

I denne masteroppgaven har jeg tatt utgangspunkt i følgende problemstilling: *Hvordan vurderer ledere av barnevernet og ledere av psykisk helsevern for barn og unge samarbeidet mellom tjenestene når barn vurderes å ha behov for bistand fra begge faginstansene?*

Hensikten med studien er å la lederne av barnevernet og lederne av PHBU beskrive sine vurderinger fra samarbeidet. Analysen av empirien har frembrakt fire overordnede tema: (1) barn som barnevernet og PHBU samarbeider om, (2) oppgaveforståelse og ansvarsfordeling, (3) kontakten mellom barnevernet og PHBU, (4) strukturer og rammer for samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Et av mine hovedfunnene i studien tyder på at det er en større andel barn i barnevernet med mistenkt ADHD og traumer som blir henvist til PHBU. Dette stemmer med studien til Andersson, m.fl. (2004). Som jeg har oppsummert i kapittel 5.5 kan det virke som at barn med alvorlig psykiske lidelser, som schizofreni, psykoseutvikling og suicidalproblematikk, utfordrer samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. I min studie fant jeg funn som viser at barnevernet og PHBU er uenige om barnets omsorgssituasjon. PHBU kan vurdere at omsorgen til foreldrene er god nok, mens barnevernet vurderer at barnet bør flytte til fosterhjem eller barneverninstitusjon. Det kan virke som at PHBU gjør egne vurderinger av barnets omsorgssituasjon, selv om det ligger i barnevernets mandat. Lignende funn viser studien til Myhrvold, m.fl. (2011; Andersson, 2009). Et annet hovedfunn er at samarbeidsmøtene mellom barnevernet og PHBU trolig kan sees i sammenheng med kunnskapen om hverandre. Det kan virke som at barnevernet og PHBU ikke har faste og regelmessige møter eller treffpunkter (Andersson, 2009), i så fall er det opp til hver enkelt kommune og PHBU-seksjon. Lederne for instansene er ikke direkte involvert i samarbeidet om enkeltbarn på individnivå. Det kan virke som at lederne fra mindre barneverntjenester er mer involvert i samarbeidet om barnet, enn ledere fra større kommunale barneverntjenester. Både barnevernlederne og lederne av PHBU forteller de er involverte i samarbeidet hvis det er samarbeidsutfordringer, eller hvis det er spesielt kompliserte saker, som for eksempel når det er mange parter involvert og alvorlighetsgraden i saken er høy.

Jeg valgt tre påstander som skal diskutere tre ulike tema. I fortsettelsen vil jeg diskutere tre påstander med utgangspunkt i funnene jeg har gjort i studien. Første påstand er: *for at samarbeidet mellom barnevernet og PHBU skal fungere, må instansene ha felles forståelse av hva som er samarbeidet objekt.* Andre påstand er: *kunnskap om hverandre er av stor*

betydning for et velfungerende samarbeid på system- og individnivå. Til slutt diskuterer jeg: ledernes involvering i samarbeidet på systemnivå kan øke kvaliteten av samarbeidet på individnivå.

6.1 For at samarbeidet skal fungere mellom barnevernet og PHBU, må instansene ha en felles forståelse av hva som er samarbeidets objekt

Et samarbeid kan defineres som ”samspill, kompaniskap og det å arbeide sammen (Glavin og Erdal, 2018, s.28)”, eller det kan defineres som godt utviklet samordning; ”en systematisering eller organisering av det hver enkelt utøver gjør overfor en og samme problemstilling/klient, slik at alle tiltak er vel tilpasset og ikke motvirker hverandre (Knoff, 1985; i Lauvås og Lauvås, 2004, s.53)”. Det finnes ulike definisjoner på samarbeid, som kan skape en usikkerhet rundt hva det vil innebære å samarbeide med en annen instans. I samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge kan det oppstå uenigheter og utfordringer som handler om en ulik forståelse av samarbeidet. Tydelig målsetting er en av flere faktorer som må ligge til grunn for å skape et godt samarbeid mellom barnevernet og PHBU (NOU, 2009:22). Andre faktorer som trekkes frem i utredningen er respekt for hverandres roller, trygghet på egen kompetanse, skape en forventning om å oppnå resultater, og møtes fysisk. Alle informantene trekker frem samarbeidsmøtene mellom barnevernet og PHBU som betydningsfulle. Møtene kan være en arena for å bli kjent med hverandre og skape diskusjoner knyttet til samarbeidets objekt. Temaet ”kunnskap om hverandre” vil bli drøftet i neste underkapittel (6.2).

Skjervheim (1996) hevder mennesket kommer i kontakt med hverandre gjennom tale og skriftspråket. Gjennom språket uttrykker vi fakta, gir vurderinger og veileder hverandre. For at språket skal brukes som en måte å komme i kontakt med hverandre på, krever det at mennesket forstår hverandres språk. Har mennesket ulik oppfattelse av språket, kan det også føre til ulik oppfattelse av verdenen. Partene i et samarbeid, som Skjervheim (1996) kaller subjektene, kan danne en treleddet- eller en toleddet relasjon. Jeg velger å ta utgangspunkt i at barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge utgjør de to subjektene i samarbeidet når barn har behov for bistand fra begge faginstansene. I en treleddet relasjon har samarbeidets subjekt en felles forståelse for hva som er samarbeidets objekt (Skjervheim, 1996). I tillegg har instansene en opplevelse av hva som er hverandres forståelse. Det behøver ikke å være noe galt i å ha ulike perspektiver og synspunkter i et samarbeid, men samarbeidet kan basere

seg på en felles forståelse av hva som er den riktige forståelsen av samarbeidets objekt (saken). Jeg ønsker her å diskutere påstanden om at barnevernet og PHBU må ha en felles forståelse av problematikken knyttet til barnet, som samarbeidets objekt, for at samarbeidet skal fungere.

Barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge har ulike mandat. Barnevernets mandat er å sikre at barn som lever under kår som kan skade deres helse og utvikling, får rett hjelp til rett tid (Bvl, 1992, § 1-1). I følge spesialisthelsetjenesteloven (1999, § 1-1) skal PHBU blant annet sikre at tjenestetilbudet er tilpasset pasientens behov, og at tjenestetilbudet er tilgjengelig for alle. Både barnevernet og PHBU er hjelpeinstanser som tilbyr ulike tjenester til landets befolkning, som faller inn under lovbestemmelsen. Barnevernet skal ivareta alle barn mellom 0 til 18 år, som har behov for bistand i form av hjelpetiltak eller plassering utenfor hjemmet. PHBU skal tilby utredning eller behandling til barn fra 0 til 18 år med mistenkt psykisk lidelse (Helsedirektoratet, 2008). Selv om mandatet til barnevernet og PHBU er ulikt, inneholder lovbestemmelsene visse krav og plikter, som skal ivareta barn og unges helse- og omsorgsbehov. Utfordringen i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU virker å være knyttet til hvordan barnevernet og PHBU forstår barnets ulike behov i et samarbeid. Tilsvarende funn rapporterte også ansatte i PHBU om i forskning gjort i 2011 (Myhrvold, m.fl., 2011). Barnevernet kan forstå barnets problematikk ut i fra behovet for omsorgsbaserte tiltak. Det kan være tiltak som å gi råd og veiledning til foreldre og økonomisk støtte. På en annen side kan PHBU vurdere barnets problematikk ut i fra tiltak, som krever tett oppfølging av foreldre og behandling i form av samtaleterapi. Konsekvensen av at barnevernet og PHBU gjør ulike vurderinger, kan ende med at det blir satt i gang tiltak som forverrer barnets situasjon. Eller som en leder av PHBU sa, det er ingen hensikt å gi traumebehandling til et barn som fortsatt blir eksponert for traumer i hjemmet. Det kan være et barn har fått traumer av å være vitne til vold. Hensikten med traumebehandlingen er ikke å behandle barnet til å være rustet til å oppleve vold mellom foreldrene. Det er i studien til Kristofersen (2004) vist til funn, som tyder på at faglig avstand og profesjonelle ulikheter byr på utfordringer i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Faglige avstander kan handle om de vurderingene barnevernet og PHBU tar, i forhold til barnets problematikk. Barnevernets faglige forståelse kan basere seg på vurderinger knyttet til omsorgsbehovet til barnet. Barnevernet kan eksempelvis legge vekt på forebyggende tiltak som tilfredsstiller omsorgsbehovet til barnet. På den andre siden kan PHBU foreta en ulik vurdering i den

forstand at de vurderer barnets psykisk helsebehov. PHBU vurderer først om barnet har rett til psykisk helsevern, og i så tilfelle, hvilke behandlingsbehov trenger barnet? Barnevernet og PHBU er hjelpeinstanser, men den ene hjelpen utløser trolig ikke den andre. Det vil si at selv om barnevernet henviser i god tro om at PHBU tilbyr helsehjelp, kan PHBU vurdere at barnet er godt ivaretatt hos førstelinjetjenestene. Uenigheter knyttet til faglige og profesjonelle avstander virker å være utfordrende (Kristofersen, 2004). Formålet med felles forståelse av barnets behov kan videre sikre at det blir gitt adekvat hjelp både fra barnevernet og PHBU. En ulik forståelse kan også føre til manglende interesse av å inngå i et forpliktende samarbeid (NOU, 2000:12)

For at samarbeidet skal være hensiktsmessig for barnet, kan en felles forståelse handle om en enighet rundt hvilke tiltak som skal settes inn, eller hvordan instansene skal jobbe sammen, eller parallelt. Selv om det settes inn ulike tiltak som skal ivareta barnets helse- og omsorgsbehov, burde ikke tiltakene overlape hverandre. Informantene i min studie snakker om at de samarbeider om å gjøre parallellarbeid, men subjektene i et samarbeide burde likevel ha en felles forståelse av barnet for at parallellarbeid skal virke hensiktsmessig. Skjervheim (1996) hevder at samarbeidets objekt er noe som er uavhengig av subjektene språklige konstruksjoner, det er noe observerbart og sant. Samtidig kan ulik språklig konstruksjon av samarbeidets objekt føre til en definisjonsmakt mellom profesjonene. En definisjonsmakt mellom barnevernet og PHBU kan handle om hvem som har den riktige forståelsen av barnets behov. Derimot kan en felles forståelse av samarbeidets objekt kan gå ut på at subjektene i samarbeidet retter oppmerksomheten mot det hverandre er opptatt av (Skjervheim, 1996). En studie fra 2011 viser at mangel på forståelse for ulikhetene mellom barnevernet og PHBU, kan føre til mangel på samarbeid (Myhrvold, m.fl., 2011). Selv om det er ulikheter i forståelsen, kan en bekreftelse for hverandres roller og kompetanse, føre til at subjektene forstår hverandres ulikheter. Ulikhetene kan føre til et mer nyansert og helhetlig bilde av barnets helse- og omsorgsbehov. En felles forståelse uten å bekrefte hverandres ulike synspunkter og vurderinger, kan føre til smalt bilde av barnets situasjon. Skjervheim (1996) er opptatt av at subjektene snakker sammen, og lytter til hverandres utsagn og argumenter. En felles forståelse for samarbeidets objekt, kan sannsynligvis føre til felles handling. Selv om barnevernet og PHBU i noen tilfeller har ulikt fagspråk, kan en treleddet relasjon utvikles gjennom å bekrefte hverandres forståelse. En felles forståelse for samarbeidets objekt kan gi

barnet rett hjelp til riktig tid, og det kan føre til at barnevernet og PHBU samarbeider, fremfor å gjøre u hensiktsmessig parallellarbeid eller dobbeltarbeid.

Barnevernet og PHBU har ulike mandat og lovverk å forholde seg til, som kan by på utfordringer i samarbeidet. Det ble i en NOU-utredning (2016:16) foreslått å endre barnevernsloven slik at samarbeidet mellom barnevernet og PHBU ble mer forpliktende. Tilbudet til barnevernsbarn med alvorlig psykisk lidelse var ikke tilstrekkelig. Utvalget hevder likevel at en lovendring ikke er godt nok. Det bør heller være en vurdering av faglige-, organisatoriske- og økonomiske virkemidler. En leder av PHBU forteller at de er underlagt strenge økonomiske føringer. Der de tidligere kunne fordele ressursene og midlene selv, er det gitt inntjeningskrav. Dette går ut på at hver behandler har et bestemt antall konsultasjoner som skal fylles opp daglig. Selv om det kan virke som at PHBU har fått en økonomisk innstramning, burde ikke økonomiske prioriteringer være noe som går foran barnets behov for samarbeid. En annen leder av PHBU forteller meg at de har et samfunnsansvar i forhold til at pengene som tildeles spesialisthelsetjenesten, brukes til det beste for barnet, og til de som trenger det mest. Men hvordan vurderer PHBU hvem som trenger mest hjelp? I følge begge lederne av PHBU vurderer de barnets alvorlighetsgrad ut i fra et veiledende verktøy, en prioriteringsveileder. Veilederens formål er at den skal bidra til at pasientene vurderes likt, uavhengig av hvor i landet pasienten oppholder seg. Prioriteringsveilederen gir en veiledende frist på når helsehjelpen skal gis til pasienten. Et av funnene min studie viser at ventetiden til barn med mistenkt ADHD kan være opptil 13 uker. Selv om en leder av PHBU forteller de avviker fra prioriteringsveilederen, for å få ned ventetiden, kan 8 uker ventetid virke lenge for foreldre og barn. Derimot forteller en barnevernleder at hun opplever foreldre som er misfornøyde med ventetiden hos PHBU. For foreldre og barn kan ventetiden føles langvarig, og noen ganger skulle hjelpen gjerne ha vært der dagen etter. Det kan være foreldre som har gruet seg til å ta kontakt med en hjelpeinstans. Et sekundærforebyggende lavterskeltilbud til barn og unge som står på venteliste, kan trolig være et alternativ. Kommunene som opprettet tilbudet opplevde at PHBU jobbet lite utadrettet i kommunene, og det var vanskelig å få tilstrekkelig veiledning på generelt og individuelt nivå (Norvoll, m.fl., 2006). Et slikt tilbud kan på den ene siden gi barn og foreldre oppfølging og støtte gjennom en tid, som trolig føles lang og håpløs. På den andre siden kan det være et tilbud som tilfredsstillende behøver til barnet, som gjør at barnet ikke har behov for helsehjelp når det først blir vurdert av PHBU. Trolig vil det være positivt at barnets hjelpebehov kan ivaretas hos førstelinjetjenestene, da

det kan være andre barn som har et større behov for bistand fra PHBU. Samtidig kan sekundærforebyggende tiltak være som ”brannslukning”, der barnets behov midlertidig tilfredsstilles. Barnets problematikk kan forverre seg etter at sekundærforebyggende tiltak avsluttes, og barnet må vente på ny utredning.

Barn med alvorlig psykiske lidelser derimot, skal bli vurdert raskt. En leder av PHBU sier de vurderer barnets alvorlighetsgrad samme dag de får henvisningen, og de kan kontakte omsorgspersonene hvis alvorlighetsgraden tilsier rask helsehjelp. Dette kan handle om barn med suicidalproblematikk, schizofreni og psykoseutvikling. Jeg tolker likevel en barnevernleder at det er ulik forståelse mellom barnevernet og PHBU når det gjelder barn med alvorlig psykisk lidelse. Her kan uenighetene handle om hvilket tiltak som skal settes inn, og hvem som har ansvaret for barnet. En barnevernleder forteller om en opplevelse knyttet til et barn med schizofreni. Slik jeg forstod barnevernlederen, gikk bekymringsmeldingen fra PHBU ut på at barnet måtte plasseres i fosterhjem. PHBU vurderte at barnet ikke fikk god nok omsorg av biologiske foreldre. Derimot vurderte barnevernet at det trolig ville være en risiko å plassere barnet i fosterhjem, for hvor mer rustet er fosterforeldre til å ivareta barn med schizofreni enn biologiske foreldre? Barnevernet stilte heller spørsmål om ikke barnet burde vært plassert i regi av PHBU. En ulik forståelse av hvilket tiltak som skal settes inn, kan få konsekvenser som går direkte ut over barnet og andre berørte parter. Jeg antar at et barn med alvorlig psykisk lidelse har behov for trygghet. Å flytte til et fosterhjem, kan skape en frykt i barnet. Fosterhjemmet kan også komme i en utrygg situasjon, der de ikke vet når barnet får neste anfall. Konsekvensene kan være store, og selv om dette var opplevelsen til en barnevernleder, kan det virke som at det er en form for ansvarsfraskrivelse i samarbeidet når det gjelder barn med alvorlig psykisk lidelse (Andersson, 2009). Jeg tolker det som at det er et desto større behov for felles faglig forståelse, når barnet har alvorlige psykiske vansker, som gjør at det ikke kan bo hos biologiske foreldre. En leder av PHBU forteller at alvorlighetsgraden til et barn eller unge med for eksempel suicidalproblematikk, som kan vurderes som stabil om morgenen, men har hatt selvmordsforsøk om kvelden. I slike alvorlige situasjoner tolker jeg at det ikke er rom for uenigheter knyttet til forståelsen av barnet og hvilke tiltak som skal settes inn. På grunn av ulik faglig forankring kan vi trolig vente oss uenigheter, men ettersom barnets helse- og omsorgstilstand kan variere på kort tid, vil det sannsynligvis være et stort behov for treleddet relasjon mellom barnevernet og PHBU. En ulik forståelse for når barnet har behov for hjelp,

kan føre til parallellarbeid, dobbeltarbeid, eller det mest fatale at ikke noe blir gjort i det hele tatt. Som jeg har lagt frem i presentasjonen av funn, blir ikke prioriteringsveilederen nevnt av barnevernlederne. Jeg kan tolke det som at barnevernlederne ikke kjenner til veilederen, eller på den andre siden at den ikke har skapt utfordringer i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU. Uansett hvilket alternativ som antas å være riktig, kan manglende felles forståelse og mål mellom barnevernet og PHBU, føre til kommunikasjonsutfordringer, dårlig og lite bruk av ressursene (St.meld., nr.47, 2008-2009).

En barnevernleder stilte spørsmål om det er barnets behov for helsehjelp eller omsorg som skal prioriteres først. I en treleddet relasjon vil trolig forståelsen til barnevernet og PHBU handle om å ivareta både helsen og omsorgen til barnet. Derimot kan det i en toleddet relasjon, oppstå uenigheter mellom barnevernet og PHBU om forståelsen av barnets behov. En leder av PHBU sier til meg at det er ikke hensiktsmessig å la barnet gå til traumebehandling, når det fortsatt blir utsatt traumer. Faglige og profesjonelle ulikheter blir trukket frem som store utfordringer i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU (Kristofersen, 2004). Vurderingene knyttet til barnets hjelpebehov kan i flere tilfeller utløse rett til helsehjelp, jf. Prioriteringsveilederen. I følge Kristofersen (2004) føler barnevernet at PHBU kan ”definere” ut en klient, som ikke har rett på helsehjelp, likevel må barnevernet ivareta alle som søker hjelp. PHBU kan vurdere at hjelpebehovet i henvisningene kan ivaretas hos førstelinjetjenestene. Begge lederne av PHBU understreker dette. Men likevel sier en av lederne av PHBU at de kan gi avslag på en henvisning, selv om de vet at ingen i førstelinjeapparatet tar hånd om familien. *”Vi har kompetansen på det, men det er ikke vår oppgave. Det skal løses i førstelinjen”*. En konsekvens av et alt for tydelige skille mellom ansvarsområdene til barnevernet og PHBU, kan føre til at barnet havner i en gråsoner der det ikke blir gitt noe form for hjelp (NOU, 2009:22). En barnevernleder sier de kan henlegge en bekymringsmelding, med en henvisning til PHBU. Selv om barnevernet vurderer at barnets problematikk bør løses i PHBU, er det ingen garanti at PHBU foretar en lik vurdering. Det kan virke som at barnevernet og PHBUs felles forståelse for samarbeidets objekt, ikke bare krever kunnskap og kjennskap til hverandre, men også evnen til å ta ansvar. I følge Kristofersen m.fl (2006) kan kvaliteten på samarbeidet ha stor betydning for om det blir gitt adekvat hjelpetilbud til barn og unge.

Selv om PHBU bruker prioriteringsveilederen som et veiledende verktøy, kan det virke som at det er uenigheter knyttet til tilgjengelighet til PHBU. Barnevernet opplever at samarbeidet med PHBU er forbedret, men PHBU er likevel ikke like tilgjengelig i mindre akutte saker (Kristofersen, m.fl., 2006). Hva som er instansenes forståelse av samarbeidets objekt kan virke å være påvirket av mandatet, prioriteringsveilederen og faglig forankring, som trekkes inn i vurderingene om når hjelpetiltaket skal settes inn. Barnevernets vurderinger kan basere seg på det forebyggende perspektivet. Barnevernet ønsker at tiltakene skal iverksettes tidlig, der også PHBU kommer tidlig inn i samarbeidet med sine vurderinger og kompetanse. PHBU kan på en annen side vurdere alvorlighetsgraden til barnets psykiske helse som lav, som kan medføre at PHBU vurderer at barnets behov kan ivaretas av en annen instans. En ulik forståelse for samarbeidets objekt kan resultere i et dysfunksjonelt samarbeid (Wolf og medarbeidere, 1994). Som for eksempel forteller en barnevernleder hun opplever at PHBU avslutter samarbeidet for tidlig, samtidig sier en leder av PHBU at de vurderer på bakgrunn av barnets funksjonsnivå, når de skal trekke seg ut av et samarbeid. For barnevernet kan PHBU virke som en trygghet, som innehar en annen kompetanse enn barnevernet. Det kan også virke som at det er en sammenheng mellom at barnevernet ønsker PHBU lenger inne, og at PHBU er mindre tilgjengelig i mindre akutte saker (Kristofersen m.fl., 2006). Når en leder av PHBU forteller at spesialisthelsetjenesten skal ligne mer på et sykehus, kan det resultere i at den faglige og profesjonelle avstanden mellom barnevernet og PHBU øker. Eksempelvis en pasient kommer inn og får behandling i form av en undersøkelse eller operasjon, men pasienten skal raskt tilbake til fastlegen for videre oppfølging. En leder av PHBU sier at vi skal ikke gjøre pasientene avhengig av en hjelpeinstans. Målet med Samhandlingsreformen er derfor å ruste kommunene til å jobbe mer forebyggende (St.meld. nr. 47, 2008-2009). Pasientene i spesialisthelsetjenesten skal raskere tilbake til kommunen. Samtlige av informantene trakk frem Samhandlingsreformen, men likevel kan det virke som at barnevernlederne ikke opplever endringene som nyttige. På en annen side kan det være at barnevernet ikke har kompetanse nok til å ivareta flere barn med alvorlig problematikk. En konsekvens av dette kan føre til dårligere kvalitet over tjenestetilbudene, dårligere oppfølging, og kanskje etter hvert øke behovet for bistand fra PHBU. Dersom det skal foreligge en treleddet relasjon mellom barnevernet og PHBU, vil det trolig kreve en felles forståelse av barnets helse- og omsorgsbehov (Skjervheim, 1996).

6.2 Kunnskap om hverandre er av stor betydning for et velfungerende samarbeid på system- og individnivå

Funnene i studien viser at barnets psykiske helse er bakgrunnen til at barnevernet og PHBU innleder et samarbeid. Det er barnets behov for to instanser som jobber sammen om en felles forståelse og mål. Jeg nevnte også noen definisjoner av samarbeid, men overfor barn og familier kan samarbeidet virke som parallellarbeid. Samarbeid kan variere i ulik grad, hvor nyttig det er, men også kvaliteten av det. En barnevernleder forteller i intervjuet at det kan komme anbefalinger til videre arbeid fra PHBU, som krever mer ressurser enn hva barnevernet kan tilby. Hun sier at samarbeidende parter burde ha bedre oversikt over hva anbefalingene krever av den som skal utføre det. Slik jeg forstår barnevernlederen kan det virke som at PHBU har lite oversikt over hva barnevernet kan tilby av tjenester. PHBU kan avslå en henvisning fra barnevernet med anbefalinger på hva som kan gjøres mer av i førstelinjetjenestene. Lignende funn kan vi finne i en studie fra 2004. Ansatte fra barnevernet opplevde at de måtte ta sakene som ingen ville ha (Kristofersen, 2004). En annen studie viser at samarbeidende- og henvisende instanser opplever utfordringer når de skal beskrive hvilke tiltak som har blitt utført, og hvilke vurderinger de har tatt om barnets psykiske helse (Andersson og Norvoll, 2006). Det kan være en sammenheng mellom kunnskap om å skrive en god henvisning til PHBU, og henvisninger som får avslag. I en utredning ble 45 % av henvisningene vurdert som dårlige. 25% av henvisningene ble vurdert som av svært dårlig kvalitet. Kvaliteten ble målt i hvordan henvisningene beskrev tidligere tiltak, og vurderinger av hva psykisk helsevern kan bidra med (NOU 2009:22). Har barnevernet og PHBU hatt tilfredsstillende kunnskap om hverandre, kan det også ha økt effektiviteten i arbeidet til PHBU og barnevernet. PHBU kan gi tilbakemeldinger på tiltak, som de vet barnevernet tilbyr. Samtidig kan en god henvisning fra barnevernet resultere i økt forståelse av hvordan det er behov for PHBU. Barnevernet opplever det er vanskelig å beskrive tiltak som er utført og vurderinger som er tatt, kan det på en annen side være henvisningsskjemaet som er av dårlig kvalitet. En barnevernleder sier at de skal krysse av de tre viktigste symptomene som de antar barnet har. Her ligger det en usikkerhet knyttet til kompetansen til barnevernet. Slik som er diskutert ovenfor, kan lovverket og mandatet til barnevernet og PHBU oppleves som utfordrende i samarbeidet. Kan det heller vært mer nyttig hvis henvisningen til PHBU gikk ut på at barnevernet skulle gi rene beskrivelser av for eksempel symptomer, tiltak, og barnets fungering? En barnevernleder forteller at de har et mål om å øke kvaliteten på henvisningene til PHBU. De øver seg på å skrive fakta, hva er det de kan se objektivt, og heller avslutte med

de subjektive vurderingene. Som skrevet ovenfor hevder en barnevernleder at PHBU burde ha bedre oversikt over hva anbefalingene krever. En leder av PHBU bekrefter dette, og sier at de er for lite orientert om hva den andre driver med, de burde vært mer orientert om hvilke tiltak barnevernet kan tilby. Det jeg vil frem til er at kunnskapen om hverandre som samarbeidende parter virker å være dårlig. Men hva kan det komme av? Kunnskap om hverandre behøver ikke bare å omhandle hvilke tjenester de ulike instanser kan tilby. Det kan også være organiseringen av for eksempel barnevernet, eller organiseringen av PHBU, hvem er leder eller seksjonssjef i instansen? Det kan i flere tilfeller være nyttig å vite hvem man skal kontakte hvis det oppstår komplikasjoner eller uenigheter i samarbeidet. Samtidig kan det være nyttig å ha kunnskap om faglige og profesjonelle ulikhetene, da vi vet at kan det oppstå utfordringer i et samarbeid når det ikke er forståelse for ulikhetene mellom instansene (Myhrvold, m.fl., 2011). Selv om det er mange fordeler ved at barnevernet og PHBU har kunnskap om hverandre, kan konsekvensene av dette være at de tar hverandres kompetanse for gitt. Det kan skape forventinger knyttet til roller og ansvarsfordeling, som kan prege andre samarbeidsforhold. Et snevert bilde av barnet, kan bære preg av den enkeltes forestilling (Skjerveheim, 1996).

Alle informantene trakk frem hvordan de opplever stabiliteten i sin instans, og årsakene til hvorfor det er gjennomtrekk. Barnevernlederne i mindre kommuner og lederne av PHBU opplever at det er størst gjennomtrekk i PHBU. En av årsakene til dette kan være på grunn av ansatte som er i et utdanningsforløp, som enten er ute i praksis eller som er i et års praksis hos PHBU. En studie viser til at barnevernet rapporterte om utfordringer knyttet til kapasiteten hos PHBU. De opplevde lange ventelister, og enkelte steder var det inntakstopp hos PHBU (Andersson og Steihaug, 2008). Likevel er det en barnevernleder som opplever at det er størst turnover i barnevernet, som trolig kan skyldes sykefravær. Stabiliteten i instansene kan være en årsak til at det er mangelfull kunnskap om hverandre og hva de kan tilby. Det vil alltid være noen som slutter og noen nye som tar over. I de tilfellene det er nye ansatte som kommer til enten barnevernet eller PHBU, forstår jeg mine informanter som at opplæringen av nyansatte bærer preg av "learning by doing". Denne metoden kan være god i den forstand at den lar nyansatte gå sin egen "vei", men samtidig kan den være avhengig av om hvor mange samarbeidssaker instansen har. Én barneverntjeneste viste til rutiner for opplæring av nyansatte, som er en annen måte å gjøre det på. Men er den ene opplæringsmåten bedre enn den andre i forhold til å få kunnskap om hverandre, med tanke på å få til et konstruktivt

samarbeid? Begge opplæringsmetodene kan kreve en viss selvstendighet fra den nyansatte. I de resterende barneverntjenestene og PHBU-seksjonene opplever jeg at nyansatte må erfare hvordan de skal samarbeide med andre instanser. Opplæring av nyansatte kan dessuten sees som en prosess der kunnskap, holdninger og erfaringer er knyttet til hverandre (Glavin og Erdal, 2018). I et samarbeid kan det i blant være en form for fellesskapsfølelse. Gjennom gjensidig forståelse av barnet, kan samarbeidet ha ført til at det blir skap et ”vi”. Et ”vi” som er på forhånd planlagt og organisert, som går sammen for å løse en bestemt oppgave (Aasland, 2014b). Selv om det er en samarbeidende plan, gir det likevel ingen garanti for at ”vi” gjennomfører samarbeidet på en god måte. For å utvide og justere sin forståelse, kan det derimot være nyttig å ta utgangspunkt i ulikhetene (Aasland, 2014b). Dette kan trolig gjøres gjennom å bekrefte forståelsen til samarbeidende instans (Skjervheim, 1996). Samtidig sier en barnevernleder at det kan være positivt å ha utskiftninger i en instans. Slik jeg tolker henne, kan samarbeidet bære preg av at det ofte er de samme personene som samarbeider. De kan ha godt kjennskap til hverandre, som gjør samarbeidet forutsigbart, men som barnevernlederen sa til meg; kan konsekvensen av et dårlig samarbeid farge neste samarbeid. Å sette det ukjente i samarbeidet opp mot hverandre kan ulike synspunkter gi gode løsninger, som ikke bare er basert på hva som er gjort tidligere (Aasland, 2014).

En barnevernleder sier at hun krever at sine ansatte har forkunnskap om samarbeidende instanser. En leder av PHBU sier opplæringen av nyansatte foregår ved at de er med andre behandlere i deres samarbeidssaker. Hvor nyttig ”learning by doing”-metoden er i opplæring av nyansatte, kan diskuteres. I følge Glavin og Erdal (2018) bør opplæring av nyansatte være forankret i en opplæringsplan, som tydeliggjør muligheter og begrensninger i et samarbeid. En opplæringsplan kan være forankret på systemnivå, som kan resultere i at ledere får bedre oversikt over kompetansen til nyansatte. En lik opplæringsplan kan kvalitetssikre samarbeidskompetansen, da ”learning by doing” kan være individavhengig. Som i treleddet relasjon, krever opplæring av nyansatte en felles målsetting. Det kan være nyttig for en nyansatt å utvide forståelsen for verdier, holdninger, metoder, kjennskap til funksjoner og fagområder, og kjennskap til lover og rutiner for instansen. Dessuten kan nyansatte i barnevernet eller PHBU føle seg usikre i møte med en samarbeidende instans. Det kan være nyttig å ha vært med i andre saker for å kunne ha noe erfaring og relatere seg til. På den andre siden kan nyansatte også bli formet gjennom å være med i andre samarbeidssaker. Med dette mener jeg at nyansatte kan ha lett for å ta til seg metoder og arbeidsformer, da de ikke blir

utfordret til å tenke nytt og utenfor kjente rutiner og metoder. Det blir en form for overføring av samarbeidskompetanse basert på det enkelte individ som har ansvar for ”learning by doing” (Glavin og Erdal, 2018). Selv om opplæring av nyansatte krever tid og ressurser, vil sannsynligvis kompetansen i instansen styrkes og opprettholdes (Glavin og Erdal, 2018). ”Learning by doing”-metoden kan på den ene siden virke ressursbesparende i en hektisk arbeidshverdag. En barnevernleder sier de har lite tid til å reise ut til kommunene ut over de fastsatte samarbeidsmøtene. Forskning viser at det er en utfordring for PHBU å få tid til å delta i forebyggende arbeid (Kristofersen, 2007). Jeg kan tolke det som at opplæring av nyansatte ikke vil bli prioritert utover hva som er nødvendig opplæring. På den andre siden vil trolig en opplæringsplanen være med å kvalitetssikre kompetansen også i samarbeidet med andre instanser (Glavin og Erdal, 2018).

En barnevernleder forteller at PHBU har fastsatte samarbeidsmøter med instanser som skole, barnehage, PP-tjenesten og barnevernet en gang i måneden. Slik jeg forstår hvordan samarbeidsmøtet er organisert, melder barnevernet opp de mest prioriterte sakene til en koordinator. Hver instans får et bestemt tidspunkt å forholde seg til. Men hvordan vurderer barnevernet hvilke saker som skal meldes opp til drøfting med PHBU? Barnevernet opplever at PHBU ikke prioriterer mindre akutte saker (Kristofersen, 2007), som kan tyde på at barnevernet og PHBU tillegger vurderingene om alvorligheten ulikt. Barnevernet kan trolig vurdere å melde opp de minst alvorlige sakene til drøfting, da de opplever at PHBU er mindre tilgjengelige der. I en annen kommune forteller barnevernlederen at de ikke har prioritert de fastsatte møtene den siste tiden på grunn av blant annet kapasitetsproblemer og behovet for å delta. Derimot handler samarbeidskompetanse blant annet om å ivareta brukerorienteringen (Glavin og Erdal, 2018). Barnet og familien skal stå i fokus, og behovet for samarbeidet skal reguleres etter barnets behov. Barnevernlederen sier hun tenker det er noe som burde vært oppe å gå igjen. Hvis det er slik at det er ledernes ansvar å opprette samarbeidsmøter, vil det antakelig være ulik kvalitet rundt treffpunktene og samarbeidsmøtene mellom barnevernet og PHBU. En leder av PHBU sier at de fastsatte møtene med barnevernet på individnivå ble avsluttet på grunn av omstrukturering i kommunen. Likevel har møtene mellom barnevernet og PHBU foregått på systemnivå. Her møtes lederne og fagledere/teamledere i barnevernet og PHBU for å fastsette rammene for samarbeidet. En annen leder av PHBU sier hun savner møter på systemnivå. Hun sier videre at det er antakelig hun som må ta initiativ til det, men tiden strekker ofte ikke til. I forslag til ny barnevernlov skriver utvalget at det er behov for å

gjøre samarbeidet mellom barnevernet og PHBU forpliktende, gjennom lovpålagte samarbeidsavtaler med krav om innhold og tvisteløsningsordninger (NOU 2016:16). I følge barnevernloven (1992, § 3-2) skal barnevernet sørge for at barnets interesse blir ivaretatt hos andre offentlige organ. Likeså er samarbeidet nedfelt i spesialisthelsetjenesteloven (§§ 2-1 e, 1999; hol §6-1, 2011). Her står det at PHBU skal sørge for at det utarbeides en samarbeidsavtale mellom instansene. Glavin og Erdal (2018) hevder det bør opparbeides en plan for hvordan instansene kan gjøres kjent med samarbeidspartnerne, da det viser seg at barnevernet og PHBU har mangel på kunnskap om hverandres rammer og tjenesteområder (Helsetilsynet 2009). En samarbeidsplan kan blant annet inneholde en oversikt over hvem man skal forholde seg til ved den andre instansen. En leder av PHBU sier det handler om å møtes ansikt til ansikt. Man skal vite hvem som er lederen for den andre instansen, og man skal vite hvem som sitter på den andre siden når vi ringer til for eksempel barnevernet eller PHBU.

Slik jeg forstår informantene er kjennskap til hverandre som instans, betydningsfullt. Likevel kan et for godt kjennskap endre fokuset til de samarbeidende instansene. Møtene kan gå bort i hyggelig prat, for stor enighet og lite utfordringer som belyser barnets helse- og omsorgsbehov fra flere sider (Aasland, 2014). Kunnskap om hverandres lovverk kan gjøre informasjonsdelingen forutsigbar. Foreldrene kan trygges på at barnevernet og PHBU ivaretar barnets interesse. Likevel viser en utredning at en usikkerhet knyttet til informasjonsdeling og taushetsplikten, kan føre til at hjelpeinstanser ikke drøfter sin bekymring om for eksempel vold og seksuelle overgrep med barnevernet (NOU 2017:12). På en annen side kan godt kjennskap også føre til at informasjon som ikke er samtykket til, blir delt. Fremfor at barnevernet og PHBU jobber parallelt med ulik målsetting, kan sannsynligvis kunnskap om hverandres ansvarsområde gi rett hjelp til rett tid. Ingen av informantene i studien opplevde taushetsplikten som en hindring i samarbeidet. Likevel sier en leder av PHBU at vi må informere foreldre og barn om hvilken informasjon vi ønsker å dele med andre instanser. Samtykket bør gjelde kun informasjon som skal være nyttig i samarbeidet (Glavin og Erdal, 2013). Et samtykke fra foreldrene er ikke det samme som at taushetsplikten er opphevet. Det virker likevel som at taushetsplikten kan være et hinder for samarbeidet. Selv om PHBU er pliktig til å informere barnevernet, uten hinder for taushetsplikten (Bvl § 6-7, 1992), har ikke PHBU rett til ytterligere informasjon fra barnevernet. Kan taushetsplikten oppleves som en gråsoner i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU? Det kan virke som at det er opp til hver

enkel leder, behandler eller kontaktperson for hva de anser som greit å videreformidle. På en annen side tenker jeg at taushetsplikten er noe barnevernet og PHBU er kjent med, og taushetsplikten skal ikke være hemmende for hvordan instansene øker kjennskapen til hverandre.

Mangel på ressurser, ulik faglig forankring, ansvarsfraskrivelse, uenigheter i forståelse og iverksettelse av tiltak virker å være noen få utfordringer som blir trukket frem i studien til Andersson (2009). En barnevernleder fortalte om en koordinator som arrangerte og organiserte de månedlige samarbeidsmøtene mellom PHBU og kommunen. Flere samarbeidende instanser som tilbyr helse- og omsorgstiltak mangler en koordinator (Andersson, 2009). Jeg forstår det slik at en koordinator kan være en uavhengig person, som kan ha oversikt og organisere ulike treffpunktene og møtene. Mangel på ressurser og kapasitet blir likevel brukt som et argument når barnevernlederne og lederne av PHBU ikke deltar på felles arrangerte møter. En leder i en barneverntjeneste viser derimot initiativ til å dele kunnskap om faglig forankring og profesjonelle perspektiver, gjennom fagdager sammen med PHBU. En fagdag på tvers av instanser kan være en viktig arena for å øke kunnskapen om hverandre. Mangel på kunnskap og forståelse for ulikhetene mellom barnevernet og PHBU kan i verste fall føre til mangel på samarbeid (Myhrvold m.fl., 2011). En konsekvens av mangel på samarbeid, kan føre til at barnet ikke får dekket sine omsorg- og helsebehov. I følge informantene varierer kapasiteten og ressursene i de enkelte barneverntjenestene. Lederne for PHBU forteller meg at de har flere barneverntjenester de har ansvar for. Selv om en barneverntjeneste holder fagdager, er det derimot ikke automatikk i at de resterende barneverntjenestene tilbyr det samme. Samtidig som at det er et godt tiltak for at barnevernet og PHBU blir bedre kjent, kan likevel mangel på kapasitet og ressurser være en hindring i å få kunnskap om hverandre. En leder av PHBU sier det ofte kan handle om hvilken holdning vi går inn i samarbeidet med. Endrer man innstillingen om at ”det er krig, det er oss og dem”, kan sannsynligvis samarbeidet fungere godt. Holdninger kan bidra til at instansene søker kunnskap om hverandre, eller lar være å søke kunnskap. Riktig bruk av kunnskap, holdning og erfaring kan gi tidlig innsats overfor barn og familie (Glavin og Erdal, 2018).

6.3 Lederes involvering i samarbeidet på systemnivå kan øke kvaliteten på samarbeidet på individnivå

Det kan tyde på at et velfungerende samarbeid er bygget på en felles forståelse av barnet og jevnlig samarbeidsmøter. Hensikten med et samarbeid er at instansene skal gi et helhetlig tjenestetilbud ut i fra barnet og familiens behov (Willumsen og Ødegård, 2016). Samarbeid kan foregå gjennom ulike former og på ulike nivå. Samarbeidet mellom barnevernet og PHBU kan antas å være et eksternt samarbeid (Ødegård, 2016). I min studie foregår det eksternt samarbeidet mellom flere personer som representerer ulike instanser. Barnevernet skal bidra med sin kompetanse på barns omsorgsbehov i ulike situasjoner, mens PHBU skal bidra med sin kompetanse på psykiske lidelser. Hvordan instansene samarbeider kan være regulert etter rutiner og rammer som er bestemt på overordnet nivå. Utvikling av rutiner og avtaler viser derimot å ha en positiv virkning på samarbeidet (Myhrvold, m.fl., 2011; Andreassen, 2017).

Et samarbeid kan komme i form av et påtrykk fra ledelsen, eller som et eget initiativ på individnivå (Glavin og Erdal, 2018). Kommer det et påtrykk fra ledelsen om å samarbeide, kan det oppleves som et formelt system. På den andre siden kan et uformelt samarbeid basere seg på subjektens egne initiativ. Selv om subjektene i et samarbeid ofte er avhengig av en annen instans, kan det være utfordringer å enes om felles målsetting og fornuftig ansvarsfordeling. Manglende koordinering og styring av et samarbeid viser seg derimot å være utfordrende (Glavin og Erdal, 2018). Samtidig kan føringer fra ledelsen føre til manglende evne og vilje til å samarbeide på individnivå. Det kan likevel virke som at samarbeidet mellom barnevernet og PHBU krever en viss balansegang mellom initiativ på individnivå og føringer fra systemnivå. En leder av PHBU sier hun savner møter på systemnivå, samtidig sier en annen leder av PHBU at de har faste møter på systemnivå der rammene for samarbeidet blir satt. På slike møter kan lederne av barnevernet og PHBU enes om en felles forståelse for hvordan samarbeidet skal foregå, som blant annet hyppigheten av møtene, hva som skal tas opp på møtene, gjennomgang av saker, og rutine knyttet til samarbeidet. Forskning viser derimot at ansatte i PHBU og barnevernet føler liten påvirkningskraft over organisatoriske faktorer (Ødegård og Willumsen, 2006; Magnusson og Lützén, 2006). For at et samarbeid skal ha gode betingelser til å fungere, kan det være av betydning at det er nedfelt i kommunens planer, har god forankring i ledelsen, gode rutiner, og aktørene ser betydningen av å samarbeide (Glavin og Erdal, 2018). Jeg tolker likevel at

ledere av barnevernet og ledere av PHBU har en betydningsfull rolle i et samarbeid, da ledelsen bør være kjent med sitt ansvar for å oppnå samarbeidskompetanse (Glavin og Erdal, 2018). Det kan være av betydning hvor stor ledergruppen er i en instans, hvor mange ledere ansatte skal forholde seg til. En studie viser at jo større en ledergruppe er i en organisasjon, desto mindre dialog og større sakskonflikter er det (Bang og Midelfart, 2010). Det kan være en leder i en PHBU-seksjon, som må forholde seg til lederen over seg selv igjen. Siden mine funn viser at lederne av PHBU og barnevernlederne ikke er involverte i samarbeidet på individnivå, er det nærliggende å tro at lederen over seksjonslederne heller ikke er involvert på individnivå. En konsekvens av systemstyrt samarbeid kan føre til manglende innsatsvilje og lojalitet blant ansatte. Med et systemstyrt samarbeid kan det være utfordrende å skape felles verdier og forståelsesrammer i sin instans (Schein, 2004). Selv om ansatte i barnevernet og PHBU opplever liten makt overfor organisatoriske faktorer (Ødegård, og Willumsen, 2006; Magnusson og Lützné, 2006), viser derimot en tilsynsrapport at vurderingene om hvordan arbeidet skal gjennomføres, var mye opp til hver enkelt behandler i poliklinikkene i spesialisthelsetjenesten (Helsetilsynet, 2015). I den forbindelse viste det seg at flertallet av helseforetakene ikke hadde god nok systematisk lederstyring, som oppfølging og internkontroller av tjenestetilbudene til barn og unge. Det kan virke som at god lederstyring varierer i ulik grad. Det er derfor nærliggende å tro at kvaliteten på samarbeidet på individnivå også vil variere i ulik grad. Dette på grunn av lederens ansvar til å skape felles verdier og forståelsesramme i sin instans (Schein, 2004). Hva som er felles forståelse av barnet i samarbeidet mellom barnevernet og PHBU, virker å være like viktig i relasjonen mellom leder og ansatte. Et lederstyrt samarbeid kan bære preg av ”optimal utnyttelse av begrensede ressurser (Sævareid, 2014, s. 72), der ansatte i instansene forstår samarbeidets objekt som brukere av tjenestene. Det kan oppfattes som lite meningsfylt, da det utfordrer internaliserte verdier som omsorg og moralsk begrunnende handlinger (Sævareid, 2014).

Det kan virke som at informantene i studien har ulik forståelse for hva som er lederens rolle i et samarbeid. Barnevernlederne og lederne av PHBU er enige i at de har et overordnet ansvar og skal sørge for at det jobbes tverrfaglig mellom barnevernet og PHBU. En leder av PHBU sier hennes rolle er å sørge for at ansatte er kjent med lovverket og retningslinjene. Hun skal sørge for at ansatte har kunnskap om å samarbeide, og holde internkontroller på at rutinene blir fulgt. For å øke kunnskapen om å samarbeide bør det undervises i kommunikasjon, kommunikasjonsprosesser og samarbeidsstrategier (Glavin og Erdal, 2018). Hva skal til for at

lederne av barnevernet og PHBU legger til rette for ny kunnskap om samarbeidskompetanse? Funn i min studie tyder på at det er uklare oppfatninger av som er ledernes roller i et samarbeid mellom barnevernet og PHBU. En leder av PHBU forteller om at det går for treigt i en barneverntjeneste, det skjer for lite. Samtidig opplever flere ledere av barnevernet at PHBU trekker seg for raskt ut av et samarbeid. Det kan virke som at det er uklare roller i samarbeidet, samtidig som at samarbeidet har uklare mål. Slik jeg forstår det, kan det trekkes likheter mellom uklare mål i et samarbeid og toleddet relasjon. Subjektene i samarbeidet, som er barnevernet og PHBU, har ikke en felles forståelse for samarbeidets objekt (Skjervheim, 1996). For hvordan bestemmes målene for samarbeidet? I følge en barnevernleder handler det om hvem som var først inne i et samarbeid. Slik jeg tolker henne, mener hun her at samarbeidets rammer foregår på premissene til den som "eier" saken. Den som eier saken er den instansen som tok initiativ til samarbeidet. Hun sier videre at det er tydelige roller i et samarbeid som handler om et barn i fosterhjem eller barneverninstitusjon, der det har vært en omsorgsovertakelse. Barnevernet har ansvaret, og samarbeidet foregår på barnevernets premisser. Når det gjelder barn med hjelpetiltak i barnevernet, kan det virke som at PHBU har en annen forståelse av barnets behov. Slik jeg forstår en leder av PHBU, anser ikke hun barn med hjelpetiltak i barnevernet som barnevern, noe som kan føre til at barn med hjelpetiltak får henvisningen avvist. Hvordan kunnskapen blir formidlet, hvordan rollene er fordelt og hvordan målene i et samarbeid er bestemt, kan gi utslag på kvaliteten rundt møteledelsen (Ødegård og Willumsen, 2006; Magnusson og Lützén, 2006). Derimot viser det seg at et samarbeid som fungerer godt, kjennetegnes ved at instansene identifiserer potensialene i samarbeidet og fremmer utvikling. Et godt etablert samarbeid befinner seg på nivå fire (Wolf og medarbeiderne, 1994). Samarbeidet består av å bruke den enkeltes kompetanse aktivt for å nå målene. Samarbeidet blir jevnlig vurdert, og tiltakene er basert på brukerens behov (Wolf og medarbeiderne, 1994). For å få til en positiv utvikling hevder Wolf og medarbeiderne (1994) at det er viktig å være oppmerksom på vegring og motstand blant instansene i samarbeidet. En barnevernleder opplever et godt fungerende samarbeid når alle drar i samme retning. Slik jeg opplever lederne av barnevernet og lederne av PHBU sine erfaringer knyttet til samarbeidet, er det jevnt over godt. Hvem definerer et godt samarbeid, og hvem skal det være godt for? Slik jeg forstår det, burde et samarbeid være til det beste for barnet, samarbeidets objekt. Men i noen tilfeller kan samarbeidet mellom barnevernet og PHBU oppleves som parallellarbeid. På en skala hvor nivå én karakteriserer et dysfunksjonelt samarbeid, befinner parallellarbeid seg på nivå to (Glavin og Erdal, 2018). Instansene i

samarbeidet har mål for samarbeidet, med separerte hensikter. En barnevernleder forteller at samarbeidet mellom barnevernet og PHBU består av parallellarbeid i saker hvor foreldrene ikke har samtykket til samarbeid. I saker hvor foreldre har samtykket, forteller flere av barnevernlederne og en leder av PHBU at instansene jobber parallelt. Slik jeg forstår det, behøver ikke parallellarbeid å være negativt så lenge det foreligger en felles forståelse av barnet, eller felles målsetting med samarbeidet. Er det ikke en felles forståelse og målsetting, kan det virke som at det er en toleddet relasjon mellom barnevernet og PHBU (Skjervheim, 1996).

7. Avslutning

Funnene som er presentert i kapittel 5, tyder på at det er en større andel barnevernsbarn med mistenkt ADHD, traumer og alvorlig psykiske lidelser som blir henvist til PHBU. PHBU vurderer ut i fra en prioriteringsveileder når barnet har rett til helsehjelp. Det kan virke som at barnevernet og PHBU har utfordringer i samarbeidet når barnets omsorgssituasjon er uavklart. Det ligger i barnevernets mandat å vurdere barnets omsorgsbehov, og i hvilke tilfeller barnet må flytte til fosterhjem eller barneverninstitusjon. Likevel tyder funnene på at PHBU kan være uenige i barnevernets vurderinger. Et annet viktig funn er at barnevernlederne og lederne av PHBU ikke er direkte involvert i konkrete saker som gjelder barn. Jeg har i diskusjonskapittelet drøftet betydningen av ledernes involvering i samarbeidet. I lys av studien til Ødegård og Willumsen (2006; Magnusson og Lützén, 2006) opplever ikke ansatte i tjenestene å ha makt over organiseringen av samarbeidet. Lederne av barnevernet og lederne av PHBU legger til rette for samarbeidet gjennom å sikre at ansatte er kjent med lovverket, rutinene, kunnskap om den andre instansen, og hvordan samarbeide. For at det skal foreligge et godt samarbeid, tyder funnene på at det krever at barnevernet og PHBU kjenner til hverandre. Informantene tekker frem betydningen av å treffes til fastsatte samarbeidsmøter og kjenne til navnene på de du samarbeider med. Det kan likevel virke som at kapasitet og ressurser hindrer barnevernet og PHBU til å delta på møtene i tilstrekkelig grad. Jeg har i diskusjonen trukket inn betydningen av en felles forståelse av samarbeidet objekt, det vil si barnet, i lys av Skjervheims teori om treleddet og toleddet relasjon (1996). I en treleddet relasjon har barnevernet og PHBU lik forståelse for samarbeidets objekt, som kan være barnet behov for ulike tiltak og barnets psykisk helse. Likevel viser funn at barnevernet kan henlegge en sak med en henvisning til PHBU. Forståelsen av samarbeidets objekt kan være styrt av instansenes mandat, lovverk og faglige perspektiver. Lederne har et ansvar for å sørge for at barnevernet og PHBU samarbeider, der det er barnets behov. Jeg tolker likevel funnene som at det foregår mer parallellarbeid enn samarbeid mellom barnevernet og PHBU, når det gjelder barn med behov for bistand fra begge faginstansene.

Min problemstilling for masteroppgaven er:

”Hvordan vurderer ledere av barnevernet og ledere av PHBU samarbeidet mellom tjenestene, når et barn vurderes å ha behov for bistand fra begge faginstansene?”

Barnevernlederne og lederne av PHBU vurderer samarbeidet som mest sårbar når samarbeidet skal avsluttes. Barnevernlederne opplever at PHBU trekker seg for tidlig ut av et samarbeid, de har ofte lengre behov for kompetansen til PHBU. På den andre siden sier lederne av PHBU at de ikke skal gjøre pasientene avhengige av instansene, og trekker seg ut når barnets helsetilstand vurderes for forbedret. Samarbeidet vurderes som utfordrende når barnevernet og PHBU skal samarbeide om barn med alvorlig psykisk lidelse, som schizofreni, psykoseutvikling og suicidal-problematikk. Det kan virke som at det er en gråsoner i samarbeidet, og at det er behov for institusjoner som ivaretar barn i barnevernet med alvorlig psykisk lidelse. Lederne av instansene har et ansvar for at ansatte har samarbeidskompetanse og kunnskap om den andre instansen. Dette er noe som jeg vurderer er manglende i barnevernet og PHBU. Informantene i studien vurderer samarbeidet mellom barnevernet og PHBU til å fungere, men jeg forstår det likevel som at samarbeidet byr på utfordringer. Det kan virke som at lederne har en betydningsfull oppgave ved å ivareta et godt samarbeid. For å ivareta et godt samarbeid, krever det en treleddet relasjon mellom barnevernet og PHBU. Med utgangspunkt i funnene og teorien kan studien konkluderes med at relasjonen mellom barnevernet og PHBU virker å være toleddet, det vil si at det ikke foreligger en felles forståelse av barnet, som det samarbeides om.

8. Litteraturliste

- Aamodt, I. (2009). Grenser for makt og ansvar – institusjonelle rammebetingelser og praktisk handling i samarbeidet mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP). *Fokus på familien*, 2009, vol. 37 (1), s. 3-18. Hentet fra: https://www.idunn.no/fokus/2009/01/grenser_for_makt_og_ansvar_-_institusjonelle_rammebetingelser_og_praktisk_h
- Aamodt, I. (2014). Profesjonalitet og prioritering – Makt som styringens resultat. *Fokus på familien*, 2014, vol 42 (02), s. 158-179. Hentet fra: https://www.idunn.no/fokus/2014/02/profesjonalitet_og_prioritering_-_makt_som_styringens_resul
- Aamodt, L.G. (2012). Forholdet Barnevern-BUP; - sett i lys av Pierre Bourdieus teori om maktforhold og dominans. *Tidsskriftet Norges barnevern*, 2012, vol 89(1/2), s. 46-56. Hentet fra: https://www.idunn.no/tnb/2012/01-02/forholdet_barnevern_bup_-_sett_i_lys_av_pierre_bourdie
- Aasland, D.G. (2014a). Hva er det vi egentlig snakker om? Om samarbeidets objekt. I: Grelland, H.H., Eide, S.B., Kristiansen, A., Sævereid, H.I., og Aasland, D.G. *Samarbeidets filosofi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS.
- Aasland, D.G. (2014b). Hvem er vi? Om samarbeidets subjekt. I: Grelland, H.H., Eide, S.B., Kristiansen, A., Sævereid, H.I., og Aasland, D.G. *Samarbeidets filosofi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS.
- Andersson, H.W. (2009). *Pasienter og behandlingstilbud i psykisk helsevern for barn og unge*. Rapport 2/09. Oslo/Trondheim: SINTEF. Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport_a9714_pasienter_og_behandlingstilbud_i_psykisk_helsevern_for_barn_og_unge.pdf
- Andersson, H.W., og Norvoll, R. (2006). *Samhandling mellom kommunale tjenester og BUP – kvalitet og innhold i henvisningen og epikrisen*. Oslo: SINTEF Helse. Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/sintef_a595_samhandling_mellom_kommunale_tjenester_og_bup.pdf
- Andersson, H.W., og Steihaug, S. (2008). *Tilgjengelighet av tjenester for barn og unge med psykiske problemer: Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse*. Trondheim: SINTEF. Hentet fra:

<https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2464729/STF78A035005%2bTilgjengelighet%2bav%2btjenester.pdf?sequence=2&isAllowed=y>

- Andersson, H.W., Ådnes, M., og Hatling, T. (2004). *Nasjonal kartlegging av tilbud om diagnostisering og helhetlig behandling av barn og ungdom med hyperkinetiske forstyrrelser/ADHD*. Trondheim: SINTEF Helse. Hentet fra: https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/stf78_a045012---nasjonal-kartlegging-adhd.pdf
- Andreassen, N.M. (2017). *Samarbeid mellom psykisk helsevern for voksne og barnevern – en kvalitativ studie basert på erfaringer hos ansatte i psykisk helsevern for voksne*. (Mastergradsavhandling). Det helsevitenskapelige fakultetet, RKBU Nord.
- Bache-Hansen, E., Havik, T., og Grønningssæter, A.B. (2013). *Fosterhjem for barns behov. Rapport fra et fireårig forskningsprogram*. NOVA 16/2013. Hentet fra: <file:///Users/lenadahleiversen/Downloads/Nettversjon-NOVA-R-16-13.pdf>
- Bang, H. og Midelfart, T. N. (2010). Dialog og effektivitet i ledergrupper. *Tidsskrift for Norsk Psykolog Forening*, Vol 47, nr. 1, s. 4–15. Hentet fra: http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=101116&a=3
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2015). *Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste*. Rundskriv. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektoratet. Hentet fra: <http://nbup.no/wp-content/uploads/2015/09/Samarbeid-mellom-barneverntjenester-og-psykiske-helsetjenester-til-barnets-beste.pdf>
- Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2011). *Rapport 2010. Modellkommuneforsøket*. Oslo: Rambøll. Hentet fra: https://www.bufdir.no/Global/Rapport_Modellkommuneforsoket_2010.pdf
- Barne-, Ungdoms- og familiedirektoratet. (2014). *Akuttarbeid i kommunalt barnevern*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester. 17.juli 1992 nr. 100*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>
- Dallan, O. (2010). *Metode og oppgaveskriving for studenter. 4.utg*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Eide, S.B. (2014). Om å samarbeide – også med seg selv. I: I: Grelland, H.H., Eide, S.B., Kristiansen, A., Sævereid, H.I., og Aasland, D.G. *Samarbeidets filosofi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS.
- Falck, S., og Vorland, N. (2009). *Problemer har ikke kontortid. Akuttberedskapen i barnevernet*. Oslo: Norsk institutt for oppvekst, velferd og aldring. NOVA-rapport nr.5/2009. Hentet fra: http://www.nova.no/asset/342/1/3742_1.pdf

- Forvaltningsloven. (1967). *Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. 10.februar 1967*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>
- Fossum, S., Lauritzen, C., Vis, S.A.M, Ottosen, A., og Rustad, K.B. (2015). Samhandling mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge – en litteraturgjennomgang. *Tidsskrift Norges barnevern*. Nr.04 (2015). Hentet fra: https://www.idunn.no/tnb/2015/04/samhandling_mellom_barnevern_og_psykisk_helsevern_f_or_barn
- Gautun, H. (2009). *Det nye barnevernbyråkratiet. En studie av samarbeid mellom kommune og stat innen barnevernet*. Fafo-rapport 41/2009. Hentet fra: http://www.faf.no/media/com_netsukii/20131.pdf
- Glavin, K., og Erdal, B. (2013). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til det beste for barn og unge i Kommune-Norge*. 3.utg. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Glavin, K., og Erdal, B. (2018). *Tverrfaglig samarbeid i praksis. Til beste for barn og unge i Kommune-Norge*. 4.utg. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Halvorsen, K. (2008). *Å forske på samfunnet. En innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Oslo: Cappelen Akademiske Forlag.
- Havnen, K.S., Breivik, K., og Jakobsen, R. (2015). Stability and change – a 7- to 8- year follow-up study of mental health problems in Norwegian children in long-term out-of-home care. *Child & Family Social Work*, 19, s. 292-303. Hentet fra: <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/cfs.12001>
- Helsedirektoratet (2008). *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (Brosjyre). Oslo: Helsedirektoratet.
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. (St.meld. nr. 25) Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/b0c5168d7b574157977a877d2a68aa17/no/pdfs/stm199619970025000dddpdfs.pdf>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (1997-98). *Om opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006. Endringer i Statsbudsjettet for 1998*. (St.prp. nr. 63). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/stprp-nr-63-1997-98-/id201915/sec1>
- Helse- og omsorgsdepartementet. (2009). *Samhandlingsreformen – Rett behandling – på rett sted – til rett tid* (St.meld nr. 47). Hentet fra: <https://www.regjeringen.no/contentassets/d4f0e16ad32e4bbd8d8ab5c21445a5dc/no/pdfs/stm200820090047000dddpdfs.pdf>

- Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). *Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. 24.juni 2011 nr. 30*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30?q=helse-%20og%20omsorgstjenesteloven>
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell. 02.juli 1999 nr. 64*. Hentet fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonelloven>
- Helsetilsynet. (2009). *Utsatte barn og unge – behov for bedre samarbeid*. Oppsummering fra landsomfattende tilsyn i 2008 med kommunal helse-, sosial- og barneverntjenester til utsatte barn (5/2009). Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2015/helsetilsynetrapport3_2015.pdf
- Helsetilsynet. (2012). *Oppsummering av landsomfattende tilsyn i 2011 med kommunal barnevern – undersøkelse og evaluering*. Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2012/helsetilsynetrapport2_2012.pdf
- Helsetilsynet. (2015). *Mye å forbedre – vilje til å gjøre det*. Oppsummering fra landsomfattende tilsyn i 2013 og 2014 med spesialisthelsetjenesten: psykisk helsevern for barn og unge, barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikker (3/2015). Oslo: Statens Helsetilsyn. Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2015/helsetilsynetrapport3_2015.pdf
- Helsetilsynet. (2017). *Bekymring i skuffen*. Oppsummering fra landsomfattende tilsyn i 2015 og 2016 med barnevernets arbeid med meldinger og tilbakemeldinger til den som har meldt (1/2017). Hentet fra: https://www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/rapporter2017/helsetilsynetrapport1_2017.pdf
- Iversen, A.C., Havik, T., Jakobsen, R., og Stormark, K.M. (2008). Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet. *Norges barnevern, 2008 (1)*, s.3-9. Hentet fra: <https://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/2650/Barnevern1-2008.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Jacobsen, D.I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene*. 2.utgave. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Kaufmann, G. og Kaufmann, A. (2003). *Psykologi i organisasjon og ledelse*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Kayed, N.J., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A-M., og Wichstøm, L. (2015). *Resultater fra forskningsprosjektet psykisk helse blant barn og unge i barnevernsinstitusjon*.

- NTNU. RKBU-Midt Psykisk helse og barnevern. Hentet fra:
https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e
- Kjønstad, A. (2014) *Taushetsplikt om barn: kommunikasjon og samarbeid mellom helse- og omsorgstjenesten, skoleetaten, sosialtjenesten i NAV og barneverntjenesten*. 4.utg. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kristofersen, L.B. (2004). *Opptappingsplanens betydning for barn- og ungdomspsykiatri og barnevern. En underveisrapportering for perioden 1999-2002*. 112/2004. NIBR-notat. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Hentet fra:
<http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/filer/2004-112.pdf>
- Kristofersen, L.B. (2007). *Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester? Opptappingsplanen for psykisk helse, BUP og barnevern*. NIBR-rapport 13/2007. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning. Hentet fra: http://evaluering.nb.no/eval-utlevering/innhold/URN:NBN:no-nb_overfordokument_4405_Eval_0/pdf
- Kristofersen, L.B., Sverdrup, S., Haaland, T., og Wang Andresen, I-H. (2006). *Hjelpetiltak i barnevernet – virker de?* NIBR-rapport 2006:7. Barne- og likestillingsdepartementet. Hentet fra: <http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2006-7.pdf>
- Kvale, S. (1997). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju*. 3.utg, 2.oppl. Oslo: Gyldendal akademiske.
- Lauvås, K. og Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid – perspektiv og strategi*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lehmann, S., Havik, O.E., Havik, T., og Heiervang, E.R. (2013). Mental disorders in foster children: a study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health*, 2013, 7:39. Hentet fra:
<https://capmh.biomedcentral.com/articles/10.1186/1753-2000-7-39>
- Lurie, J. (2011). *Access to child and adolescent psychiatry for users of child protection services in Mid-Norway*. 19/2011. Trondheim: NTNU Samfunnsforskning. Hentet fra:
<https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Access%20to%20Child%20and%20Adolescent%20Psychiatry%202011.pdf>
- Lurie, J. Og Tjelflaat, T. (2009). *Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere*

tiltak. Trondheim; NTNU Samfunnsforskning AS og Barnevernets utviklingssenter i Midt-Norge. Hentet fra:

<https://samforsk.no/SiteAssets/Sider/publikasjoner/Samarbeid%20og%20samordning%20barnevern%20-%20BUP%20Rapport%2014-2009.pdf>

Magnusson, A., og Lütznén, K. (2009). Factors that influence collaboration between psyvhiatriv care and CSS: experiencec of working together in in the interest of persons with long-term mental illness living in the community. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 2009, vol 23(1), s. 140-145. Hentet fra: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1471-6712.2008.00600.x/full>

Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning – en innføring*. 3.utg. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Morgan, G. (1989). *Organisasjoner i bevegelse*. Oslo: Universitetsforlaget.

Myhrvold, T., Møller, G., Zeiner, H., Vardheim, I., Helgesen, M., og Kinge, T. (2011). *Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet*. RAPPORT 25/2011. Oslo: NIBR. Hentet fra:

<http://www.hioa.no/extension/hioa/design/hioa/images/nibr/files/2011-25.pdf>

Norvoll, R., Andersson, H.W., Ådnanes, M., og Osborg Ose, S. (2006). *Kommunale tjenester for barn, unge og familier: samordningsmodeller og lavterskeltilbud rettet mot de med psykiske problemer*. Oslo/Trondheim: SINTEF Helse. Hentet fra:

<https://www.sintef.no/globalassets/upload/helse/psykisk-helse/pdf-filer/rapport-sintef-a246-samordningsmodeller-og-lavterskeltibud.pdf>

NOU 2000:12 (2000). *Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Informasjonsforvaltning.

NOU 2009:22 (2009). *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo: Departementenes servicesenter, Informasjonsforvaltning.

NOU 2016:16 (2016). *Ny barnevernslov. Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.

NOU 2017:12 (2017). *Svikt og svik. Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Oslo: Departementenes sikkerhets- og serviceorganisasjon, Informasjonsforvaltning.

Næss, O. (2014). *Samarbeide eller samhandle? Er det noen forskjell?* Hentet fra:

<https://www.napha.no/content/14929/Samarbeid-eller-samhandling-Er-det-noen-forskjell>

Olsen, H. (2002). *Kvalitative kvaler. Kvalitative metoder og danske kvalitative interviewundersøgelers kvalitet*. København: Akademisk Forlag.

- Olsen, H. (2003). Veje til kvalitativ kvalitet. *Nordisk studies in Education*, 2002, vol. 23, s. 1-20.
Hentet fra:
https://www.idunn.no/np/2003/01/forum_veje_til_kvalitativ_kvalitet_om_kvalitetssikring_af_kvalitativ_interv
- Schein, E.H. (1987). *Organisasjonskultur og ledelse. Er kulturendring mulig?* Oslo: Mericur Media Forlag.
- Schein, E.H. (2004). *Organizational culture and leadership*. San-Fransisco, Calif: Jossey-Bass.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar - og andre essays*. Oslo: Engers Boktrykkeri AS.
- Smith, P.P. (1999). *Saksbehandling i barnevernet. En håndbok*. Oslo. Kommuneforlaget.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenester. 2.juli 1999 nr. 61*. Hentet fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Sævereid, H.I. (2014). Samarbeid som skranter. I: I: Grelland, H.H., Eide, S.B., Kristiansen, A., Sævereid, H.I., og Aasland, D.G. *Samarbeidets filosofi*. Oslo: Gyldendal Akademiske Forlag AS.
- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode*. 4.utg. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Tjora, A. (2012). *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. 2.utg. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Vinnerljung, B., Hern, A., og Lindblad, F. (2006). Suicide attempts and severe psychiatric morbidity among former child welfare clients – a national cohort study. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 47, s. 723-733. Hentet fra:
<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/full/10.1111/j.1469-7610.2005.01530.x>
- Vis, S.A., Handegård, B.H., Holtan, A., Fossum, S., og Thørnblad, R. (2014). Social functioning and mental health among children who have been living in kinship and non-kinship foster care: results from an 8-year follow-up with a Norwegian sample. *Child & Family Social Work*.
Hentet fra:
<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/cfs.12001/abstract;jsessionid=34FFF827E1345B7CAD00F1F8014E2D67.f01t03>
- Willumsen, E. (2006). *Interprofesjonal collaboration in residential childcare*. Doctoral thesis, Nordic School of Public Health. Gothenburg.
- Willumsen, E., Sirnes, T., og Ødegård, A. (2016). Nye samfunnsformer – et samfunnsoppdrag. I: Willumsen, E og Ødegård, A. (Red.), *Tverrprofesjonelt samarbeid – et samfunnsoppdrag*. 2. Utg. Oslo: Universitetsforlaget.
- Willumsen, E. og Ødegård, A. (2016). *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag*. 2.utg. Oslo: Universitetsforlaget.

Wolf, G.A., Boland, S., og Aukerman, M. (1994). "A Transformational Model for the Practice of professional Nursing". Part 1, The Model. *JONA 24, No. 4, 1994. S. 51-57.*

World Health Organization. (2010). *Framework of Action on Interprofessional Education and Collaborative Practice*. Hentet fra:

http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/70185/1/WHO_HRH_HP_N_10.3_eng.pdf?ua=1

Ødegård, A. (2016). Konstruksjoner av tverrprofesjonelt samarbeid; I Ødegård, A., og Willumsen, E. (2016)(red). *Tverrprofesjonelt samarbeid, et samfunnsoppdrag*. Oslo: Universitetsforlaget AS.

Ødegård, A., og Willumsen, E. (2009). Felles innsats eller solospill?- en kvalitativ studie om tjenesteyteres samarbeid omkring barn og unge. *Tidsskrift Norges barnevern, 2011(4), s. 189-198*. Hentet fra: <https://www.idunn.no/tnb/2011/04/art04>

9. Vedlegg

Vedlegg 1. Informasjonsskriv



Institutt for sosialt arbeid

Forespørsel om deltakelse i masterprosjektet ”Tverrfaglig samarbeid mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge”.

Jeg inviterer deg til å delta i mitt masterprosjekt som omhandler samarbeidet mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP). Jeg ønsker å belyse ledere fra barneverntjenesten og ledere fra BUP sine beskrivelser av samarbeidsprosessen mellom tjenestene i saker hvor det vurderes at barnet har behov for bistand fra begge instansene.

Bakgrunn og formål

Formålet med studien er å få innsikt i hvordan et samarbeid mellom det kommunale barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) foregår. Jeg ønsker å skaffe beskrivelser og erfaringer fra ledere om samarbeidsprosesser mellom barnevernet og BUP, og hvordan ledere av tjenestene legger til rette for et samarbeid mellom instansene, hvilke saker samarbeider instansene om og hvordan foregår samarbeidet.

Studien foregår på NTNU, institutt for sosialt arbeid. Her tar jeg en master i barnevern. Jeg har brukt et strategisk utvalg for å rekruttere informanter til mitt prosjekt. Jeg har ringt direkte til ledere for ulike barneverntjenester og BUP-seksjoner i Midt-Norge. I telefonsamtalen har jeg presentert meg selv, mitt prosjekt og hensikten med prosjektet. Du er trukket ut da du takket ja til å være med og da du utfyller mine utvalgsriterier.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Ledere av barneverntjenestene og ledere av BUP vil bli spurt om deres opplevelser og erfaringer fra samarbeidet mellom barnevernet og BUP. Jeg ønsker eksempler fra praksis, men det innebærer ikke at du som deltaker må oppgi helseopplysninger eller annen taushetsbelagt informasjon.

Jeg vil foreta et dybdeintervju med hver av deltakerne. Jeg ønsker å ha et mest mulig åpent intervju der jeg har laget meg fire konkrete spørsmål, det som kommer opp av spørsmål underveis vil være i oppfølging av det du forteller meg. Intervjuet vil ha en varighet på ca. 1-2 timer. Spørsmålene i intervjuet vil omhandle temaer knyttet til samarbeidsprosessen mellom barnevernet og BUP i saker hvor det vurderes at barnet har behov for bistand fra begge instansene. Jeg ønsker å bruke båndopptak under intervjuet slik at jeg kan transkribere det i etterkant. Båndopptak er selvfølgelig frivillig. Med båndopptak får jeg også vært delaktig under intervjuet.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle personopplysninger vil bli behandlet konfidensielt. Etter intervjuene vil jeg transkribere båndopptaket på egne program på min pc. Transkribering og båndopptak vil bli adskilt og innelåst i skap. Det er kun meg og veileder som får tilgang på hvem mine informanter er og transkriberingen av intervjuene. Båndopptaket vil bli slettet etter at masteroppgaven er fullført. Navn, arbeidsforhold og andre personopplysninger vil bli anonymisert, og du vil ikke bli gjenkjent i masteroppgaven. Navn vil bli erstattet med fiktive navn eller Informant 1.

Prosjektet skal etter planen avsluttes innen utgangen av 2018. Båndopptaket vil bli slettet og all informasjon som kontaktopplysninger, navn etc. vil bli makulert etter at jeg har gjennomført mastergradsprosjektet.

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 fortsatt ønsker å delta eller har spørsmål til studien, ta kontakt med *Lena Dahle Iversen*. Telefon: 415 64 173. Veileder for prosjektet: *Randi Lise Juul*. Telefon: 984 83 765.

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

Samtykke til deltakelse i studien ”*Tverrfaglig samarbeid mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge*”.

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

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 2. Intervjuguide

- 1. Hva er bakgrunnen når barnevernet og BUP innleder et samarbeid?**
- 2. Hva kjennetegner saker det samarbeides om mellom barnevernet og BUP?**
- 3. Hvordan foregår samarbeidet mellom barnevernet og BUP?**
- 4. Hva er lederens rolle i et samarbeid mellom barnevernet og BUP?**

Vedlegg 3: Godkjenning fra NSD



Randi Juul

7491 TRONDHEIM

Vår dato: 12.10.2017

Vår ref: 56076 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres ref:

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 20.09.2017.
Meldingen gjelder prosjektet:

<i>56076</i>	<i>Tverrfaglig samarbeid mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge når barn vurderes å ha behov for bistand fra begge instansene.</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>NTNU, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Randi Juul</i>
<i>Student</i>	<i>Lena Dahle Iversen</i>

Vurdering

Etter gjennomgang av opplysningene i meldeskjemaet med vedlegg, vurderer vi at prosjektet er omfattet av personopplysningsloven § 31. Personopplysningene som blir samlet inn er ikke sensitive, prosjektet er samtykkebasert og har lav personvernuleppe. Prosjektet har derfor fått en forenklet vurdering. Du kan gå i gang med prosjektet. Du har selvstendig ansvar for å følge vilkårene under og sette deg inn i veiledningen i dette brevet.

Vilkår for vår vurdering

Vår anbefaling forutsetter at du gjennomfører prosjektet i tråd med:

- opplysningene gitt i meldeskjemaet
- krav til informert samtykke
- at du ikke innhenter [sensitive opplysninger](#)
- veiledning i dette brevet
- NTNU sine retningslinjer for dataskikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.
Informasjon må minst omfatte:

- at NTNU er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileder) sine kontaktopplysninger

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

- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hvordan opplysningene innhentes
- når prosjektet skal avsluttes og når personopplysningene skal anonymiseres/slettes

På nettsidene våre finner du mer informasjon og en veiledende mal for [informasjonsskriv](#).

Forskningsetiske retningslinjer

Sett deg inn i [forskningsetiske retningslinjer](#).

Meld fra hvis du gjør vesentlige endringer i prosjektet

Dersom prosjektet endrer seg, kan det være nødvendig å sende inn endringsmelding. På våre nettsider finner du svar på hvilke [endringer](#) du må melde, samt endringskjema.

Opplysninger om prosjektet blir lagt ut på våre nettsider og i Meldingsarkivet

Vi har lagt ut opplysninger om prosjektet på nettsidene våre. Alle våre institusjoner har også tilgang til egne prosjekter i [Meldingsarkivet](#).

Vi tar kontakt om status for behandling av personopplysninger ved prosjektslutt

Ved prosjektslutt 20.12.2018 vil vi ta kontakt for å avklare status for behandlingen av personopplysninger.

Gjelder dette ditt prosjekt?

Dersom du skal bruke databehandler

Dersom du skal bruke databehandler (ekstern transkriberingsassistent/spørreskjemaleverander) må du inngå en databehandleravtale med vedkommende. For råd om hva databehandleravtalen bør inneholde, se [Datatilsynets veileder](#).

Hvis utvalget har taushetsplikt

Vi minner om at noen grupper (f.eks. opplærings- og helsepersonell/forvaltningsansatte) har [taushetsplikt](#). De kan derfor ikke gi deg identifiserende opplysninger om andre, med mindre de får samtykke fra den det gjelder.

Dersom du forsker på egen arbeidsplass

Vi minner om at når du [forsker på egen arbeidsplass](#) må du være bevisst din dobbeltrolle som både forsker og ansatt. Ved rekruttering er det spesielt viktig at forespørsel rettes på en slik måte at frivilligheten ved deltakelse ivaretas.

Se våre nettsider eller ta kontakt med oss dersom du har spørsmål. Vi ønsker lykke til med prosjektet!

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Belinda Gloppen Helle

Kontaktperson: Belinda Gloppen Helle tlf: 55 58 28 74 / belinda.helle@nsd.no