

Åshild Sande

HELSESTASJONER SITT SAMARBEID MED BARNEVERNETS DØGN- FAMILIESENTRER.

En kvalitativ studie om erfaringer helsesøstre (helsesykepleiere) har, og ønsker de fremmer, i samarbeid om et godt tilbud rundt barna.

Masteroppgave i Masterprogram for barn og unges
psykiske helse

Veileder: Borgunn Ytterhus
Februar 2019

Åshild Sande

HELSESTASJONER SITT SAMARBEID MED BARNEVERNETS DØGN- FAMILIESENTRER.

En kvalitativ studie om erfaringer helsesøstre (helsesykepleiere) har, og ønsker de fremmer, i samarbeid om et godt tilbud rundt barna.

Masteroppgave i Masterprogram for barn og unges psykiske helse
Veileder: Borgunn Ytterhus
Februar 2019

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet
Fakultet for medisin og helsevitenskap
Institutt for psykisk helse

SUMMARY

Health centers are part of Norwegian municipalities' first-line service and residential early parenting centres/family centers within child welfare service are part of state-owned second-line service. Both are pointed out by the Norwegian authorities as important in helping infants and young children at risk of being exposed to violence and neglect. This qualitative study explores the nurses' experiences in the collaboration around these risk children. The study's problem is: What experiences do public health nurses have in collaboration with residential early parenting centres/family centers within child welfare service, around vulnerable infants and toddlers? Ten semi-structured in-depth interviews were conducted in the spring of 2018 and the analysis of the data material has followed the recommendations of Charmaz (2014) in Constructing Grounded Theory (CGT). The main finding is that (i) the health nurses experience little information from the child welfare/center, that (ii) they are mainly satisfied with content at the center when this is known and that (iii) they want to be involved in the work around the families. The study shows that there is a greater understanding amongst public health nurses for the necessary use of force when helping children than has appeared in earlier studies. The health nurses put their loyalty to the child and the desire for the child's development to be positive. The study describes emotional stress among helpers around children in situations of violence and neglect. Difficulties nurses experience are about lack of initiated communication from family centres and the child welfare services. It may seem that this is linked to unclear understandings of the boundaries between law, health and child welfare. Practical implications: (i) Contact between family centers and health centers/public health nurses should be put into system through regular routines; (ii) Family centres/child welfare services should more often give information to child health centres/public health nurses, (iii) Family centres/child welfare services should learn more about rules for confidentiality, information right and duty to provide information and (iv) Emotional stress among employees who work closely with children at risk of neglect and violence must be taken seriously and help with the management of stress put into system.

Keywords: Cooperation, health nurses, child welfare family centres/residential early parenting centres.

Eventyret om den vesle jenta som ville hjelpe. (FORORD).

Det var en gang tidlig på 80-tallet at ei jente på 20 år ville bli sosionom for å hjelpe andre. Jenta tenkte at når man skal hjelpe andre er det sikkert lurt at flere som kan forskjellige ting slår seg sammen, derfor skrev hun og to andre på sosionom-studiet ei oppgave om tverrfaglig samarbeid. De intervjuet ei lege-dame i kjøkkenet det blå på Fosen, og den vesle jenta var imponert over engasjement og muligheter lege-dama uttrykte i samarbeid rundt utsatte barn.

Så satt den vesle jenta i sitt første tverrfaglige møte, i sin første jobb. Jenta så kommunelegen inn i øyene og sa: «Jeg synes det er lurt at vi forteller litt fra hverandre sine arbeidsfelt slik at vi lærer litt mer om hva de forskjellige gjør og hvordan vi kan samarbeide». Jenta glemte ikke blikket kommunelegen ga henne. Og temaet ble ikke snakket om.

Jenta ble større, hun fikk to barn og var i sin andre jobb. Der møtte hun to helsesøstre. «Vet du», sa helsesøstrene, «vi har kontakta barnevernet i år etter år og det skjer ingenting, det er fortvilende». Jenta var fremdeles lita og klarte ikke gjøre så mye men plutselig var det en hel gjeng i den kommunen som ble engasjert og som så muligheter: Det var lege, PPT, sosionomer og barnevernarbeidere – sammen med helsesøstrene.

Når BUP kom på tverrfaglige møter i denne kommunen tidlig på 90-tallet, ble informasjon fra ulike hjelpeinstanser delt og drøftet. Den gamle psykiateren fra BUP så på alle som var tilstede over brilleglassene sine og sa: «Dere vet hva dere har å gjøre, gjør det».

Skal si det ble rabalder! I denne kommunen, som i mange på den tiden, hadde barnevernet slumret og kun gjort forsiktige framstøt til foreldre med oppfordring om å være så snill å håndtere barna sine bra. Og hvis foreldre ikke klarte det, ble de oppfordret på nytt. Helt til barna var voksne. Nå ble det derimot skrevet om barna til barnevernsnemnd og senere til fylkesnemnd, det ble advokater og styr og ståk! Den vesle jenta, som nå hadde fått sitt tredje barn, følte at arbeidet med å hjelpe utsatte barn var krevende. Det var så mye kjeft å få! Det var så vanskelig å gjøre det som trengtes midt oppi slik motvind! Men tverrfaglig kontakt ga trygghet, og ulike faggrupper arbeidet mot samme mål og fordelte oppgaver og roller.

Plutselig hadde den vesle jenta blitt gammel dame. Hun hadde møtt ulike helsesøstre og andre søstre og brødre på sin vandring. Men klarte aldri å glemme de 14 årene med den tverrfaglige søskenflokk den gangen. Hun hadde hatt mindre kunnskap da, men var ikke samarbeidet godt gjennomført? Hun så seg rundt dit hun nå var kommet i verden og tenkte: «Hvordan er samarbeidet nå?» Den gamle dama var ikke eldre enn at det ville hun finne ut. Hun satte i gang med master-oppgave. Hun skrev og hun skrev, lenger enn langt. Og når hun endelig var ferdig, takka hun de gode hjelperne sine:

Hanne – som lærte meg at man må kjempe for å hjelpe utsatte barn
Arnstein – som tar imot hun som kommer hjem etter kampene
Informantene – 10 helsesøstre som lot meg intervju dem
Borgunn – som veiledet trygt i skriving av oppgaven
Ann Karin – som var medvandrer på master-veien

Trondheim, 24.02.19

Åshild Sande

INNHOOLDSLISTE

1. INTRODUKSJON.....	s. 1
2. JURIDISK OG TEORETISK PERPEKTIV PÅ VOLD/OMSORGSSVIKT.....	s. 4
2.1 Juridisk beskyttelse av barn fra vold og omsorgssvikt.....	s. 4
2.1.1 FN's barnekonvensjon.....	s. 4
2.1.2 Norske lovregler for meldeplikt til barnevern og til sosialtjeneste...	s. 4
2.1.3 Norske lovregler for barnevernets deling av informasjon.....	s. 4
2.2 Kunnskap om konsekvenser for av vold og omsorgssvikt i barndom.....	s. 5
2.3 Hvilke konsekvenser har vold og omsorgssvikt for det enkelte barnet?	s. 7
2.4 Å være hjelper for barn som kanskje lever med vold/omsorgssvikt	s. 7
3. OVERSIKT OVER LITTERATUR	s. 9
3.1.Tjenesteoppbygning i Norge, relevante politiske dokumenter osv.....	s. 9
3.1.1 Tjenesteoppbygning	s. 9
3.1.2 Dag-familiesentre i norske kommuner	s. 10
3.1.3 Relevante norske politiske dokumenter	s. 10
3.1.4 Relevant norsk forskning og materiale, utgitt i norske rapporter.....	s. 11
3.2 Litteratur-søk	s. 13
3.2.1 Generelle kriterier for avgrensning av mine søk	s. 13
3.2.2 Utvalgte artikler.....	s. 13
3.3 Oversikt over relevant forskningslitteratur	s. 15
3.3.1 Tidlig intervensjon	s. 15
3.3.2 Samarbeid mellom tjenester som følger opp utsatte barn	s. 15
3.3.3 Helsepersonell sin rolle i familier med omsorgssvikt og vold	s. 16
3.3.4 Behov for opplæring og veiledning	s. 17
4. METODEKAPITTEL	s. 19
4.1 Grunnleggende metodologisk tilnærming	s. 19
4.2 Utvalg og type data.....	s. 19
4.3 Intervjuene	s. 20
4.4 Dataanalyse	s. 21
4.5 Gyldighet	s. 23
4.6 Pålitelighet	s. 25

4.7 Etiske betraktninger	s. 26
4.7.1 Formell etikk	s. 26
4.7.2 Situasjonell etikk	s. 27
4.7.3 Relasjonell etikk	s. 27
5. RESULTAT	s. 29
5.1 Opplever lite kontakt fra senter/barnevern	s. 30
5.2 Opplever god effekt av å jobbe i lag	s. 32
5.3 Er i hovedsak tilfreds med innhold dersom det er kjent	s. 34
5.4 Beskriver hvordan senter/barnevern løfter og krenker	s. 37
5.5 Alle barn har ei helsesøster	s. 39
5.6 Ønsker kontakt med og besøk på senter	s. 41
5.7 Ønsker sikring av tett nok hjelp ved utflytting	s. 43
6. DRØFTING	s. 45
6.1 Hvordan opplever helsesøstre kontakten med familiesenter og	s. 45
6.2 Hvordan beskriver helsesøstre innholdet i opphold	s. 50
6.3 Hvordan ville helsesøstre ideelt sett ønske innhold og samarbeid..	s. 53
7. KONKLUSJON.....	s. 57
Praktiske konsekvenser	s. 58
Teoretiske konsekvenser	s. 58
Begrensninger i studien	s. 59

TABELLER OG FIGUERER

Figur 1:	Potensiell innflytelse av dårlige barndomserfaringer.....	s. 5
Figur 2:	Hvilke barn er i kontakt med helsestasjon, barnevern og senter.....	s. 10
Tabell 1:	Oversikt over artikler valgt ut gjennom litteratur-søk.....	s. 14
Tabell 2:	Eksempel fra kodeprosess.....	s. 22
Figur 3:	Kategorier konstruert ut fra funn i intervju-undersøkelse.....	s. 29
Tabell 3:	Oversikt over type kontakt mellom informantene og familiesenter... ..	s. 30

VEDLEGG

- Nr. 1. Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt, inkludert samtykke-skjema
- Nr. 2. Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning
- Nr. 3. Intervju-guide

1.INTRODUKSJON

I mars 2014 demonstrerte mer enn 600 elever foran det norske Stortinget med krav om flere helsesøstre i skolen (Waldum-Grevbo, 2015). Helsestasjoner kan oppleve massiv støtte. Norsk barnevern derimot, er en instans folke-masser innenlands og utenlands har demonstrert *mot* med plakater som «Norway, stop child kidnapping» (Norman, 2016). *En* instans som er godt kjent og med stor tillit rettet mot seg og *en* instans som mange vet lite om og med mistillit rettet mot seg. *En* instans som skal fremme folkehelse og forebygge at sykdom og skade oppstår (Helsedirektoratet, 2017) og *en* instans som skal «sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling får nødvendig hjelp, omsorg og beskyttelse til rett tid» (Barnevernloven, 1992, paragraf 1-1).

Yrket «helsesøster» ble formalisert i 1947 da den første spesielle utdanningsinstitusjonen for helsesøstre ble etablert. Helsesøstrene arbeidet i nær kontakt med distriktsleger, som definerte innholdet i oppgaver. Store folkehelseproblemer den gangen var sykdommer som for eksempel turberkolose og poliomyelitt (Andrews & Wærness, 2004, s. 329). Døgn-familiesentre innen barnevern har sitt historiske utspring i «mødrehjem» som ble etablert i starten av 1900-tallet av ulike private organisasjoner som for eksempel Frelsesarmeen. Målet for drift av mødrehjem var å redde liv til kvinner og barn, det var mange gravide, ugifte kvinner som valgte å ta livet av seg og barnet. I takt med endringer i holdninger og støtteordninger til enslige mødre, endret innholdet i mødrehjem seg. På 80-tallet ble betegnelsen gjerne familiesenter eller senter for foreldre og barn, og der ble råd og veiledning gitt for å øke mødre og etter hvert også fedre sin omsorgskompetanse (Henne, 2007, s. 33 og s. 92).

I dag er vold mot barn et av de store folkehelseproblemene (NOU 2003:31, 2003). Å avdekke vold mot barn går rett inn i helsestasjoners kjerneområde av oppgaver, ut fra et oppdrag om å forebygge at sykdom og skade oppstår. Å bekjempe vold mot barn er også barnevernets kjerneoppgave. For både helsestasjoner og barnevernets døgn-familiesentre er oppdraget primært rettet mot sped- og småbarn. Hensikten med min masteroppgave er å finne mer ut om samarbeidet mellom disse, formulert i en konkret problemstilling: Hvilke erfaringer har helsesøstre/helsestasjonsleger i samarbeid med døgn-familiesentre? Fordi jeg ikke fikk leger som informanter endret jeg problemstillingen til: Hvilke erfaringer har helsesøstre i samarbeid med døgn-familiesentre? Fra problemstillingen utledet jeg følgende forskningsspørsmål:

- Hvordan opplever helsesøstre kontakten med familiesenter og det å være del av et samarbeid rundt familiene?
- Hvordan beskriver de innholdet i opphold ved familiesenter?
- Hvordan ville de ideelt sett ønske at innhold og samarbeid med sentrene hadde vært?

For å finne svar på spørsmålene vil jeg først definere noen viktige ord og begreper som er vanlige å bruke i feltet min masteroppgave skal utforske.

Ulike definisjoner:

Vold: WHO (Verdens helseorganisasjon) definerer vold som forsettlig bruk, eller trussel om bruk, av fysisk makt eller tvang, rettet mot en selv, andre enkeltpersoner eller en gruppe, som enten resulterer i, eller har høy sannsynlighet for å resultere i, død, fysisk eller psykisk skade, eller mangelfull utvikling. I WHO`s voldsbegrep inngår både fysisk vold, seksuelle og psykologiske overgrep og omsorgssvikt (NKVTS). Jeg legger denne definisjonen til grunn for vold men skriver også noen ganger ordet «omsorgssvikt» for å understreke når det gjelder situasjoner preget av mangel på handling.

Barnevern: I oppgaven min referer «barnevern» til «kommunal barneverntjeneste». Barnevern er ulikt organisert og har ulikt innhold rundt i verden og begrepene «child protection» (barnebeskyttelse) og «child welfare» (barne-velferd, hjelp til familier) brukes. Mens fokus på «protection» tidligere var typisk for USA, Canada og England hadde de nordiske landene mer «welfare» - fokus. Alle land har de senere år utvidet omfanget av «welfare», med forsøk på tidlig innsats og forsøk på samarbeid med foreldre. Samtidig har land med «welfare»-fokus prøvd å respondere bedre på situasjoner der barn skades av sine foreldre. I balansen mellom beskyttelse av barn og hjelp til familier brukes nå «en barne-fokusert tilnærming» som nytt begrep (Gilbert, Parton & Skivenes, 2011, s. 252). Oppgaven min omhandler døgn-senter som er et hjelpetiltak («welfare») i barnevernet, samtidig som utredning ved døgn-senter kan lede til at omsorg for barnet blir overtatt («protection»). Jeg ser litteratur fra alle deler av barnevernet som relevant, både child welfare og child protection. Også når yrker omtales som sosialarbeidere, men der innhold i deres arbeid virker å ligge tett opp til barnevern-arbeid.

Helsepersonell: Forskningslitteratur jeg har funnet beskriver ulike typer helsepersonell som leger, helsesøstre og andre. Jeg ser alle yrkesgrupper som relevante så lenge de er innenfor helsesektoren og det omhandler kontakt med barnevern eller vurderinger om slik kontakt. Når jeg ikke oppfatter tydelig hvilket yrke det er eller at det vises generelt til yrker innen helse, skriver jeg «helsepersonell». Under egne resultater skriver jeg «helsesøster» og «informant»

om hverandre, for å variere språk. Jeg bruker ikke den nye tittelen «helsesykepleier».

Familiesenter: Jeg skriver både «familiesenter» og «senter». Familiesenter beskrives mer under punkt 3.1.1, om tjeneste-oppbygning.

Før jeg belyser samarbeidet mellom helsesøstre og barnevernets familiesentre, vil jeg framheve noen av de juridiske rammene som regulerer barns rettigheter og hvilke plikter offentlige myndigheter og ansatte har i å beskytte barn fra vold (punkt 2.1) Jeg vil beskrive konsekvenser vold har for barns utvikling og helse (punkt 2.2). Til slutt i kapitlet tar jeg fram kunnskap om hva som spiller inn for hvordan det enkelte barn sin utvikling blir (punkt 2.3) og kunnskap om utfordringer hos hjelpere som arbeider nær de minste barna (punkt 2.4).

Disse perspektivene ser jeg som mest relevante for problemstillingen min. Den handler om et samarbeid rundt barn som står i situasjoner der det er knyttet stor usikkerhet til om de lever i vold/omsorgssvikt og eventuelt hvor alvorlig det er. Og samarbeidet involverer en oppgave hos de involverte om å finne ut hvordan det enkelte barnet har det og gi riktig hjelp.

2. JURIDISK OG TEORETISK PERSPEKTIV PÅ VOLD OG OMSORGSSVIKT

2.1 Juridisk beskyttelse av barn fra vold og omsorgssvikt

2.1.1 FN`s barnekonvensjon

FN`s barnekonvensjon ble vedtatt av FN`s generalforsamling 20. november 1989. I møte med mulig omsorgssvikt/vold er artiklene 3 og 19 særlig viktige:

Artikkel 3.1: Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.

Artikkel 19.1: Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative, sosiale og opplæringsmessige tiltak for å beskytte barnet mot alle former for fysisk eller psykisk vold, skade eller misbruk, vanskjøtsel eller forsømmelig behandling, mishandling eller utnytting, herunder seksuelt misbruk, mens en eller begge foreldre, verge(r) eller eventuell annen person har omsorgen for barnet (FN`s barnekonvensjon).

2.1.2 Norske lovregler for meldeplikt til barnevern og til sosialtjeneste.

Helsepersonelloven pålegger helsepersonell å melde fra til barnevernet «når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt» (paragraf 33). Samme lovs paragraf 32 pålegger helsepersonell å melde fra til kommunal helse- og omsorgstjeneste «når det er grunn til å tro at en gravid kvinne misbruker rusmidler på en slik måte at det er overveiende sannsynlig at barnet vil bli født med skade».

2.1.3. Norske lovregler for barneverns deling av informasjon med samarbeidspartnere

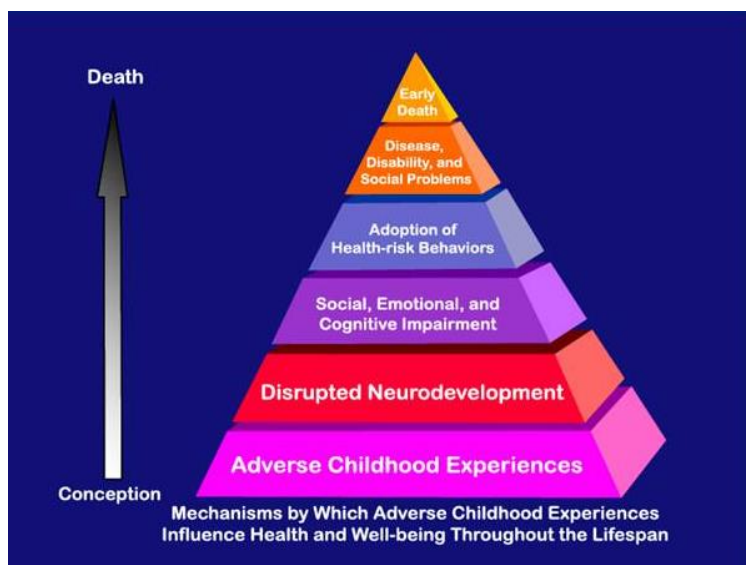
Unntak fra barnevernansattes taushetsplikt er presisert i Rundskriv Q-24, mars 2005 (Barne- og familiedepartementet, 2005). Hensyn som skal ivaretas beskrives blant annet som å «hindre unødvendig spredning av personlige opplysninger i barnevernssaker, samtidig som de skal ivareta barnevernets behov for å motta og videreformidle opplysninger for å sikre det enkelte barn best mulig oppfølging» (s. 6, min understreking). Et eget kapittel i rundskrivet handler om barnevernets adgang til å formidle opplysninger til og å samarbeide med andre. Adgang blir beskrevet å gjelde blant annet ved samtykke, ved anonymisering og når det er nødvendig for å forebygge vesentlig fare for liv eller alvorlig skade. I samarbeid rundt barn der foreldre ikke gir samtykke, kan opplysninger bli gitt for å fremme barnevernets eller institusjonens oppgaver (barnevernloven paragraf 6- 7, 3. ledd). Eksempler som blir gitt er når

helsesøster trenger informasjon for å følge opp et lite barn med særlige behov (s. 18), en skole trenger informasjon for å følge opp barn på en måte som gjør at omsorgssituasjonen for barnet blir tilfredsstillende (s. 20) eller en barnehage skal hjelpe et barn (s. 21). Barnevernet må vurdere hvilken informasjon som er nødvendig å gi.

2.2 Kunnskap om konsekvenser av vold og omsorgssvikt i barndom

Samtidig med at verden vedtok en egen konvensjon for å beskytte barn, begynte en lege i USA å intervjuer voksne pasienter ved en fedme-avdeling om årsaker til at de droppet ut av programmet selv om de var i god gang med vekt-reduksjon. Han forsnakker seg, og spør en kvinne om hennes vekt når hun først debuterte seksuelt i stedet for å spørre om hvor gammel hun var. Hennes svar er «18 kg», kvinnen forteller at hun var 4 år og debuterte med sin far. Dette var utgangspunktet for den store ACE-studien med over 17.000 deltakere som ble fulgt i 15 år (Stevens, 2012). Legen Felitti beskriver hvordan å leve i stress som barn påvirker hjernens utvikling og gjør at barnas fokus blir på overlevelse. Dette skader barnas emosjonelle, sosiale og kognitive utvikling. Mange begynner etter hvert å for eksempel overspise, bruke ulike rusmidler eller søke høyrisiko-aktiviteter for å løse problemet med sinnet, skammen og frykten de kjenner. Disse «løsningene» kan skape psykisk sykdom og også fysisk sykdom som for eksempel diabetes, lungekreft og hjerteproblemer. Resultatet kan også bli tidlig død. Studien satte stort fokus på hvor vanlig det å ha dårlige erfaringer i barndom er og hvor alvorlige konsekvensene er, alt etter omfanget av erfaringer (Felitti et. al., 1998).

Figur 1. Potensiell innflytelse av dårlige barndomserfaringer.



Figuren er hentet fra Felitti et. al., 1998, s. 256.

Mye forskning er gjort gjennom de siste 20-30 år på hva som skjer hos de små barna som lever i stress. Traume psykologi beskriver at de mest skadelige stressbelastninger for mennesker er de som skjer i tidlige leveår, som blir påført barnet av de nærmeste omsorgspersonene og som varer over tid. Og nevrobiologisk forskning har vist at grunnen til at sped- og småbarn er ekstra sårbare handler om at barnas nervesystem er i rask utvikling og påvirkes i stor grad av intens og vond stimulering, og påvirkes også av å få for lite god stimulering. Hjernen er ulik andre organer med at den har sin vekstspurt etter fødselen og i de aller første årene framover (Braarud & Nordanger, 2011). Effekten for små barn som lever i omfattende stressbelastninger er at deler av hjernen blir overstimulert og barna er i alarm-beredskap ut fra erfaringer av vond stimulering. Mens andre deler av hjernen underutvikles fordi barna får ikke nok erfaringer av god stimulering fra omsorgsgiverne sine. Vanskene kan etter hvert vise seg som manglende utforsking og stor utrygghet, samt manglende kognitiv kontroll over atferd og følelser (Braarud & Nordanger, 2011). Manglende evne til å regulere intense følelser omtales som den alvorligste følgen av tidlige traumer (Schore, ref. i Hart og Schwartz, 2009). Det er ikke lett å se hvorvidt sped- og småbarn lider overlast, de viser færre og andre symptomer enn det større barn og voksne gjør (Kvello, ref. i Moe et. al., 2010, s. 496).

Forskning har også vært opptatt av begrepet «tilknytning». Spedbarn trenger å knytte seg til omsorgsperson(er) for å overleve. Barna viser tilknytningsatferd gjennom gråt, smil eller vokalisering – signaler barnet gir for å komme nær omsorgspersonen. Etter hvert utvikles mønstre for tilknytning mellom barnet og omsorgspersonene. Ved trygg tilknytning er barnet trygg på at omsorgspersonen er der for trøst og andre behov samt for støtte i utforsking. Men barn kan merke at det som gir størst sjanse for nærhet til omsorgspersonen er å framstå som å klare seg selv og i liten grad vise følelsesmessige behov (utrygg unnvikende tilknytning). Eller barnet merker at det gir størst nærhet til omsorgspersonen dersom tilknytningsatferden hyperaktiveres gjennom mye følelser (utrygg ambivalent tilknytning). Utrygg tilknytning vurderes som strategier som gjør at barn kan ha nærhet til tilknytningspersonen under ikke-optimale forhold. Når barn lever med erfaringer som gjør at de ikke vet hvilken strategi de kan bruke for å oppnå nærhet kan de utvikle desorganisert tilknytning. Slik tilknytning antas å gi stor risiko for psykiske vansker (Brandtzæg et. al., 2011). Kjernen i desorganisert tilknytning er frykt, barna opplever en uløselig konflikt: «Omsorgspersonen min gjør meg redd og stresset, men det er samtidig henne jeg trenger å søke trøst eller beskyttelse hos» (s. 135).

2.3 Hvilke konsekvenser har vold og omsorgssvikt for det enkelte barnet?

Barn reagerer ulikt, det er ulike grader av vold og omsorgssvikt og det kan pågå over kortere eller lengre tid. Transaksjonsmodellen er en modell som prøver å forklare noe av det som skjer knyttet til utviklingen hos det enkelte barn. Modellen beskriver hvordan biologiske og miljømessige årsaksfaktorer er i gjensidig og kontinuerlig interaktiv forandring over tid. Modellen legger til grunn at barns utvikling kjennetegnes ved kvalitative forandringer og reorganiseringer og at barn aktivt organiserer sine erfaringer og bidrar til sin egen utvikling. Egenskaper hos barnet og kjennetegn ved miljøet er ikke statiske størrelser, begge forhold endres over tid. Og det er viktig å forstå både hvordan barn reagerer på stimuleringen de får og hvordan barnet har en effekt på atferden hos omsorgspersonene (Smith, ref. i Moe, Slinning & Bergum, 2010, s. 30). Hos et barn som opplever stress og belastninger tidlig i livet kan dette endre seg og omsorgspersonene kan for eksempel ha lært å oppfatte barnets signaler bedre. Endringer både hos barnet og hos omsorgspersonene påvirker relasjonen og modellen bruker begrepet «et dynamisk og tilpasningsmessig regulerende system» om det som skjer. Den framhever hvor viktig det er med tiltak som over tid fokuserer på relasjonen og samspillet mellom barn og omsorgspersoner. Slik representerer modellen et optimistisk syn på tidlig intervensjon basert på en antakelse om at mange barn kan få en god utvikling selv om de har hatt vansker tidlig i livet (Smith, ref. i Moe et. al., 2010, s. 31 og s.33).

2.4 Å være hjelper for barn som kanskje lever med vold og omsorgssvikt

Hvilke barn er det som lever i vold og omsorgssvikt? Hvor alvorlig er det? Dersom foreldre har utsatt barnet for vold og tar imot tiltak for å endre atferd, skjer tilstrekkelig endring? Gerd Abrahamsen (2010) beskriver metoden «spedbarnsobservasjon» (Infant Observation), som er utviklet innen den britiske objektrelasjonstradisjonen. Abrahamsen har tilpasset denne metoden til bruk i førskolelærerutdanning for å øke forståelsen av samspill mellom voksne og de yngste barna og etter hvert har andre yrkesgrupper lært metoden. Hun beskriver at det er viktig for fagfolk som arbeider nær de minste barna å utvikle «en styrket evne til å tåle å se og tenke på vanskelige og smertefulle samspillsfenomen i stedet for å lukke øynene» (s. 131). Hun beskriver hvordan man må tåle å være i kontakt med sin egen usikkerhet og tvil. Dette innebærer en veksling mellom tilstander av tvil og tilstander hvor man velger perspektiv. Tilstander med usikkerhet og tvil kan gi følelser av frustrasjon, utålmodighet og rastløshet. Det er viktig å tåle å stå i disse følelsene og vente med å handle til man tror man har forstått.

En slik prosess skaper større indre rom for tenkning og refleksjon, selv om det er smertefullt. Alternativet dersom man ikke orker denne prosessen kan være å avskrive det man står overfor som noe uforståelig, eller å søke etter skråsikre forklaringer for tidlig eller å foreta uoverveide handlinger. Selv om Abrahamsens kontekst hovedsakelig er barnehage, ser jeg på kunnskapen som svært relevant for helsesøstre og barnevern-ansatte som arbeider nær de minste barna.

I neste kapittel vil jeg se på hvilken forskning som er gjort fra før på det området jeg ønsker å belyse. Artikler som er publisert i utenlandske tidsskrifter blir antatt å ha høyest kvalitet, deretter artikler publisert i norske tidsskrifter, forskning utgitt i diverse rapporter og til slutt offentlige utredninger (Skolbekken, forelesing ved NTNU, 24.08.16). Jeg ser det som hensiktsmessig å først gi oversikt over norsk tjeneste-oppbygning innen områdene barnevern og helsestasjoner. Deretter viser jeg til relevante norske politiske dokumenter og relevant norsk forskning og annet materiale, utgitt i rapporter. Til slutt tar jeg for meg litteratur fra norske og utenlandske tidsskrifter, og beskriver også hvordan søk etter artiklene ble gjort.

3. OVERSIKT OVER LITTERATUR

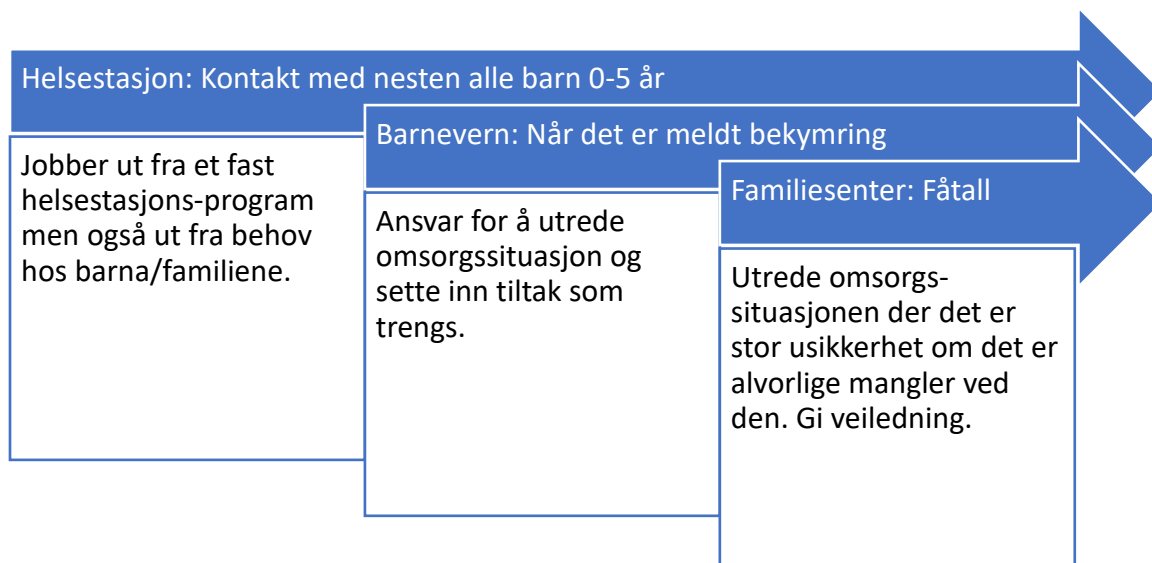
3.1 Oversikt over tjenesteoppbygning i Norge, gjennomgang av relevante norske politiske dokumenter og gjennomgang av ikke-publisert norsk forskning/materiale.

3.1.1. Tjenesteoppbygning

Kommunene har ansvar for helsestasjons-, svangerskaps- og barselomsorgstjeneste, dette er pålagte tjenester gjennom helse- og omsorgstjenesteloven (2011). Barn har rett til helseundersøkelser og foreldrene plikter å medvirke til at barna deltar (Pasient- og brukerrettighetsloven, 1999). Vanlig helsestasjonsprogram for barn 0-15 måneder inneholder elleve konsultasjoner, i tillegg til ekstra oppfølging når det er nødvendig. Lege undersøker barnet ved konsultasjoner når barnet er 6 uker, 6 måneder og ett år. Omtrent 98 % av alle barn i Norge er i kontakt med helsestasjonen det første leveåret. (Helsedirektoratet, 2017). Barnevern er en pålagt tjeneste i barnevernloven (1992). En barnevernssak utløses ved at personer (privatperson eller offentlig ansatt) sender bekymringsmelding vedrørende et barn.

Staten har ansvar for spesialiserte tjenester, som institusjoner eller polikliniske tilbud som for eksempel BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk). For å få en statlig tjeneste må man henvises dit, med ulike krav til henvisning. Statlig barneverntjeneste, Bufetat (Barne- og ungdoms- og familieetaten), plikter å skaffe fosterhjem og institusjonsplass til barn kommunal barneverntjeneste søker for, men kan avslå søknad om utredning og hjelpetiltak på døgn-familiesentrene (Barnevernloven, 1992). Av de 19 døgn-familiesentrene innen barnevern i Norge, er 13 drevet av Bufetat, fem av ideelle aktører (for eksempel Kirkens Bymisjon) og ett av Oslo kommune. Tre sentre tilbyr kun utredning, to kun veiledning mens 14 tilbyr både utredning og veiledning. Innhold i familiesentrene er utformet slik at det passer best for de miste barna, fra 0-2 år eller 0-3 år, selv om noen senter tar imot barn helt opp i tenåra. Flere sentre tilbyr oppfølging en periode etter utflytting, de gangene foreldre beholder omsorgen for barna. Andel barn som omsorgen blir overtatt for under eller like etter opphold ligger på 40 – 50 prosent. I tillegg skjer en del omsorgsovertakelser flere år etter utskrivning, det finnes ikke tall på hvor mange dette gjelder (Vista Analyse, 2016). Fra 2016 er det mulig å pålegge opphold på døgn-familiesenter, en slik beslutning blir i så fall gjort av Fylkesnemnda for barnevern og sosiale saker (Barnevernloven, 1992). Kommunalt barnevern er en sentral aktør ved opphold på senter, de lager tiltaksplan for familiene sine opphold og deltar i evalueringsmøter underveis.

Figur 2. Hvilke barn er i kontakt med helsestasjon, barnevern og senter.



3.1.2 Dag-familiesentre i norske kommuner

Det første «Familiens Hus» ble etablert i Norge i 2002 og i årene framover ble 150 sentre startet rundt omkring i landet. Tjenestene som ble inkludert var helsestasjon, barnevern, PPT (pedagogisk psykologisk tjeneste) og åpen barnehage. Hensikten var å gi koordinert hjelp til familier og bedre barnas utvikling (Bulling, 2016, s. 1264). Ulike typer familiesentre har blitt etablert og også andre samordningsprosjekter. Modellkommune-forsøket (2007-2014) skulle samordne forebyggende arbeid for barn til psykisk syke foreldre og foreldre med rusmiddelproblemer (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s. 63). Selv om dagfamiliesentre ikke blir berørt i særlig grad i denne masteroppgaven, er det viktig informasjon at slike sentre finnes i mange norske kommuner, med ulik mengde og type tverrfaglige tjenester.

3.1.3 Relevante norske politiske dokumenter

Sosial- og helse- direktoratet ga i 2004 ut veilederen «Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten». Veilederen ga anbefalinger om tema helsesøster og lege skulle ta opp med foreldrene, og om somatisk helseundersøkelse av barnet. Den hadde sjekklister for barns utvikling og kontaktevne 0-3 år, samt sjekklister for oppfølging/henvisning etter helseundersøkelse. Ordene «omsorgssvikt» og «mishandling» er kun nevnt *en* gang i forbindelse med en kort omtale av helsepersonell sin meldeplikt til barnevern (s.21).

Opplæringsprogrammet «Tidlig inn» har pågått i mange kommuner siden oppstart i 2007 og er rettet mot ansatte som til daglig møter småbarnsforeldre og gravide. De lærer metoder og

samtaleteknikk og det anbefales tverrsektoriell samhandling i oppfølging av brukere. Ansatte skal ha mot og ferdigheter til å spørre om alkohol, psykisk helse og vold og ferdigheter til å følge opp svarene fra den enkelte, familien og barna (Barne- og likestillingsdepartementet, 2016, s. 58). Det foreligger en evaluering av programmet fra 2016 (se under kapittel 3.1.4).

Samarbeid mellom ulike instanser som forholder seg til utsatte barn og unge og deres foreldre har blitt omtalt i mange politiske dokumenter, blant annet Flatø-utvalget sin rapport. Der står at det må utvikles bedre samarbeid mellom tjenestene, både på statlig og kommunalt nivå (NOU 2009:22). I 2015 ble det oppnevnt et utvalg som for første gang i Norge skulle gå gjennom alvorlige saker der barn og ungdom har vært utsatt for grov vold og overgrep for å se i hvilken grad og på hvilken måte det har forekommet svikt i det offentlige tjenesteapparatets håndtering av sakene. Rapporten beskriver grove unnlattelsessynder som de omtaler som svik mot barna. De gikk nøye gjennom 20 saker, der sju av barna døde og resten var omfattende skadet for livet. Betydelige risikofaktorer ble ignorert og det manglet samarbeid og utveksling av informasjon mellom instanser (NOU 2017:12).

Kvello skrev en rapport i 2012 om hvordan tilbud til sped- og småbarn i omsorgsrisiko burde se ut, herunder barnevernets døgn-familiesentrene. Bufdir vurderte at forslagene burde bli gjennomført, og så blant annet for seg oppjustering av tilbud ved sentrene (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet, 2015). 7. juni 2017 vedtok Stortinget endringer i barnevernlov slik at det framgår tydeligere medansvar fra Bufetat i å utrede omsorgssituasjon for barn 0-6 år «der det er stor usikkerhet ved om det er alvorlige mangler ved denne» (Barnevernloven, 1992, paragraf 2-3, tredje ledd a). Hovedsakelig skjer slike utredninger ved døgn-familiesentrene.

Veileder for helsestasjon og skolehelsetjeneste fra 2004 ble i 2017 erstattet av «Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmede og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom». I helsestasjonsprogrammet for barn 0-5 år står nå at helsestasjonen har et viktig ansvar i å avverge og avdekke omsorgssvikt og vold mot de minste barna, og i sjekklister for hver konsultasjon 0-15 måneder står det som en generell observasjon: Vold, overgrep, omsorgssvikt. Det står utførlig om meldeplikt til barnevern og politi, med eksempler på situasjoner som utløser plikten (Helsedirektoratet, 2017).

3.1.4 Relevant norsk forskning og materiale, utgitt i norske rapporter.

Barnevernets hjelpetiltak har vært gjenstand for forskning i svært liten grad. Det første større

forskningsprosjektet i Norge med dette temaet, «Hjelpetiltaksprosjektet», gir økt kunnskap om noen av de mest brukte hjelpetiltakene i barnevernet, mens familiesenter er av de minst brukte. Forskerne beskriver stort behov for mer forskning av deskriptiv karakter, «samtidig som en må finne ulike måter å tilnærme seg spørsmålet om hjelpetiltakenes virkning på» (Christensen et. al., 2015, s. 10).

Samme år kom en stor studie i Norge på familier som har vært i kontakt med barnevernet, med sine resultater. Et hovedfunn i studien var at familier med de vanskeligste problemene får minst hjelp. Disse familiene ble omtalt som «multiproblemfamilier», de hadde problematiske materielle levekår og sammensatte vansker. De fikk ofte mindre oppfølging enn familier med *ett* definert problem (Clifford, Fauske, Lichtwarck & Marthinsen, 2015).

Evaluering av «Tidlig inn» (se punkt 3.1.3) basert på innhenting av data høst 2015 viste at programmet er et hensiktsmessig virkemiddel for å øke kunnskap og kompetanse til ansatte i å samtale med gravide og småbarnsforeldre om temaer i programmet. Samtidig var det kun 33 prosent av helsesøstre, leger og jordmødre i evalueringa oppga å ha tatt i bruk nye rutiner for å spørre om vold i familien. Ansatte opplevde brukerne som positive til å bli spurt om temaene, særlig hvis konteksten var at det var rutine og alle ble spurt. Brukerne oppga at de var svært positive til å bli spurt (Mathiesen & Skoland, 2016).

Landsgruppen av Helsesøstre utlyste i 2017 midler til å gjennomføre et prosjekt for å lage informasjonsmaterieill til bruk i helsestasjoner for å bedre kunne forebygge, avdekke og avverge vold mot barn under ett år. Materiellet ble ferdig høsten 2018 og er i hovedsak er en animasjonsfilm om hva vold mot spedbarn er og hva det gjør med barna, samt hva foreldre kan gjøre for å unngå å bruke vold. Utprøving av materialet i kontakt med foreldre er i gang (Pettersen, Wahlstrøm, Sellæg & Aspli, 2018).

Hjemmebesøksprogrammet NFP prøves ut i Norge i perioden 2016-2019 under navnet «Familie for første gang». Førstegangsmødre fra ulike former for risikogrupper besøkes hjemme av en helse-arbeider fra tidlig i graviditeten og fram til barnet fyller 2 år. Definerings av risikoutsatt baserer seg på befolkningsdata i ulike land. I Norge er inklusjonskriteria at mødre er 25 år og yngre eller at de noen gang har vært plassert utenfor hjemmet. I tillegg må de ha psykisk helseproblem, rusmiddel-bruk, lite sosial støtte, erfart vold/overgrep i hjemmet eller vanskelig økonomi (Ogden et. al., 2015; Lippestad, Pedersen, Melby & Kaasbøll, 2018).

3.2 Litteratur-søk

3.2.1 Generelle kriterier for avgrensning av mine søk

Jeg har søkt etter litteratur i de internasjonale søkebasene SCOPUS og PubMed. I tillegg søkte jeg i ORIA, som er databasen for alle norske høyskole- og universitetsbibliotek. Søkene ble gjennomført i perioden 22.05.17 – 13.11.18. Som søke-ord brukte jeg «familiesenter» og ulike varianter av «family centre» og «residential early parenting centre». Deretter brukte jeg en kombinasjon av søke-ordene «helsestasjon» og «barnevern» på norsk og ulike varianter av «child health clinic» og «public health nurse» kombinert med “child welfare” og “child protection” på engelsk. Alle artiklene jeg har funnet fram til er publisert i fag-tidsskrifter som inkluderer fagfelle-vurderte artikler.

Søkene er avgrenset til å gjelde *fra og med 2008*, for å sikre å få litteratur som er mest mulig oppdatert både når det gjelder kunnskap og tjeneste-oppbygning. Jeg har lagt til grunn at artiklene skal ha element av *kontakt mellom barnevern og helsepersonell* fordi min problemstilling direkte omhandler disse to fag-områdene. I tillegg til at begge fagområdene er med har jeg også sett etter problembelastning i familiene artiklene omhandler, jeg har prøvd å finne artikler som omhandler familier der det er antatt eller påvist *omsorgssvikt/vold*. Jeg har også lagt til grunn at artiklene skal omhandle *barn 0-3 år* i størst mulig grad, da målgruppen for barn med opphold på døgn-familiesentre i hovedsak befinner seg i den alderen. Artikler som spesifikt retter seg mot barn i skolealder og ungdommer, har jeg dermed ikke tatt med.

3.2.2 Utvalgte artikler

Når jeg søkte og fikk opp treff, leste jeg overskrifter på samtlige artikler. Deretter har jeg lest sammendrag for artiklene som virket mest relevante, til sammen 60 sammendrag. Jeg leste noen av artiklene i sin helhet. Av disse 60 sammendragene/artiklene valgte jeg ut 18 artikler, alle omtaler både barnevern og helsepersonell. De valgte 18 artiklene gir ikke et uttømmende, men et tilstrekkelig, bilde over forskning innen feltet jeg undersøker.

I oversikten over artiklene presenterer jeg tittel, hoved-forfatter og årstall, problem i familiene artiklene omtaler samt aldersgruppe på barna. Med det ønsker jeg å vise hvorfor artiklene er valgt, ut fra mine kriterier for søk. For oversikt over forfattere der flere forfattere har skrevet artikkelen, samt over tidsskrifter artiklene er hentet fra, viser jeg til referanselista på side 60.

Tabell 1. Oversikt over artikler valgt ut gjennom litteratur-søk.

ARTIKKEL	Forfatter og årstall	Problem i familiene	Aldersgruppe barn
A qualitative study of parent's experiences using family support services: applying the concept of surface and depth	Whittaker et. al., 2014	Komplekse vansker i foreldrefungering	0-11 år
Helsesøstres dilemmaer: kategoriseringer, tvil og grensefigurer	Neumann, 2008	Mulig vold/ omsorgssvikt	Alle aldersgrupper
Effects of primary prevention of child abuse that begin during pregnancy and immediately after childbirth	Ninomiya et. al., 2017	Høy risiko for vold mot barn	Spedbarn
Health care and social service professionals' perceptions of a homevisit-program for young firsttime mothers	Li et. al., 2015	Risiko-grupper av førstegangs-mødre	Foster, nyfødte og barn opp til 2 år
Child protection reports: key issues arising for public health nurses	Hanafin, 2013	Omsorgssvikt/vold, for noen død som følge	Alle aldersgrupper
Community nurses child protection role: views of public health nurses in Ireland	Kent et. al., 2011	Omsorgssvikt og vold	Spedbarn og opp til skolealder
Delivering safeguarding children services in primary care: responding to national child protection policy	Appleton, 2012	Omsorgssvikt og vold	Alle aldersgrupper
Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: a questionnaire study	Clancy et. al., 2013	Ikke spesifisert	Alle aldersgrupper
Collaborative Efforts to Improve System Respons to Families Who are Experiencing Child Maltreatment	Banks et. al., 2008	Vold i nære relasjoner	Alle aldersgrupper
Lessons Learned. Public Health Nurses Practice in Safeguarding Children in the Republic of Ireland	Phelan & Davis, 2015	Omsorgssvikt og vold	Alle aldersgrupper
Responding to the support needs of front-line public health nurses who work with vulnerable families and children: a qualitative study	Austin & Holt, 2017	Omsorgssvikt og vold	Alle aldersgrupper
Responses to concerns about child maltreatment: a qualitative study of GPs in England	Woodman et. al., 2013	Omsorgssvikt og vold	Alle aldersgrupper
Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection	Saltmarch & Wilson, 2017	Omsorgssvikt og vold	Nyfødte
Nurse Home Visitors' Perspectives of Mandatory Reporting of Children's Exposure to Intimate Partner Violence to Child Protection Agencies	Davidov et. al., 2012	Risiko-grupper av førstegangs-mødre	Foster, nyfødte og barn opp til 2 år
Fastleger i møte med barn som pårørende	Hafting et. al., 2018	Fysisk og psykisk syke foreldre, og rus	Alle aldersgrupper
Extended parenting education in an early parenting centre: A mixed-methods study	Berry et. al., 2016	Komplekse vansker i foreldrefungering	0-3 år
Admission of woman, with their infants, for psychological and psychiatric causes in Victoria, Australia	Fisher et. al., 2011	Psykisk sykdom hos mor	0-1 år
Healthy Foundations Study: a randomized controlled trial to evaluate biological embedding of early life experiences	Gonzalez et. al., 2018	Risiko-grupper av førstegangs-mødre	Foster, nyfødte og barn opp til 2 år

3.3 Oversikt over relevant forskningslitteratur

Gjennom litteratur-søkene fant jeg fire hovedtemaer som var aktuelle for mitt prosjekt: Tidlig intervensjon, samarbeid mellom tjenester, helsepersonell sin rolle i møte med vold mot barn og behov for opplæring og veiledning. Jeg redegjør for litteratur under hvert tema.

3.3.1 Tidlig intervensjon

Helsesøstre står i en posisjon der de møter familiene kort tid etter fødsel. Man kan tenke at deres posisjon gjør at mulige problemer raskt blir avdekket. Mange helsesøstre har imidlertid stort arbeidspress og ikke mye tid sammen med hver enkelt familie. Det blir dermed vanskelig for dem å gjennomføre en slik primærforebyggende rolle (Kent, Dowling & Byrne, 2011). Dersom helsepersonell gjennomfører screening for mulig voldsrisiko hos alle gravide og deres partnere, kan risiko i større grad avdekkes og hjelp kan settes inn tidlig til risiko-familiene. Hjelp i form av tidlige hjemmebesøk til de familiene som trenger det mest, ser ut til å redusere omfanget av barn som opplever vold (Ninomiya, Hashimoto, Tani & Mori, 2017).

I Australia er det tilbud om døgn-sentre der mødre kan være med sine nyfødte barn når de er psykisk syke og trenger behandling. Det er strukturerte foreldreveiledningsprogrammer på 2-5 døgn, men lengden på opphold kan skreddersys til den enkelte familie (Fisher et. al., 2011). Det er også sentre for mødre som strever med overgangen til å være mor av andre årsaker. En studie av et 2ukers-program i et slikt australsk døgn-senter viste bedring i foreldreferdigheter etter opphold (Berry, Jeon, Foster & Fraser, 2015).

Hjemmebesøksprogrammet NFP (Nurse-Family Partnership) er et annet eksempel på tidlig intervensjon for barn i risiko (se punkt 3.1.4). Programmet ble utviklet i USA på 1970-tallet og har blitt implementert i flere land. Effekten av tiltaket vurderes som god (Miller, 2015; Li, Jack, Gonzalez, Duku & MacMillan, 2015). En evaluering av NFP som pågår i Canada ser på endring i psykologisk stress hos barna og mødrene før og etter NFP (Gonzalez et. al., 2018).

3.3.2 Samarbeid mellom tjenester som følger opp utsatte barn

En studie som er gjort av NFP belyser at tiltaket har økt potensial når de samarbeider og deler informasjon med andre tjenester (Li et. al., 2015). NFP-sykepleiere kjenner usikkerhet i det å melde fra om bekymring om familievold til barnevern og et samarbeid mellom NFP og barnevern anses viktig (Davidov, Nadorff, Jack & Coben, 2012).

Ofte henvises det i litteratur til samarbeid som ikke fungerer. Helsepersonell kan for eksempel oppleve vanskelig kommunikasjonen med sosialarbeidere (Kent et. al., 2011). En lege uttaler: «You don't get information from social services. They don't let you know unless there happens to be a reason for them ringing because they want information from us» (Woodman, Gilbert, Allister, Glaser & Brandon, 2013, s. 9). I flere saker er det slik at helsepersonell ikke vet om barnevern er inne i bildet i familiene de har kontakt med. Helsepersonell kan oppleve at de prøver å få tak i barnevernet men uten å få svar. I slike situasjoner kan det for helsepersonell oppleves som at barnevernet *skaper* vansker heller enn å være med å løse vansker (Saltmarsh & Wilson, 2017). Blant norske fastleger er det mange som oppgir å ikke bli invitert til et reelt samarbeid med barnevern og enkelte som gir uttrykk for at de unngår å kontakte barnevern fordi de har opplevd det som uforutsigbart hva slik kontakt kan lede til (Hafting, Andressen, Gullbrå, Rørtveit & Smith-Sivertsen, 2018).

En norsk studie sier noe om hva som oppleves viktig i samarbeid mellom tjenester som arbeider med utsatte barn og unge. Ord som «anerkjennelse», «respekt», «tillit» og «dialog» går igjen i det som ønskes fra samarbeidspartnere (Clancy, Gressnes & Svensson, 2013). En studie i USA rapporterer viktigheten av konstant planlegging og implementering av systemendring når det samarbeides mellom ulike tjenester for å forbedre oppfølging av barn utsatt for mishandling og familievold (Banks, Dutch & Wang, 2008). Samarbeid mellom tjenester er viktig fordi familiene det gjelder har så store og sammensatte behov. Dersom det jobbes overfladisk for å dekke prekære behov og det ikke blir tatt tak i mer komplekse og dype vansker i foreldres fungering, vil vanskene kunne dukke opp igjen og igjen. Noe som merkes på stadige re-henvisninger til hjelpeinstanser (Whittaker, Cox, Thomas & Cocker, 2014).

3.3.3 Helsepersonell sin rolle i familier med omsorgssvikt og vold

Gjennomgående virker det å være en opplevelse av uklarerhet hos helsepersonell, om hvordan deres rolle i mulige barnevernssaker skal være. Helsesøstre kan oppfatte at de har en viktig rolle i det at de kommer i kontakt med mange utsatte familier, men at de kjenner seg lite bekvem med å skulle «overvåke» disse familiene. En slik kontrollfunksjon kan gå ut over den tillit befolkningen har til helsesøstre (Kent et. al., 2011).

Helsepersonell opplever det som et stort dilemma å skulle balansere mellom å bygge god relasjon til foreldre og samtidig beskytte barna. For eksempel kan det å gjennomføre en screening om voldsrisiko gjøre at ubehagelige spørsmål må stilles og/eller at ubehagelig

informasjon kommer fram som må håndteres, dette påvirker relasjonen i høy grad. Når helsepersonell fokuserer på den gode relasjonen og den gode hjelpen til foreldre kan det stå i veien for å se at barna i familien utsettes for vold, og foreldrene behov kan prioriteres foran barnas behov (Davidov et. al., 2012; Woodman et. al., 2013; Saltmarsh & Wilson, 2017).

I Irland har flere barnevernssaker blitt store media-saker og de har blitt undersøkt nøye i ettertid for å finne ut hva som gikk galt underveis. Dette er blant annet «The Monageer Inquiry» der en far drepte barna på tre og fire år og deres mor, etter lang tids omsorgssvikt. En studie så på helsesøstre sin rolle i disse sakene og studien påpekte mangelfull utredning og oppfølging fra helsesøstre (Hanafin, 2013). Det kan virke som at det både i Norge og andre land vurderes at helsesøstre er i gode posisjoner til å avdekke vold mot barn og at det er viktig del av deres rolle. En norsk forsker gir uttrykk for uenighet i at fordi en helsesøster ser mange normale barn vil hun være godt i stand til å se avvik. Hennes materiale viste med noen unntak at det ikke var slik. De store og rene kategorier helsesøstre er i kontakt med er normal-barnet og normal-familien. Og i møte med avvik er det en grunnleggende menneskelig evne å holde fast ved tilegnede og etablerte kategorier. Neumann håper slik innsikt i menneskelig fungering kan flytte fokus bort fra skyld og moral hos den enkelte helsesøster. Hun mener helsesøstre må ha tilførsel av kunnskaper og at de trenger nødvendig handlingsrom for i større grad å oppfatte tegn på avvik hos enkeltbarn (Neumann, 2008).

Foreldre kan opptre på andre måter på fødeavdelinger eller på offentlige kontorer enn det de gjør i sitt eget hjem. En sykepleier ved en fødeavdeling på uttalte: «They might be holding it together in the hospital and then when the child comes home it's a completely different scenario» (Saltmarsh & Wilson, 2017, s. 2252). En ledende helsesøster sa: “You know parents can be incredibly plausible when you meet them face to face in a clinic; the baby is turned out lovely, they tell you all the right things that they are eating broccoli and whatever” (Austin & Holt, 2017, s.7). Helsepersonell ser mer av foreldre sin vanlige væremåte hjemme, men det er ingen selvfølge at det er slik. Det er eksempel på barn som har vært utsatt for nylig grov vold og som etter hjemmebesøk fra hjelpeapparat beskrives å ha det bra (Austin & Holt, 2017).

3.3.4 Behov for opplæring og veiledning

Litteratur innen området gir et tydelig bilde av behov for opplæring og veiledning for helsepersonell. Opplæring som omhandler å kartlegge tegn hos barn på å leve i vold samt risikofaktorer ved foreldre. Det å tørre å involvere seg i disse sakene og det å håndtere det

emosjonelle stresset det medfører er et område for konstant veiledning (Saltmarsh, 2017). Stress ved å jobbe med familier der man avdekker vold mot barn eller mistenker vold mot barn omtales også som sekundær-traumatisering (Austin & Holt, 2017).

Det virker å være stor mangel på handlingskompetanse fra helsepersonell i møte med mulig vold mot barn. Selv etter langvarig kontakt med familiene kan helsepersonell sine handlinger bli feil for å få gjort noe med problemene. Dette gjelder ikke bare helsepersonell, også sosialarbeidere og barnevernarbeidere kan handle på feil måter. Når et stort hjelpeapparat er inne i samme familie kan det bli sånn at ingen handler på måter som får volden til å opphøre (Hanafin, 2013; Phelan & Davis, 2015).

Noen helsesøstre har mye erfaring i å arbeide i risiko-familier, blant annet i bydeler i enkelte storbyer. For andre helsesøstre vil deres arbeid i hovedsak omhandle «normalfamilier» og så møter de noen risiko-familier. Den siste kategorien helsesøstre vil vanskelig kunne få nok trening i å håndtere kontakten med familiene. Irland har prøvd ut at helsesøstre har deltatt sammen med sosialarbeidere i egne team med oppgaver knyttet til barnevern. Helsesøstrene satte pris på støtten og kunnskapen fra sosialarbeiderne, med tanke på kompleksiteten i arbeid med sårbare familier. I Irland arbeides det også på andre måter med å finne ut hvordan helsesøstre skal støttes i arbeidet med risiko-familier, blant annet foreslås en rolle som spesialist-helsesøster innen barnevernområdet som skal sørge for slik støtte Austin & Holt, 2017). For å klare å få til balansegangen i å både ha god foreldrerelasjon og god beskyttelse av barn, anses det viktig med kontinuerlig fokus på profesjonell utvikling og oppdaterte ferdigheter. Mens for få ansatte og for stor saksmengde truer arbeidet med å beskytte barna (Phelan & Davis, 2015; Appleton, 2012).

Etter gjennomgang av litteratur, kommer jeg fram til at med unntak av noen tidligere masteroppgaver, er barnevernets døgn-sentre i Norge ikke forsket på. Jeg finner også et begrenset antall norske og internasjonale studier som berører både helsepersonell og barnevern. Teori og litteratur jeg har funnet vektlegger tidlig intervensjon i situasjoner med vold og omsorgssvikt mot barn for å unngå eller begrense skade. Kunnskap om hvordan helsesøstre, som møter alle barn tidlig, erfarer samarbeid med familiesentre, som møter risiko-barn tidlig, er viktig for å utvikle samarbeids- og handlingskompetanse til nytte for barna det gjelder. Før jeg presenterer resultat fra min egen studie, skal jeg gjennomgå metodebruk til grunn for studien.

4. METODE-KAPITTEL

4.1 Grunnleggende metodologisk tilnærming

Metodologisk følger jeg Charmaz (2014) sine anbefalinger om å konstruere en empirisk grunnet teori, «constructed grounded theory, CGT». Dette fordi denne tilnærmingen er egnet for studier av handlinger, prosesser og interaksjoner, noe som er i tråd med hensikten i denne studien og forskningsspørsmålene som stilles. Jeg bruker også retningslinjer for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helsefag (NEM, 2010) samt «Qualitative Quality: Eight «Big-Tent» Criteria for Excellent Qualitative Research» (Tracy, 2010). I oppbygning av intervju, har jeg hentet kunnskap både fra Kvale & Brinkmann (2009) og Charmaz (2014).

4.2 Utvalg og type data

Mitt utvalg kan oppsummeres med at fem helsesøstre arbeidet i store kommuner (over 20.000 innbyggere), tre i mellomstore kommuner (5000-19.000) og to i små kommuner (0-5000). De hadde gjennomsnittlig 17 års praksis etter helsesøster-utdanning, varierende fra mindre enn fem år (en) til over 30 år (en). I løpet av de fem siste årene hadde åtte helsesøstre erfaring fra mellom en og fire familiers opphold ved senter mens to hadde erfaring fra over 20 familier. De to med mest erfaring var lokalisert nær senter og fulgte opp de fleste av barna ved sentrene under familier sin opphold. Noen helsestasjoner hadde flere faggrupper lett tilgjengelig og noen arbeidet spesielt mot familier med ulike problemer som f.eks. rus. De fleste barna i erfaringene var nyfødte eller under ett år mens to erfaringer gjaldt barn i grunnskolealder. Varighet på opphold ved senter som informantene omtaler varierer fra noen uker og til inntil ett år, de fleste med varighet 3-6 måneder.

Kvantitative studier bruker representative utvalg for å gi generaliserbarhet, mens det i kvalitative studier anbefales strategisk utvalg der antall deltakere ikke trenger å være svært høyt. I et strategisk utvalg er det viktigere at deltakerne har kunnskap om problemstillingen og kan gi dataer som sier noe om den, enn at utvalget er stort (NEM, 2010, s 13-14). I min studie betød dette å finne fram til helsesøstre og helsestasjonsleger med kunnskap om samarbeid med døgn-familiesentre. Inklusjonskriteriet var å ha hatt kontakt med familier som har hatt opphold på senter i løpet av de fem siste årene. Jeg vurderte i utgangspunktet åtte intervjuer som høyeste antall jeg kunne gjennomføre innenfor rammene av en masteroppgave og at

ca 10 % positive svar på forespørsel om deltakelse i studien var realistisk. Jeg sendte ut brev til 92 helsestasjoner i landet med informasjon om studien og mulighet for å ta kontakt (vedlegg 1). Dette i tråd med framgangsmåte godkjent av NSD 04.10.17 (vedlegg 2). Et samtykke-skjema var del av brevet, samt frankert konvolutt adressert til min veileder. Mitt telefonnummer og email-adresse ble oppgitt, samt email-adresse til veileder. Jeg sendte ut brev i flere omganger, min tanke var å raskt få et par positive svar og kunne starte å intervju og samtidig ikke bli overveldet av antall aktuelle informanter å ha oversikt over. Jeg gjorde det også for å kunne starte tidlig med analyse, siden analysemetoden jeg valgte anbefaler å analysere dataer fra første intervju før man intervjuer neste person (se punkt 4.5, «gyldighet»).

Data i denne studien er basert på kvalitative dybde-intervjuer med det strategiske utvalget av helsesøstre. Jeg bruker en kvalitativ metode fordi slike metoder anbefales når det finnes lite forskningsbasert kunnskap fra før på området studien skal belyse (NEM, 2010, s. 8).

Kvalitative metoder egner seg bedre til å utforske informantenes erfaringer grundigere enn det man kan i kvantitative spørreundersøkelser med forhåndsbestemte svaralternativer (Malterud, 2012, s. 18). Jeg hadde tenkt å gjennomføre fokusgruppe-intervjuer, fordi dynamikk i grupper kan bidra til å skape fortellinger og det kan gi merverdi at mennesker møtes i grupper og utveksler erfaringer (Malterud, 2012, s. 11). Medlemmer i fokusgrupper kan ikke pålegges taushetsplikt slik en forsker kan (NEM, 2010, s. 16), og jeg så det som et dilemma. I tillegg ville mange av informantene sannsynligvis bo i lang avstand fra hverandre og det kunne blitt praktisk vanskelig å samle dem. Av disse årsaker gikk jeg bort fra tanken på fokusgruppe-intervjuer og valgte heller dybde-intervjuer med en og en om gangen.

4.3 Intervjuene

Intervjuene var semi-strukturerte, de baserte seg på samtaler ut fra en intervjuguide med bestemte temaer og med forslag til spørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 47). Et konstruktivistisk kunnskapssyn legges til grunn for intervjuene, det vil si at både informantene og den som intervjuer bidrar med subjektive refleksjoner til å konstruere kunnskap, og at begge sine ståsteder og bakgrunn påvirker kunnskap som blir produsert i intervjuet (Charmaz, 2014).

Intervjuene ble gjennomført våren 2018, over en periode fra 21.02.18 – 29.06.18. Ved å bruke fire måneder på å intervjuer var det mulig å også bruke noe tid på å starte analyse-arbeidet, slik Charmaz (2014) anbefaler. Intervjuene varte fra 45 min til 75 min og alle fant sted på helsestasjonene der informantene arbeidet. En intervjuguide med sju hovedspørsmål ble lagt til grunn (vedlegg 3) men det varierte i hvert intervju hva informanten hadde mest å si om. En

slik guide kan både fokusere temaer intervjueren har satt opp og gi hjelp til å følge det informantene er opptatt av og som intervjueren ikke har tenkt på i forkant (Charmaz, 2014, s. 63). I mine intervjuer var for eksempel flere opptatt av temaer knyttet til lokalt barnevern og fastleger, som ikke var nevnt i intervju-guiden. For å få fram hva informanter mener er det viktig å stille oppfølgingsspørsmål og be dem beskrive hva de legger i ulike erfaringer og begreper, heller enn å anta hva de mener (Charmaz, 2014, s. 100). Jeg opplevde at jeg gjorde dette mer og mer utover i intervju-rekka. Jeg opplevde også det Charmaz (2014, s. 90) beskriver om at man i et intervju kan høre informanten si noe som gjør at meningen til en tidligere informant kommer klarere fram. For eksempel når informant nummer ni snakket om egne reaksjoner i det å ha kontakt med barn som får dårlig omsorg, kom jeg på at informant nummer tre hadde sagt noe om å få «vondt i hjertet» og at det omhandlet tilsvarende situasjoner uten at jeg oppfattet det så tydelig under selve intervjuet med nummer tre. Jeg bygde inn nye spørsmål i intervjuer for å få fram flere egenskaper ved kategorier som ble utviklet. I niende intervju stilte jeg for eksempel spørsmål om «makt» og hvordan hun oppfattet sin makt for å få fram egenskaper ved kategorien om helsesøster`s rolle, dette beskrives av Charmaz (2014, s. 90): «If you can only interview each person once, then build more questions into the interview conversation as you proceed to check your emerging theoretical categories».

4.4 Dataanalyse

Analysen fulgte anbefalte steg i «Constructing Grounded Theory» (Charmaz, 2014). Jeg skrev memo`s etter hvert intervju, om observasjoner og tanker i møte med informanter i tilknytning til intervjuene og om tanker etter intervjuene. De transkriberte intervjuene ble innledende kodet ved å skrive informantene sine uttalelser i form av korte setninger med vekt handlinger og prosesser, dette ble skrevet som verb i presens. Prosessen resulterte i 929 koder. Fra de innledende kodene fant jeg fram til fokuserte koder ut fra Charmaz sine retningslinjer: «These codes appear more frequently among your initial codes or have more significance than other codes» (2014, s. 138). Jeg samlet initiale koder med lignende innhold og fant fram til det som framstod som sentrale budskap i informanter sine uttalelser. Jeg så på hvilke budskap som var mest relevante for mine forskningsspørsmål. Prosessen endte med 91 fokuserte koder. Jeg skrev memo`s om kodene og reflekterte over data ved å tegne modeller og lage tabeller. Jeg identifiserte handlinger og prosesser i materialet og brukte det Charmaz (2014, s. 161) omtaler som teoretisk sensitivitet: «...the ability to understand and define phenomena in abstract terms and to demonstrate abstract relationships between studied phenomena»

Hele tiden i prosessen utviklet jeg tentative kategorier der jeg samlet fokuserte koder og prøvde å finne fram til hvilke egenskaper de ulike kategoriene hadde. Egenskaper ved kategorier ble innhentet i nye intervjuer. Charmaz beskriver prosessen slik (2014, s. 199): «Theoretical sampling involves starting with data, constructing tentative ideas about the data, and then examining these ideas through further empirical inquiry». I arbeidet med å gjøre kategoriene mer teoretiske, tok jeg også kontakt med en av helsesøstrene på nytt og stilte oppfølgingsspørsmål pr telefon. Det ga en dypere forståelse for hennes opplevelse av egen rolle, avgrensning av eget arbeid og egen makt. Dette kunne jeg relatere til utsagn fra andre informanter og det gjorde kategoriene mer utfyllende. Til slutt konstruerte jeg sju kjerne-kategorier, disse var: 1. Opplever lite informasjon fra senter/barnevern. 2. Opplever god effekt av å jobbe i lag. 3. Alle barn har ei helsesøster, om helsesøsters rolle og relasjoner. 4. Er i hovedsak tilfreds med innhold ved senter når dette er kjent. 5. Beskriver hvordan senter/barnevern løfter og krenker. 6. Ønsker kontakt med og besøk på senter. 7. Ønsker sikring av tett nok hjelp ved utflytting.

Tabell 2. Eksempel fra kodeprosess med noen av de innledende kodene og noen av de fokuserte kodene som til slutt endte opp i en kjernekategori:

INNLEDENDE KODER	FOKUSERTE KODER	KJERNEKATEGORI
Får ingen informasjon fra senter om hvordan det går underveis Vet kun gjennom mor hvordan det går Savner informasjon fra familiesentre Blir ikke kontaktet fra senter Senter tar aldri kontakt med helsesøster Får ingen informasjon fra barnevern om hvordan det går under oppholdet Får generelt lite informasjon fra barnevern Opplever at helsestasjonen ikke vet når barnevern er inne i familier Vi helsesøstre «river oss i håret» pga manglende informasjon fra barnevern	Opplever lite informasjon fra senter Opplever lite informasjon fra barnevern Opplever at helsestasjonen ikke vet når barnevern er inne i familier	Opplever lite informasjon fra senter/barnevern

På tilsvarende måte jobbet jeg fram de andre kjernekategoriene, fra innledende koder og via fokuserte koder. Jeg har i min masteroppgave ingen ambisjon om å utvikle en egen teori, slik Grounded Theory legger til rette for. Jeg måtte da hatt mer tid til rådighet for å utdype kategoriene enda mer, stilt oppfølgingsspørsmål til flere informanter og eventuelt kontaktet nye. Men jeg oppfatter at jeg kom et stykke på vei i å definere de fenomenen jeg har undersøkt og i å se disse opp imot annen teori og forskning på området.

4.5 Gyldighet (validitet)

Charmaz (2014) oppfordrer intervjuere til å forberede seg ved å lære om det de tenker å studere, og at dette vil være hjelpsomt for i størst mulig grad å komme under overflaten av det de studerer. Selv opplevde jeg det nyttig å gå gjennom forskningslitteratur og politiske dokumenter innen feltet før jeg startet med å intervju. Jeg oppdaget blant annet at helsestasjonsprogram for barn 0-5 år nylig hadde fått nye nasjonale retningslinjer og kunne sette meg godt inn i disse før møtet med informantene.

Jeg opplever at kvalitativ metode med semi-strukturerte dybdeintervjuer var godt egnet til å få fram informasjon om min problemstilling. Jeg opplevde at rollen som intervjuer var noe jeg behersket godt og at jeg kunne bruke min lange erfaring i å intervju i andre sammenhenger også i rollen som forsker. Charmaz (2014, s.32) mener kvaliteten av en studie i stor grad handler om dataene studien frambringer, dybden og omfang av dataene, i hvilken grad dataene skildrer de empiriske hendelsene. Jeg oppfatter mitt intervju-materiale som rikt og nyansert, jeg oppfatter at det forteller om hendelser og prosesser som problemstillingen min etterspør. Når jeg merket at en informant snakket om en annen type senter enn et døgn-familiesenter innen barnevern, valgte jeg å ikke ta med disse uttalelsene i min senere analyse fordi det handlet om en annen type senter enn min problemstilling omtaler. Jeg tok med uttalelser fra en informant som både omtalte et foreldre-barn-senter og en familieavdeling på en rusinstitusjon, fordi barnevernet var aktivt inne i alle familiene og barnas omsorgssituasjon ble utredet ved rus-institusjonen. Jeg oppfattet likheten til sentre for foreldre og barn som stor. Gjennom disse valgene var målet mitt å gjøre studien mest mulig gyldig.

Hvor mange intervjuer som trengs for å gi god kvalitet til en studie er omstridt blant forskere som bruker kvalitative metoder, også blant dem som holder seg til «Grounded Theory» (Charmaz, 2014, s. 105). Ut fra den drøftingen hun gir av temaet oppfatter jeg at man skal være forsiktig med å ha et for lite antall intervjuer, særlig dersom intervjuer er den eneste kilden man bruker for data-innhenting (Charmaz, 2014, s. 105-108). Når jeg økte antall intervjuer fra de åtte jeg hadde tenkt å gjennomføre og til ti, var det både for å imøtekomme informanter som ønsket å stille opp men også fordi jeg vurderte at min problemstilling trengte et såpass bredt utvalg. Jeg opplevde at det gjennom de fem første intervjuene i stor grad ble rapportert positive erfaringer mens det i de fem siste i økende grad kom negative erfaringer. Jeg tenker at det både handler om størrelsen på utvalget og at jeg hadde større trygghet i rollen som intervjuer om temaer i problemstillingen min. Informanter kunne våge å si mer til meg.

Analysen som beskrives i «Constructing Grounded Theory» (Charmaz, 2014) sier at man etter hvert intervju skal transkribere og deretter analysere, før man gjennomfører neste intervju. Jeg transkriberte alle intervjuer raskt etter gjennomføring av intervjuene. Etter de fem første intervjuene gjorde jeg den innledende kodingen raskt etterpå. Jeg lagde første utkast til fokuserte koder og tentative kategorier etter de tre første intervjuene. Charmaz (2014, s. 181) sier: «Keep collecting data, keep coding, and keep refining your ideas through writing more and further developed memos». Jeg var i en slik prosess og oppfatter at analysen er styrket ved at jeg raskt kom i gang med koding. De fem siste intervjuene ble ikke innledende kodet før to måneder etter at alle intervjuer var ferdige, fordi jeg ikke klarte å prioritere tid til det. Samtidig var prosessen med koding og analyse kommet godt i gang og jeg hadde et fundament av analyserte intervjuer og tentative kategorier å knytte de siste intervjuene opp mot. I analyseprosessen står ordet «metning» - «saturation» sentralt. Ved bruk av Grounded Theory legges det noe annet i ordet enn i andre metoder for analyse, og Charmaz viser til Glaser i sin forklaring (Glaser, ref. i Charmaz, 2014, s. 213)

Saturation is not seeing the same pattern over and over again. It is the conceptualization of comparisons of these incidents which yield different properties of the pattern, until no new properties of the pattern emerge

Jeg fulgte denne forklaringen når jeg i intervjuene utforsket egenskaper ved kategorier og også når jeg kontaktet en helsesøster på nytt for utfyllende informasjon. Jeg oppfatter at kategoriene ble fylldige nok til å kunne avslutte studien, men tenker samtidig at flere kategorier på

et tidligere tidspunkt kunne blitt utforsket mer gjennom at jeg hadde stilt direkte spørsmål til informantene. For eksempel kunne jeg spurt om makt-aspektet ved helsesøster-rollen tidligere og også om det med helsesøsters reaksjoner i møte med barn som lever i omsorgssvikt.

Også andre enn Charmaz (2014) skriver om temaet gyldighet. Tracy (2009) omtaler det som «concerned with whether a study appears, on its face, to be reasonable and appropriate (Golafshani, ref i Tracy, s. 841). Det framheves at forskere skal ha strenge krav til mengde data og prosedyrer for innhenting og analyse av data. Det skal være god sammenheng mellom utvalg og målet for studien. I første del av min studie, når jeg lagde problemstilling, ser jeg at den kunne vært enda tydeligere. Jeg brukte begrepet «døgn-familiesentre» mens jeg senere har sett at det er like vanlig å omtale denne typen senter som «sentre for foreldre og barn». Selv om jeg i skrevet til informantene spesifiserte hva jeg mente og ga eksempler på konkrete sentre, så kunne kanskje begrepet forvirre aktuelle informanter.

Tracy (2010) beskriver hvordan kvalitet også handler om hvor detaljert intervjuer transkriberes og hvordan man sikrer nøyaktighet i transkripsjonene. Jeg oppfatter at kvaliteten av lydopptak er god i alle mine intervjuer. Jeg transkriberte intervjuene over til bokmål fordi jeg mener at leseren da lettere kan oppfatte teksten enn om det transkriberes til dialekt.

4.6 Pålitelighet (reliabilitet)

Hvor pålitelig er min studie? Som omtalt under punkt 4.4 om intervjuene, legges et konstruktivistisk kunnskapssyn til grunn for intervjuene og det samme gjelder også analysen. Charmaz (2014, s. 140) sier: «You are a part of your analytic work. You bring your analytic skills and perspectives to bear on the analysis throughout the research proses». Pålitelig i en studie kan fremmes gjennom å gjøre dataanalysene mer transparente (NEM, 2010, s. 26). Jeg har prøvd å beskrive alle steg i min analyseprosess.

Charmaz beskriver hvordan det å oppdage vår egen forforståelse er viktig, vi har med oss vår bakgrunn og våre egenskaper i møte med feltet og hun mener vi er heldige når vi oppdager forforståelsen: «Your analysis will benefit from it» (2014, s. 157). Det jeg har reflektert over er at jeg i en tidligere jobb opplevde et samarbeid mellom barnevern og helsestasjon der vår subjektive opplevelse var at samarbeidet var godt og gjorde oss i bedre stand til å hjelpe barn.

Selv om erfaringene ligger mange år tilbake i tid preger det fremdeles min oppfattelse av hva helsesøstre kan bidra med i samarbeid rundt utsatte barn. Kanskje gjør det at jeg tolker utsagn fra informantene i et for positivt lys og at jeg har for stor tro på viktigheten av samarbeid mellom barnevernarbeidere og helsesøstre? I mitt nåværende arbeid ved et døgn-familiesenter har jeg hatt noen tanker om at helsesøstre kan mene at barnevern i for stor grad griper inn og flytter barn fra foreldre, uten at jeg helt klarer å plassere hvor tankene kommer fra. Kanskje har jeg lest det i forbindelse med saker i media der foreldre har ment at de uriktig ble fratatt omsorg for barna. I utgangspunktet forventet jeg noen historier fra helsesøstre i denne studien om situasjoner der de mente barnevern grep inn for tidlig med tvangstiltak i familier.

Dette er sider for forståelsen min som jeg er bevisst, andre sider kan være ubevisst. Nærheten til feltet gjennom å ha arbeidet som sosionom hovedsakelig innen barnevern i 32 år preger meg både som person og fagperson. I begge tilfeller har det gjort meg fokusert på barn som lever i omsorgssvikt og jeg ser på disse barna som de personene samfunnet i aller størst grad trenger å beskytte. Nærheten til feltet jeg undersøker har jeg i hele prosessen både oppfattet som en ulempe og som en styrke. En slik nærhet til feltet kan være en viktig forutsetning ved kvalitativ forskning og er ikke ansett som negativ så lenge man gjør den eksplisitt og kan være bevisst mulige betydninger av kunnskapen om feltet og om den forståelsen man har (NEM, 2010, s. 18). Jeg opplevde nærhet til feltet som en styrke i det å kunne stille spørsmål til informantene som var godt egnet til å få fram fyldig informasjon og i det å kunne oppfatte hva informantene mente. Ulempene var mer knyttet til det å være i en forskerrolle og ikke i en behandlerrolle. Det var mange konkrete historier informantene fortalte og som jeg med lang bakgrunn innen feltet hadde mange betraktninger om men som det i rollen som forsker ikke var aktuelt å gi uttrykk for eller å utforske mer enn problemstillingen krevde. Jeg brukte fokus og energi for å holde meg til forskerrollen.

4.7 Ethiske betraktninger

4.7.1 Formell etikk

Jeg har fulgt den redegjørelsen jeg sendte til NSD om gjennomføring av studiet og som jeg fikk godkjent. Det som ble endret var at problemstillingen ikke kunne omfatte leger da jeg ikke fikk leger som informanter. Jeg valgte også å endre min øvre grense for antall intervjuer fra åtte til ti. Mange av deltakerne ga uttrykk for at de opplevde god informasjon i skrivet de mottok. Muligheten for når som helst å kunne trekke seg fra studien stod også omtalt i skrivet. Jeg oppfattet at de som deltok visste hva de var med på og at rekrutteringsprosessen ble

gjennomført på en måte som gjorde at den enkelte av egen vilje lot seg intervju. Tracy (2010) påpeker at et svakt samtykke kan lede til dårligere data, jeg opplevde at mine informanter ga sterke samtykker, de ønsket å bli intervjuet.

Konfidensialitet var noe av bakgrunnen for å velge enkeltstående intervjuer heller enn fokus-gruppe-intervjuer. Ved å sende brev – og i noen tilfeller mail – direkte til helsestasjonene var det kun ansatte ved den enkelte helstasjon som visste om noen fra deres helsestasjon stilte opp til intervju. I en kommune ble ledere på flere nivåer involvert før jeg fikk tillatelse til intervju og det ble der mer kjent hvem som ble intervjuet. Kanskje strider dette mot hensyn til konfidensialitet? Informanter ble ikke spurt om hvilke familiesentre de hadde samarbeidet med og når jeg transkriberte var jeg nøye med å fjerne navn på steder og institusjoner som noen ganger ble nevnt i intervjuene. Jeg slettet lyd-opptak så raskt jeg kunne etter at de var overført til kryptert minnepinne. Konfidensialitet er også grunnen til at jeg ikke spesifiserer hvor i landet informantene arbeider.

4.7.2 Situasjonell etikk

Tracy (2010, s. 847) beskriver hvordan det kan oppstå situasjoner der man for eksempel må ta stilling til dataer som kommer fram og hvordan disse skal håndteres. Noen ganger sa informanter sa «nei, dette skulle jeg kanskje ikke ha sagt» rett etter uttalelser, eller at de etter intervjuet tok opp noe de lurte på om jeg hadde reagert negativt på. Det var også ganger jeg merket meg dilemmaer i uttalelser uten at informanten selv gjorde dilemmaene eksplisitt. Et eksempel på det siste er når en informant sa hun hadde hatt relevant informasjon om et barn som hun ikke hadde fått gitt til barnevernet fordi foreldrene ikke ønsket det. Jeg så dilemmaer i det som handler om i hvilke situasjoner man på eget initiativ må gi informasjon uten samtykke fra foreldre, men gikk ikke videre inn på temaet. I min håndtering av opplysninger fra informantene tok jeg hensyn til hva som var viktig å fokusere på ut fra min problemstilling og så brukte jeg skjønnsmessig vurdering i håndtering for øvrig.

4.7.3 Relasjonell etikk

Relasjonell etikk handler om at man som forsker må være oppmerksom på hvordan den personen man er og de handlinger man gjør påvirker andre. Gjensidigheten mellom forsker og informant understrekes (Tracy, 2010). Jeg oppfatter meg selv som en rolig person med lang erfaring i å snakke med mennesker om vanskelige temaer. Jeg oppfatter at jeg klarer å holde

fokus i samtaler samtidig som jeg tar stilling til dilemmaer som dukker opp underveis. Dette tror jeg gjør det lett for informanter å snakke med meg, samtidig må jeg se faren i at informanter kan komme til å si mer enn de hadde tenkt, og jeg må håndtere det på gode måter. Mitt største etiske dilemma opplevde jeg knyttet til rollen som forsker. I informasjonsskriv og i møte med informanter oppga jeg min bakgrunn fra barnevernfeltet og ikke at jeg akkurat nå arbeider ved et døgn-familiesenter. Tracy bruker begrepet «sincerity» (oppriktighet) som et mål, og en av måtene hun mener det kan oppnås på er gjennom ærlighet (Tracy, 2010). Jeg diskuterte temaet med veileder og ble anbefalt å fokusere på rollen som masterstudent og å ikke opplyse om arbeidssted. Jeg prøvde å gjøre det slik men i ett tilfelle opplevde jeg at det ville være uærlig å ikke si det fordi samtalen med informant før intervju gjorde det naturlig. I et annet tilfelle sa jeg fra etter intervju fordi jeg også da opplevde det uærlig å ikke si det.

Etter denne gjennomgangen av metode-bruk og de valgene jeg gjorde i gjennomføring av studien, skal jeg nå gå over til å legge fram resultat.

5. RESULTAT

Hovedresultatet i denne studien er at helsesøstrene opplever lite informasjon fra familiesenter/barnevern, at de i hovedsak er fornøyd med innhold ved senter når dette er kjent og at de ønsker å være involvert i arbeidet rundt familiene. Helsesøstrene opplever det vanskelig å få ingen eller sparsom informasjon fra senter/barnevern, fordi både konsultasjoner ved helsestasjon og tiltak rundt barna ikke blir gode og grundige nok når informasjon i for liten grad deles. Flere helsesøstre kjenner lite til barnevernets døgn-familiesentre, men både de med liten og større kjennskap er samstemte i at slike tilbud er nødvendige for en del barn. Særlig de gangene foreldre ikke opplever å ha behov for utredning og hjelp men der hjelpeinstanser rundt familiene vurderer at det trengs. At opphold ved sentrene gis som døgn-tilbud understrekes som viktig. Helsesøstre rapporterer stor grad av skjønn i sitt arbeid og ulike rammer ved enkelte helsestasjon når det gjelder antall stillinger og tilgjengelighet av andre faggrupper. Alle framhever den unike rollen helsesøstre har i det å være i regelmessig kontakt med barn, aller mest i det første leveåret. Helsesøstre tilkjenner følelser av tvil i møte med mulig omsorgssvikt og følelse av ansvar for at barnet skal få en god utvikling. Særlig kommer ansvarsfølelsen fram i overgangen fra et opphold ved senter og flytting til hjemkommunen. Helsesøstre ønsker å være involvert i arbeidet rundt barn ved familiesenter fra før innflytting, under opphold og i den sårbare fasen for flytting hjem. Funn fra intervju-undersøkelsen er konstruert inn i sju kategorier og legges fram innunder hver av kategoriene.

Figur 3. Kategorier konstruert ut fra funn i intervju-undersøkelse



Jeg vil nå gå nærmere og mer detaljert inn i resultatene:

5.1 Opplever lite informasjon fra senter/barnevern

Variasjonen i informantene sine svar er stor når det gjelder kontakt med senter. Den ene ytterligheten er helsesøstra som blir varslet straks en ny familie flytter inn ved senteret og som møter familiene sammen med personal, både ved senteret og på helsestasjon. Hun sier: «Så jeg opplever det som i utgangspunktet en god informasjonsutveksling begge veiene egentlig». Ytterligheten i andre enden er helsesøstra som hver uke i ett år hadde samtaler med et barn før barnet på kort varsel flyttet til familiesenter. Helsesøstra sendte et skriv til senteret og ba dem kontakte henne, hun hørte ingenting og hennes kontakt med barnet ble brutt. Om opplevelser av kontakt med barnevernet under oppholdet sier hun: «Og så følte jeg hele tiden.... og det var de veldig tydelige på... at jeg hadde et barnevern mellom oss. Sånn at det var på en måte.... det ble liksom barnevernet jeg skulle forholde meg til, ikke familiesenteret».

Jeg har laget en oversikt over kontakt mellom helsesøstre og familiesenter, som viser den store variasjonen i det som rapporteres:

Tabell 3. Oversikt over type kontakt mellom informantene og familiesenter.

Med «avtaler» menes konsultasjoner på helsestasjon og hjemmebesøk ved senter.

Informanter	Kjennskap til fam på senter siste fem år	Type kontakt mellom senter og informant
1	1	Flere møter i kommunen ved utflytting
2	1	Ett møte på senter under opphold
3	3	Ingen kontakt
4	20 +	Hyppig kontakt i avtaler og på telefon
5	20 +	En del kontakt i møter, avtaler og på telefon
6	4	Ingen kontakt i 3 erfaringer, på telefon i 1
7	1	Ingen kontakt
8	0	Erfaringene viste seg å gjelde BUP-senter
9	1	Møtte personal tilfeldigvis under en avtale
10	2	Ingen kontakt i 1 erfaring, jevnlig møter i 1

BUP: Barne- og ungdomspsykiatri

For de to informantene med mest kontakt med senter var det særlige forhold ved to senter de samarbeidet med, og særlige forhold ved den ene helsestasjonen, som gjorde at de fulgte opp nesten samtlige barn som hadde opphold ved disse sentrene. De åtte andre informantene var i

kontakt med familier som hadde opphold ved senter og der de som helsesøstre hadde ansvar for avtaler ved helsestasjonen under familiens permisjoner fra senter, og/eller at de overtok ansvar for avtaler når familier flyttet hjem etter opphold. Informanter med ingen eller begrenset kontakt med senter har til dels lite kunnskap om hva barnevernets døgn-familiesenter er. En informant snakker under hele intervjuet om to erfaringer som ved oppklarende spørsmål etter intervjuet viser seg å gjelde et BUP-familiesenter. BUP-familiesentre utreder ikke foreldres omsorgsevne slik barnevernets familiesentre gjør. En annen informant opplevde at barnevernet ga lite informasjon om familiesenteret og hun spurte sine kollegaer på helsestasjonen om hva et slikt senter er. Og en tredje informant etterlyser at familiesentrene går mer aktivt ut og opplyser om tilbudet sitt for å gjøre det kjent.

En informant som møtte mor alene til avtaler under permisjoner og med minimal kontakt med senter uttrykte usikkerhet over hva som skjedde under oppholdet og sa «...da de var der måtte jeg på en måte bare stole på det mor sa, at det stemte». En annen forteller om en mor som ga uttrykk for at hun ikke fikk hjelp til det hun strevde med under oppholdet og helsesøster etterlyser informasjon fra senter: «For hadde jeg visst hva senteret har gjort i saken så hadde jeg kanskje ikke vært så forundret heller». Selv om noen informanter har mer kontakt med senter enn andre så etterlyser ni av ti mer informasjon fra sentrene. Mangelfull informasjon virker i liten grad å handle om at foreldre ikke samtykker, en informant med mye kontakt med senter vedrørende mange ulike familier beskriver hvordan helsestasjon og senter lager avtale med foreldre om informasjonsutveksling:

Sånn at vi må gå inn en avtale med dem og gjøre dem oppmerksom på det på forhånd, så har de selvfølgelig lov å ikke gå med på det, men det har jeg ikke opplevd egentlig at noen ikke har gjort da

Saksbehandlere i barnevernet følger opp familiene ved opphold og helsesøstre får i varierende grad informasjon fra dem om barnets og foreldrenes utvikling under opphold. Helsesøstre opplever det som personavhengig i hvilken grad saksbehandler involverer dem i et tverrfaglig samarbeid rundt familier. Samtidig reflekterer flere over sin egen rolle i det å aktivt kontakte familiesenter og be om informasjon, en av disse viser til sine tidligere erfaringer av å ringe til barnevern og be om informasjon: «.. noen sier litt og noen sier ingenting og... så det blir på en måte at du kanskje... det er ikke bestandig at du får så mye utbytte av det likevel».

Et flertall av informanter forteller om generelt mangelfull informasjon fra barnevern når det gjelder alle familier barnevernet har kontakt med. Det oppleves vanskelig å følge opp familier når de ikke vet hva barnevernet gjør i samme familie eller at de ikke vet hvorvidt barnevernet følger opp familien. Mange av informantene tror ikke manglende informasjon nødvendigvis handler om taushetsplikt, de opplever at informasjonsmengde varierer fra ulike kommuner og ulike ansatte. Noen peker på at de tror ikke ansatte i barnevern spør foreldre om å få samtykke til å informere helsesøster. To helsesøstre forteller om overgang til interkommunalt barnevern og begge rapporterer om lite kontakt med barnevern. En av de sier hun opplever høyere terskel for å melde bekymring for barn til barnevernet enn før det ble interkommunalt, «fordi de er i NN (stedsnavn) langt der borte og har så mye å gjøre på en måte at det har blitt litt sånn da». Når det gjelder kontakt med familiesenter beskriver to av de som har to-fire erfaringer at de siste gangene har det vært mer kontakt. Den ene hadde tre ganger kjent familier som bodde ved senter uten at det var kontakt, når hun i den siste erfaringen ble oppringt fra senteret:

Og det var på en måte det som gjorde at jeg våknet litt sånn i forhold til familiesenteret at i alle dager, hvorfor har det ikke vært sånn før? Er det personavhengig? Er det ikke satt i system dette her?

5.2 Opplever god effekt av å jobbe i lag

De to informantene med mye erfaring i kontakt med senter framhever verdien av langvarige relasjoner med personal og at det gjør det lettere for dem å raskt kontakte senter når det er noe de ønsker å formidle eller spørre om. Begge disse har vanligvis personal tilstede under familiens avtaler på helsestasjonen og opplever en styrke i det, en forteller:

Jeg sitter gjerne med foreldrene her (peker) og så sitter de fra NN der (peker). Da ser jeg i øyekroken når jeg snakker med foreldrene, da ser jeg de sitter og nikker litt – «ja, ja, har vi ikke sagt det før». Men det er noe med at det kommer fra noen andre og.. ja, jeg vet ikke om det stemmer om det kommer... at det oppleves som en annen tyngde.

Flere informanter påpeker at foreldre av ulike årsaker kan ha vanskelig for å ta inn og huske informasjon og at det er bra når personal kan gi hjelp i dette. Flere påpeker også hvordan felles avtaler og tett kontakt mellom personal og helsesøster hindrer foreldre i å kunne sette hjelpere opp mot hverandre og hindrer foreldre i å skjule problemene sine. Dette beskrives både når kontakt er gjennom felles avtaler og gjennom at helsesøstre og personal ved senter

utveksler informasjon på telefon eller i møter. I en av de gode erfaringene med telefonkontakt møtte helsesøster familien under permisjoner hjemme og hadde dialog med personal ved senter på telefon:

Og da fikk vi til et samarbeid da. På hva... for eksempel hvordan døgnet skal se ut, for det var snakk om døgnrytme og ha system på det da. Når man spiser og når legger man seg. Og disse tingene.

Tett samarbeid fører til mer presise konsultasjoner ved helsestasjonen og en informant uttrykker dette om bruken av informasjon fra hun får fra personal: «Sånn at de gir meg et lite bakgrunnsteppe da, sånn at jeg vet hva jeg skal vektlegge, hva jeg skal være tydelig på». Et eksempel som blir gitt er at dersom helsesøster vet at mor har psykiske problemer kan hun spørre mor hvordan hun tenker det påvirker samspillet med barnet, om mor er mye trøtt, om medisin-bruk osv. En informant med kun *en* erfaring i kontakt med senter forteller om hvordan hun og personal ved senter jobbet i lag rundt familien. Hun forklarer forskjellen hun opplever i det å motta skriftlig informasjon og det å delta i møter/samtaler:

For når man leser i et skriv så vekter man kanskje fort det som står der sånn litt på en lik måte, mens i en samtale så blir det lagt vekt på at *det* har gått bra og *det* som vi kanskje må jobbe litt mer med. Du får en annen forståelse.

Den helsesøstra hadde flere møter sammen med senter og foreldre i overgangen fra senter og til hjemkommune og sier om overføringen: «...at det ble gjort på en veldig flott måte da, både kunnskapen men også på en måte den her... jobben som lå i det, ble formidlet sammen med... med brukeren da». På den måten ble det lettere for helsesøster å jobbe videre i familien og hun opplevde at hun kunne overføre en «rød tråd» fra det senteret hadde jobbet sammen med familien om. Flere helsesøstre rapporterer at de føler tillit og anerkjennelse fra personal til sin rolle når de samarbeider tett rundt familiene, de kjenner at deres kompetanse og kontakt med familiene blir etterspurt. Dette i motsetning til ganger der det er lite eller ingen kontakt med senter, en helsesøster bruker formuleringen «lite verdsatt» om en slik opplevelse. Flere informanter beskriver at de opplever å ha et helhetsblikk etter lang erfaring med familiearbeid og at de har mye kompetanse i temaer utover de helsemessige. Helsesøstre opplever i ulik grad at kompetansen blir etterspurt, og en av informantene beskriver hvordan hun opplever at sosionomer og barnevernspedagoger begrenser hennes rolle til å handle om fysisk helse hos barna.

En del informanter forteller historier om når de har jobbet i lag med saksbehandlere i barnevern på måter som de oppfatter har gagnet familiene. Et eksempel er når en helsesøster var med saksbehandler til et fosterhjem og til ny helsestasjon for å overbringe informasjon om mor og barn, et annet eksempel er når helsesøster og saksbehandler brukte en halv dag på å rydde hjemme hos en psykisk syk mor. I den siste erfaringen fikk mor hjelp til å komme over ei vanskelig kneik og hun tok etter hvert tak i utfordringene sine selv, samtidig utviklet det samarbeidet mellom saksbehandler og helsesøster i enda mer positiv retning. En helsesøster som de siste årene har deltatt på flere lavterskel-tilbud sammen med ansatte i barnevern sier hun og de andre helsesøstrene gjennom dette har blitt kjent med barnevern-ansatte på en god måte og lærer av hverandre. Hovedvekten av informanter forteller om liten deltakelse fra leger i samarbeid rundt familier som har opphold ved familiesentre og flere peker på hvor travelt leger har det. Leger savnes i samarbeidet både når det gjelder barnas og foreldrenes helse. En informant sier at mange foreldre blir deprimerte i prosessen som handler om vurdering av deres omsorgsevne, og at fastlegen er den som kan henvise til behandling. En informant som får spørsmål om lege sin rolle i samarbeidet rundt et barn svarer at det vet hun ikke, «for da var det på en måte gått så langt at det var bare barnevernet jeg forholdt meg til, da var det allerede en sak og det var i gang og... ting rullet». Samme informant sier at psykisk helsetjeneste i kommunen er lite involvert i arbeid som omhandler barn fordi de selv mener at de ikke har tilstrekkelig kompetanse til å snakke med barn. Det kan virke som at samarbeid mellom lokale hjelpeinstanser er større i lavterskeltilbud, tilbud der problemene i familiene ikke trenger å være høye, enn når problemene øker.

5.3 Er i hovedsak tilfreds med innhold dersom det er kjent

Informanter med en del kjennskap til senter rapporterer i hovedsak tilfredshet med innhold og med vurderinger som gjøres. Flere omtaler at på senter jobbes det med helheten i familien, at foreldre og barn får hjelp på mange ulike områder samtidig. For eksempel at foreldre kan få samtaler med psykolog om tidligere hendelser i livet og hjelp fra andre som omhandler økonomistyring, samtidig som det arbeides med samspill mellom barnet og foreldrene. Eller at foreldre får hjelp med parforholdet, får hjelp med å mestre praktiske oppgaver i leiligheten og de jobber samtidig med å gi barnet god nok stimulering. Og flere rapporterer positiv endring hos familier under opphold, for eksempel:

Jeg husker barnet virket litt sånn anspent og sånn... det var ikke alltid mor var like

sensitiv til barnet da...så jeg så jo en endring i det etter hvert, at hun ble flinkere, ble bedre til å se ungen sin, så det tror jeg de jobbet bra med.

En informant forteller om foreldre med store vansker i sin voksenfungering der det viser seg at de klarer å gjennomføre nødvendige endringer under opphold ved senter: « ... faktisk kan det skje ting også som man aldri trodde skulle gå an. Jeg har opplevd det også». Også fra den informanten påpekes det viktige i at det jobbes med mange sider av familiens liv samtidig.

Observasjoner er en sentral del av opphold ved senter, både som del av utredning og som del av vurderinger om hvorvidt veiledning fører til at ny forståelse og nye foreldreferdigheter integreres i hverdagslivet. Vurderinger gjort ved senter omtales av flere som «bygger på gode observasjoner» «grundige vurderinger» og helsesøstre uttrykker «full tillit til vurderinger som er gjort». Selv informanter med liten kjennskap til senter, som i hovedsak har sin kunnskap om senter fra foreldre eller andre samarbeidspartnere, uttrykker i stor grad at de oppfatter nyttig innhold og gode vurderinger.

Det er samtidig noen viktige unntak som blir beskrevet i det med tilfredshet knyttet til innhold ved senter. En informant etterlyser senter som kan gi psykiatrisk behandling til mødre som er så syke at behandling trengs, hun hadde ringt rundt i landet for å etterspørre slikt tilbud for mor og barn men fant ingen og barnet ble flyttet til beredskapshjem mens mor ble innlagt i psykiatrisk institusjon. En av de informantene som har flere erfaringer med senter gir uttrykk for at hun i noen erfaringer oppfatter at senter i altfor stor grad fokuserer på samspill mellom foreldre og barn og i for liten grad på ADL-ferdigheter (dagliglivs-ferdigheter) hos foreldre og stimulering av barna. Hun mener i tillegg at personal var for lite tilstede med familien:

De bor nå i noen leiligheter da, og de har ikke vært så tett på de. Det har vært litt sånn skure og gå-holdning. Så lenge barnet på en måte har et greit samspill så har de ikke sett nok på detaljene, jeg tenker det er mange detaljer som... når det svikter litt med foreldrene der så vil det i alle fall svikte hjemme.

Samme informant beskrev et barn som bodde ved familiesenter og som etter hjemflytting ble henvist til utredning for utviklingsforstyrrelse, der det gikk lang tid før tegn til dette ble sett. Informanten påpeker at det er vanskelig å se slike tegn tidlig. Helseperspektiv løftes fram som viktig og noen informanter mener at fysisk helse hos barna blir for lite fulgt opp ved familiesenter. En informant forteller om hvordan ansvarsgruppemøter ved et senter blir lagt

opp: «... ofte siste punktet er liksom for eksempel barnets fysiske helse da, som også er en viktig bit oppi det, kommer ofte litt i bakgrunnen da kan du si». Samme informant gir uttrykk for en forskjell på ulike familiesentre i hvor mye fokus som legges på barnet og på de voksne og mener personal sine relasjoner til de voksne kan påvirke vurderinger: «Altså man får jo en god relasjon til de voksne... og vil så gjerne at de på en måte skal kunne ha omsorg for det barnet, men som kanskje ikke er riktig alltid da».

Helsesøstrene understreker behovet for døgn-senter og flere gir uttrykk for at døgn-senter for en del barn er avgjørende viktig for at de skal kunne bli boende sammen med sine foreldre eller for å finne ut om omsorgen barna får fra foreldrene er god nok. Informanter beskriver den store forskjellen på å møte familier på et kontor eller ved kortere avtaler på hjemmebesøk og det å bo på døgn-institusjon. En sier:

Du kan spille en rolle... eh, om du kommer inn på kontoret til en helsesøster eller en lege en viss tid, kanskje en halvtime eller en time... men du klarer ikke det døgn etter døgn i en måned. Da vil det komme fram, tenker jeg, hvis det er sider ved personligheten din eller noe i samspillet eller noe, så vil det etter hvert skinne gjennom.

Gjennomgående viser informantene stor kunnskap om vansker hos foreldre som kan gjøre det nødvendig med opphold på barnevernets døgn-familiesenter. De beskriver umodenhet, lav kognitiv fungering, psykiske vansker, personlighetsforstyrrelser, rus-relaterte vansker, manglende støtte i nettverk og manglende foreldreferdigheter på grunn av traumer i egen barndom eller senere. En helsesøster omtaler foreldre som trenger en mal for det å være foreldre, men som ikke etterspør denne malen selv. Hun tenker at foreldre da trenger så tett oppfølging som et døgn-senter gir helt fra barnet er født, i stedet for at hjelpeapparatet skal vente og se hvordan det går med barnet og så gå inn og «reparere» det som kan gå galt mellom barnet og foreldrene. Dilemmaet i at foreldre trenger hjelp for å kunne bli gode nok foreldre for barna sine samtidig som de selv mener de ikke trenger hjelp, omtales av flere. Også helsesøstre opplever at det er lettere å veilede foreldre med god innsikt i egen situasjon enn de som i begrenset grad har innsikt. En forteller om et kommunalt tilbud om veiledning: «... at de som forstår, ser sine egne behov, de nyttiggjør seg det best». En av informantene tar opp det at hun som helsesøster kan påpeke ting som ikke er bra i omsorgen for barnet og der foreldre er uenige og forlater kontoret hennes. Hun ser for seg at personal på døgn-senter har mulighet til å gå inn på rommet til foreldrene noen timer etter slike episoder og forsøke å løse

opp i det som skjedde og snakke mer om det. Hun synliggjør på den måten utfordringer som oppstår mellom foreldre og hjelpere, de store relasjonelle vanskene en del foreldre kan ha og forskjellen i hvordan et døgn-senter kan arbeide med utfordringene på en annen måte enn når foreldre mottar hjelp hjemme. Foreldre kan ikke forlate senteret når de er uenige i tilbakemeldinger som blir gitt, ikke uten at det kan få konsekvenser fra barnevernet som har søkt dem inn. Familiene bor der over tid og uenigheter og konflikter må hele tiden jobbes med.

Flere informanter omtaler også dilemmaet i at foreldre som selv har opplevd traumer utsettes for det traumatiske i at det blir stilt spørsmål ved deres omsorgsevne og at de dermed står i fare for å oppleve å miste omsorg for barnet sitt. En sier: «Og da er det jo veldig vanskelig å få til dette, når man da... prøver å forberede seg på at man kanskje ikke får lov til å fortsette». Samme informant bruker formuleringen «et regnestykke som ikke går i hop» om noen slike situasjoner der foreldre selv har strevd med tilknytningsvansker til egne foreldre, de skal prøve å knytte seg til barna sine og de må leve i faren for at barna blir fratatt dem. Informantene viser forståelse for foreldre sitt ubehag i å skulle bli observert og for foreldre sin redsel for å miste omsorg for barnet. Samtidig gir de uttrykk for at observasjon er nødvendig, en sier: «Når folk er på et slikt sted må de forvente å bli overvåket for det er jo for å vurdere deres omsorgsevne. Og da... sier jeg jo bare at sånn er det».

5.4 Beskriver hvordan senter/barnevern løfter og krenker

Barnevernet har stor makt. De har blant annet mulighet til å undersøke omsorgssituasjonen for barn det meldes bekymring for, uten samtykke fra foreldre (barnevernloven § 4-3), de kan gjennomføre akuttvedtak uten samtykke fra foreldre (barnevernloven § 4-6) og de har også mulighet til å fremme saker for Fylkesnemnda med forslag om varige omsorgsovertakelser av barn (barnevernloven § 4-12). Ingen informanter i denne studien rapporterer om situasjoner der de mener barnevernet har grepet for mye inn i familiers liv, med unntak av historien som en informant forteller under pkt 5.5 der barnevernet vurderte å fremme sak for Fylkesnemnda men trakk den etter at helsesøster involverte seg for at familie og barnevern skulle bli enige om frivillige løsninger. Konkrete historier om inngripen fra barnevern omhandler i hovedsak en opplevelse av at barnevern i for liten grad griper inn og at barn lever med for dårlig omsorg i for lang tid. En informant brukte ordet «maktovergrep» om en situasjon der hun oppfattet det som at barnevernet lot barn bo sammen med en far hun mente var ødeleggende for dem.

En annen informant problematiserer situasjoner der gravide mødre kan ha så tunge psykiske vansker at hun før fødsel tenker det er uforenlig med å ha omsorg for barn, men der barnevernet likevel prøver ut tiltak for mor og barn:

Men jeg tenker det er jo litt sånn i forhold til når det skal bli sak i Fylkesnemnda og sånn så er det jo klart at barnevernet må bygge det på noe og da er jo det gjerne at de har prøvd alt. Og da er det jo gjerne et familiesenter først da.

Familier som bor på familiesenter som denne studien omhandler følges alltid opp av barnevern. Denne informanten har likevel noen ganger sendt melding til barnevern når mor og barn bor ved familiesenter og helsesøster møter dem ved kontroller etter fødsel. Informanten omtalte ikke dette som krenkelse av barn, men ut fra at situasjonene innebærer at barn over lengre tid utsettes for omsorg som vurderes for dårlig, velger jeg å beskrive de i et slikt lys.

Personal ved senter har også stor makt i det å skulle utrede omsorgssituasjoner og gi anbefalinger til barnevern, og ansatte står i fare for å krenke sårbare foreldre. To informanter beskriver hendelser der de oppfattet at mødre ble krenket av personal ved senter. Den ene hendelsen skjedde på helsestasjonens veierom, der helsesøster hadde sagt til mor «se som hun (barnet) kikker på meg», mens personal som var tilstede brøt inn og sa «hun har ikke god blikkontakt». Måten personal snakket på og det personal sa gjorde at helsesøster følte at hun måtte ivareta mor i situasjonen og hun følte på maktutøvelse fra personalets side i å definere problemer der det hadde vært en mulighet for positiv bekreftelse. Den andre hendelsen skjedde hjemme hos en familie, der personal omtalte mat i kjøleskapet som hadde gått ut på dato: «... og så va det litt sånn «ja», litt sånn, var litt sånn hånlig». Fra informantene er det likevel oftere historier om respekt fra personal i møte med foreldre, for eksempel ei mor som under opphold ved senter fikk hjelp til å anmelde partnervold:

... og måten hun bli ivaretatt på synes jeg, det var veldig flott, de fikk hun til å gå til legen for å ta vare på egen helse, de fikk henne til å... hjalp henne slik at hun fikk... fikk tatt seg advokat og...

En informant forteller om en mor som mistet omsorg for barnet sitt under opphold men der personal forklarte godt hvorfor de mente hun ikke kunne ha ansvaret og de ga mor omsorg, «hun virket nesten litt sånn styrket i å forstå sitt eget liv på en måte når hun kom hjem igjen».

5.5 Alle barn har ei helsesøster – om helsesøstres relasjoner og rolle

Fra barn blir født og fram til de er 20 år gamle tilbys de kontakt med helsesøster, gjennom helsestasjonsprogrammet 0-5 år og deretter gjennom skolehelsetjenesten og helsestasjon for ungdom. Det virker som at helsesøstre i stor grad tar ansvar for å følge utviklingen av barnas fysiske helse, i samarbeid med helsestasjonslege på noen av de avtalte kontrollene og også ved behov. Men at de samtidig bruker sitt helhetsblikk på barnets fungering og sin kompetanse og erfaring innen familiararbeid. Flere informanter omtaler den rollen helsesøster har i å være i kontakt med alle barn, «alle barn har ei helsesøster» sier en av dem. Fokuset på barnet poengteres av de fleste informantene, de er opptatt av å følge opp barnet. Helsesøstra som hadde ukentlige samtaler med et barn i et år før barnet flyttet til et senter sier:

Og også at barnet ikke skulle få lov til å fortelle meg noe. Fordi at da blir... da kommer barnevernet og henter deg. Og det er litt sånn standard som foreldre sier til sine barn og da blir det vanskelig for meg å ... jeg kommer ikke så langt i samtalene da men jeg kommer i alle fall et stykke, det å gi de omsorg og gi de tid og vise at jeg bryr meg da

Når man som helsesøster går inn i vanskelige situasjoner i familier der også barnevern utreder omsorgssituasjonen, og man ofte har tettere kontakt med barnet enn det en saksbehandler i barnevernet har, så er det ekstra vanskelig for informantene å forstå mangelfull informasjon fra barnevern. Rollen med å støtte barn, virker å være styrende for helsesøstrene sitt arbeid. Noen informanter gir uttrykk for hvordan relasjoner til barn som lever i vanskelige situasjoner påvirker dem, en sier «det var litt vondt i hjerte der». Hun beskriver sine bekymringer om hvordan det ville gå med barnet på sikt, dette galdt en baby.

Samtidig har helsesøstre relasjon til barnas foreldre. Flere påpeker at foreldre kan ønske å ha relasjon til dem, mer enn til barnevern. En av de som opplever det uttrykker: «...helsestasjonen er jo ikke barnevern heller, sant, helsestasjonen er mer ufarlig». En del informanter mener foreldre sier mer til dem enn til personal ved familiesenter, for eksempel kan foreldre si at de opplever opphold ved senter bortkastet og de kan snakke mer «ufiltrert» til helsesøster selv om personal er tilstede i samme rom. En helsesøster forteller om hvordan det foreldre sier til henne kan beskrive foreldres forståelse for behov for veiledning og hvorvidt de evner å ta imot veiledning. Hun opplever at hun som vitne i saker for Fylkesnemnda og Tingrett kan bli spurt om slike samtaler med foreldre og hvordan hun vurderer dette.

Noen helsesøstre har tette relasjoner med foreldre, der de snakker om vanskelige og sårbare temaer. For eksempel snakker de om foreldre sin redsel for å miste omsorgen for barnet:

At vi snakker om det også da, at det her er ikke så enkelt når du lurer på hvordan det det går. Å være med dem i den prosessen på en måte, for det... det er jo en vanskelig prosess uansett hvordan utfallet blir på den andre siden.

Den informanten forteller også om egne reaksjoner i møte med foreldre som ikke mestrer å ha omsorg for barnet sitt: «Det er jo vondt bestandig når det er noen som ikke får det til». Hun beskriver strategier hun bruker for å få ut egne følelser, ved å snakke med kollegaer, gå på trening eller til fjells. Hun påpeker at den siden ved helsesøstre sitt arbeid er det ikke så mange som tenker på, at «alle sier det er så koselig å være helsesøster» men ikke tenker på de gangene helsesøstre må handle ut fra at barnas situasjon ikke vurderes som god.

Relasjoner med barn og foreldre handler også for helsesøstre sin del om makt. De har blant annet makt til å utløse en barnevernssak gjennom å sende bekymringsmelding til barnevern og makt til å ikke utløse en sak gjennom å la være å sende melding. Selv om helsesøstre i denne studien ikke ble spurt om hvor ofte og i hvilke situasjoner de har sendt meldinger så kom det fram historier om situasjoner der de har sendt melding. En informant forteller om en episode der det luktet alkohol av en mor som var på helsestasjonen og der barnevern ble kontaktet og oppsøkte mor hjemme. Informanten sier at samme dag ringte en annen mor som ville takke fordi helsesøster tidligere hadde satt henne og familien i kontakt med barnevern, hun hadde fått god hjelp og var nå ikke motvillig til kontakt med barnevern slik hun hadde vært før. For informanten illustrerte episodene mangfoldigheten i helsesøstre`s arbeid.

Selv om hjelpe- og støtte-funksjonen understrekes fra informantene, blir kontroll- og makt-aspekt berørt fra flere. En del informanter beskriver hvordan de i krisesituasjoner tenker at det er barnevernets rolle å være den instansen som skal rykke ut, men at helsesøstre kan bistå gjennom å være støttepersoner i senere samtaler mellom barnevern og familie. Det er ulikt hvor dypt helsesøstre arbeider inn i familier, en sammenligner sin rolle med barnevernets og sier: «Min rolle er ikke å være like tett på, på en måte». En annen sier:

Og jeg har bare tatt et par hjemmebesøk jeg og så har jeg tenkt at mer får jeg ikke til for det er ikke sånn vil skal jobbe, vi skal ikke jobbe dypt inn i en familie, vi skal på en måte nå alle

Helsesøstre kan tilpasse hjelp, en sier: «vi har et fast program og så har vi ved behov» mens en annen bruker formuleringen «det står ikke noe sted at det er forbudt å gjøre noe ekstra». Det virker å være stor grad av skjønn i vurdering av omfang av kontakt med familier, både ut fra problematikk i familien og også ut fra ulike typer helsestasjoner og ulike typer stillinger helsesøstre har ved helsestasjonene. En informant som har en stilling som gir tettere oppfølging til foreldre med særlige vansker har tenkt på hvordan den tette kontakten med noen av foreldrene kan prege henne: «ja og det har jeg jo tenkt en del på at jeg kan bli blindet av dem fordi jeg får så tett kontakt og eh... jeg skal ikke si at det ikke skjer».

Det er gjennomgående i intervjuene at informantene bruker ordet «ansvar» om følelser de kjenner på i møte med familier med store utfordringer. Særlig i fasen der familier flytter fra et senter og hjem til egen kommune. For eksempel kan foreldre ha vist framgang i fungering under oppholdet men så kan helsesøster kjenne på en usikkerhet i hvorvidt framgangen er stor nok og vil vedvare etter hjemflytting. En informant beskriver en situasjon der barnevernet ønsket å fremme sak for Fylkesnemnda om omsorgsovertakelse av et barn, flere år etter familiens opphold ved et familiesenter. Helsesøster mente omsorgen var god nok dersom familien tok imot forebyggende tiltak og i dialog mellom barnevern, familie og helsesøster ble dette løsningen. Helsesøster sier hun føler stort ansvar i å være del av en slik vurdering og i det å følge opp familien videre.

5.6 Ønsker kontakt med senter/barnevern

Som vist i pkt 5.1 er det flere informanter som ikke har vært på familiesenter og som ikke har vært i kontakt med personal. Informantene gir samstemmig uttrykk for at kontakt med senter og besøk på senter er noe de ønsker å prioritere. En informant som ikke hadde kontakt med senter påpeker at geografisk avstand kan gjøre besøk til senter vanskeligere men at det ikke ville hindret henne i å dra:

... vi ser jo alltid på saker og hva som er viktig og jeg tror vel egentlig ikke når vi har vært innkalt på ting, litt sånn en og en, så tror jeg vel aldri vi har sagt nei til... selv om avstanden gjør at du bruker hele dagen da

Flere viser til erfaringer i kontakt med somatiske sykehus, de har for eksempel blitt invitert til å besøke foreldre som har fått premature barn på sykehuset. En informant som kunne tenkt seg å bli invitert på besøk til senter sier:

Det er sånn tankegang som man gjerne bruker når barn skal ut fra et langt opphold på sykehus, at du kommer inn for på en måte... lage en relevans for brukeren for «du vet jo, du var jo der, du så jo det når vi satt i den gule sofaen...»

Flere ønsker å bli invitert inn i direkte kontakt med personal ved senter før familien flytter inn og at de da kan gi muntlig informasjon om sin kjennskap til familien. På den måten kan helsesøstre sin kjennskap til familier være del av grunnlagsmaterialet for senteret sin utredning. Flere mener også at personal bør besøke familiene i deres lokalmiljø både før, under og etter opphold. Forholdene familier lever under før opphold er som regel de samme forhold de skal tilbake til etter opphold og for at utredning og hjelp ved senter skal ha nytteverdi utover selve oppholdet er det viktig at personal ved senter kjenner godt til forholdene familien lever under lokalt.

Informantene begrunner sine ønsker om kontakt og besøk med grundigere og bedre hjelp til de familiene det gjelder, både at oppholdet ved senter kan bli bedre når familie og personal har kontakt med helsesøster og også at overgangen hjem etter opphold kan bli bedre. Åpenhet rundt foreldre sine utfordringer og rundt forventninger som stilles gjør at det er lettere å holde fokus på hva som skal til for at foreldre skal klare omsorgsoppgaven. Flere sier at de ønsker å få informasjon direkte fra senter heller enn via barnevern, og en omtaler forskjellen i dette som at når informasjon går via barnevern er den allerede silet ut fra hva barnevern-ansatte tolker som viktig og ikke.

Informantene er samstemte i hvor viktig de mener tverrfaglig samarbeid er rundt familier som bor ved familiesenter og også andre familier som har kontakt med barnevern. En informant utdyper verdien av tverrfaglighet i de vurderinger som gjøres av familiene: «fordi at... vi er forskjellige fagpersoner, vi gjør oss forskjellige observasjoner, vi har på en måte forskjellige knagger som vi henger andre sin vurdering på». Samme informant sier at dersom barnevern tidlig involverer hjelpere i et tverrfaglig samarbeid rundt familiene så tror hun det øker tillit til det barnevern beslutter og hun tror informasjonsinnhenting og vurderinger blir mer solide. En annen informant framhever også samarbeid over tid og sier «jeg tenker at det kunne vært en mer en åpen prosess, før man tar sånne alvorlige beslutninger da». Informantene snakker både om familier som bor ved senter, der det alltid omhandler situasjoner som kan gi grunnlag for alvorlige beslutninger, og familier som bor i kommunen og blir fulgt opp av barnevern.

Av andre ønsker informanter har til familiesenter er jevnlig kursdager, både der familiesenter kan beskrive innhold i opphold ved senter og metodebruk og også felles kursdager om andre temaer. Noen ønsker veiledning, for eksempel om samspill mellom foreldre og barn. Mulighet for telefonkontakt med personal etter at familier har flyttet ut, blir etterspurt. Noen bemerker at de sjelden står i situasjoner der de kjenner familier som bor ved familiesenter og at de også av den grunn ønsker mest mulig informasjon og kontakt.

5.7 Ønsker sikring av tett nok hjelp ved utflytting fra senter

Helsesøstre framhever hvor sårbar fasen for flytting til hjemkommunen er for barnet.

En informant som opplevde at det gikk dårligere med barnet etter hjemflytting forteller:

«og da ser jeg at dette her sklir ut... sklir ut disse her rutinene». Hun opplever at far ikke lenger klarer å opprettholde en god døgnrytme for barnet og gode rutiner for måltider og stell.

Hun opplever at de ulike hjelpeinstansene er for lite tett på og beskriver prosessen som skjer:

Så får vi ikke til det gode samarbeidet når det blir slik at han kan gjøre hva han vil hjemme og så mistenker vi ham for at han ikke er god nok.... Men hvis vi hadde hatt dette samarbeidet hele veien så hadde han vært mye mer forpliktet også, til å jobbe slik som vi mener han skal jobbe.

Noen forteller om foreldre som har fått god hjelp ved senter, endringer har skjedd og som helsesøstre lener de seg på vurderinger gjort ved senteret i sitt videre arbeid. De kan for eksempel i sin veiledning vise til det foreldre har lært ved senteret og bygge videre på det.

En av disse oppfattet at det etter opphold ikke var nødvendig at hun var så tett på i kontakten med familien. Samtidig snakker flere om endring som kan skje etter hjem-flytting som gjør det uvisst om omsorgen fortsatt er god nok. En informant som har fulgt mange familier i overgangen hjem etter opphold er opptatt av at selv om foreldrene mestret omsorgen under oppholdet kan det være et fortsatt stort hjelpebehov, hun sier:

Men det man ser da, det er ofte at de har et tett hjelpeapparat rundt seg og de som på en måte aksepterer det også etter utflytting tenker jeg, som synes det er greit, som sier ja til alt av hjelp, de går det mye bedre med tenker jeg

Noen sier de ønsker møter på senteret før utflytting der det avtales hvem som har ansvar for hva videre, og noen har opplevd å være med på slike møter. En informant som opplevde en god overføring av informasjon fra senter til kommune mener det er viktig at «helhetsblikket fra senteret bør formidles til de forskjellige instansene i kommunen som for eksempel psykisk

helsetjeneste for foreldre, helsestasjon og barnevern». Hun mener videre at det er viktig at kommunen er mottakelig for å videreføre det som har blitt jobba med og å tilpasse seg det.

En informant er opptatt av at senteret bør ta ansvar for at det opprettes et lokalt team som jobber rundt familien fordi barnevernet i hennes kommune mangler «faglig blikk» for hvordan dette må gjøres. Hun beskriver stor gjennomtrekk i barnevernet og kort erfaring hos de som til enhver tid er der. Viktighet av å sikre fasen der familier flytter hjem kommer fram hos de fleste informantene, de presiserer at for at endringer skjedd under opphold skal ha en hensikt trengs det at disse videreføres hjemme. En del informanter nevner spesielt at de mener det er viktig at primærhelsetjenesten involveres i oppfølging av familier etter hjem-flytting. For informanter som har erfart at personal ved senter jobber rundt familier også en periode etter hjem-flytting, understrekes dette som en god og viktig ordning. En informant har gjort seg tanker om at når barn blir cirka to år er det en del foreldre med tidligere store vansker i sin voksenfungering som faller tilbake til gamle mønstre. Hun mener det kan være viktig at de av hjelperne som har en relasjon til brukerne bør følge dem videre etter opphold, for noen kan det være personal ved senter og for andre helsesøster eller andre kommune-ansatte som for eksempel følger opp gjennom hjelpetiltak.

6.DRØFTING

Min problemstilling er: Hvilke erfaringer har helsesøstre i samarbeid med døgn-familiesentre? Jeg vil drøfte funn ut fra hvert av forskningsspørsmålene knyttet til problemstillingen.

6.1.Hvordan opplever helsesøstre kontakten med familiesenter og det å være del av et samarbeid rundt familiene?

Et flertall av helsesøstre i min studie opplever ingen eller begrenset kontakt med familiesenter og opplever lite informasjon fra barnevern. Men hva har det å si? Kan ikke helsesøstre følge barnet gjennom helsestasjonsprogrammet og så tar barnevernet seg av det som handler om foreldres omsorgsevne? Informantene gir samlet et stort tilfang av kunnskap om på hvilke måter kontakt mellom senter og helsesøstre og mellom barnevern og helsesøstre kan tjene barna. Den samla informasjonen om familien blir mer solid når helsesøstre trekkes inn tidlig. Helsesøstre kan noen ganger ha en relasjon med familien som gjør at det helsesøstre sier blir lettere tatt imot. Helsesøstre kan støtte barnevern i at det er helt nødvendig for barnet at familien observeres over tid ved et senter, selv om det medfører ubehag. Helsesøstre kan høre hva foreldre sier om være ved senter og kan være med på å vurdere foreldrenes grad av innsikt og motivasjon. Helsesøstre kan forsterke læring og forståelse hos foreldre og fremme åpenhet om foreldrenes vansker. Helsesøstre følger barnet og kan være med og vurdere om barnets utvikling endres i positiv retning, om veiledning har effekt eller om bekymring øker. Har ikke senter/barnevern behov for disse og andre funksjoner hos helsesøstre?

Manglende kontakt med- og informasjon fra barnevern er et funn som går igjen i utenlandske og norske studier (Kent et. al., 2011; Clancy et. al., 2012; Woodman et. al., 2013). Helt ned til detaljnivå minner erfaringer fra andre land og fra informanter i denne studien om hverandre i det som omhandler forholdet mellom barnevern og helsepersonell. Den engelske legen som opplever å ikke få kontakt med barnevern dersom ikke barnevernet ringer fordi de trenger informasjon fra ham virker like oppgitt som den norske helsesøstra som har gitt opp å ringe senter eller barnevern fordi hun fra tidligere erfaringer med barnevern tror de kommer til å si lite og ingenting. En del litteratur, også norsk, gir eksempler på mistillit til barnevern fra helsepersonell. Mistilliten hindrer helsepersonell i å kontakte barnevern når det er situasjoner som gjør at barn kan trenge hjelp fra barnevernet (Woodman et. al., 2013; Saltmarch & Wilson, 2017; Hafting et. al., 2018). Dette er alvorlig med tanke på barns rettsikkerhet.

Helsesøstrene jeg har intervjuet gir ikke uttrykk for en grunnleggende mistillit til barnevern, de er mer oppgitt over å ikke få nok informasjon og de er opptatt av at barnevern noen ganger griper for lite inn i familier for å sikre barna god nok omsorg. Flertallet av helsesøstrene gir eksempler på ganger der de har meldt bekymring om barn til barnevernet og noen av dem reflekterer over makt-aspekt som viktig del av rollen som barns støtteperson. Eksemplene står i motsetning til funn i Neumann sin studie (2008), der norske helsesøstre ofte valgte andre strategier enn å sende bekymringsmelding ved mistanke om vold. Har det skjedd en grunnleggende endring i helsesøstres håndtering av slike situasjoner? Veileder for helsestasjoner sitt arbeid fra 2004 nevnte ordene «omsorgssvikt» og «mishandling» kun i en setning (Sosial- og helsedirektoratet, 2004), mens ny nasjonal retningslinje fra 2017 har stort fokus på vold (Helsedirektoratet, 2017). Mange helsesøstre har også i perioden etter 2007 gjennomført opplæringsprogrammet «Tidlig inn» og har trent på å stille spørsmål til foreldre blant annet om vold. Selv om evaluering av programmet tyder på begrenset effekt i å tørre å stille spørsmål til foreldre så har helsesøstre sin kunnskap om vold og andre skadelige situasjoner for barn økt (Mathiesen & Skoland, 2016). At helsesøstre selv har laget en opplysningsfilm om hva vold mot spedbarn er og hva det gjør med barna, samt hva foreldre kan gjøre for å unngå å bruke vold, gir en pekepinn på at tabu knyttet til vold er i endring og at helsestasjoner tar vold som folkehelseproblem på alvor (Pettersen et. al., 2018).

Skyldes mangelfull kontakt fra barnevern og senter til helsestasjon manglende kunnskap? Vet barnevern og senter lite om utviklingen som har skjedd ved norske helsestasjoner? At ulike profesjoner har liten kunnskap om og forståelse for hverandre er et kjent hinder for effektivt samarbeid (Appleton, 2012). Min studie viser også begrenset kjennskap hos helsesøstre om barnevernets døgn-familiesentre og flere etterlyser mer informasjon.

Ordet «silo» går igjen i litteratur om samarbeid og blant annet beskriver NOU 2017:12 hvordan økt spesialisering og oppmerksomhet rundt mål- og resultatstyring fører til at «hver sektor bruker sine ressurser på egne ansvar-områder og kjerneoppgaver» (s. 89). Helsesøstre i min studie opplever i hovedsak høye barrierer i kontakt med senter. Senter er både en annen «silo» enn «helse-siloen» og det er et annet nivå, nemlig andrelinje-tjeneste. Er det tanken fra statlig hold at det skal være slik? At barrierer mot kontakt skal gjøre at det blir mindre pågang til dyre andrelinje-tjenester? Gjennomsnittlig døgnpris for familiesenter var i 2015 anslått til

kr 7590 (Vista Analyse, 2016). Når tema vold mot barn så tydelig er lagt inn i helsesøstre sine kjerneoppgaver, skulle ikke terskler mot instanser som arbeider inn mot samme område vært lavere? For ti år siden foreslo Flatø-utvalget at helsesøstre skulle få henvisningsrett til BUP, utvalget mente det ville fremme godt koordinerte tjenester og at brukere fikk færre å forholde seg til enn nødvendig (NOU 2009:22). Forslaget er ikke gjennomført.

Å bekjempe vold mot barn involverer minst fire departementer med underliggende etater og kompetansesentra: Barne- og likestillingsdepartementet, Justis- og beredskapsdepartementet, Helse- og omsorgsdepartementet og Kunnskapsdepartementet. Også mellom departementene er det utfordringer med samarbeid og samordning «om gjenstridige problemer» (NOU 2017: 12, s. 89). Departementene som lager mål om samarbeid og samordning sliter selv med å få til det samme. Hjemmebesøksprogrammet NFP (Nurse-Family Partnership), som i Norge heter Familie for første gang, hører inn under Barne- og Likestillingsdepartementet med sykepleiere ansatt hos Nasjonalt kompetansenettverk for sped- og småbarns psykiske helse ved Regionsenter for barn og unges psykiske helse (RBUP) Øst og Sør. Dersom programmet videreføres etter utprøvningsfasen (2016-2019) er det foreslått at sykepleierne i programmet ansettes rundt i de enkelte kommunene, med tilhørighet til en eller flere helsestasjoner og at det overordnet knyttes til Helse- og omsorgsdepartementet (Lippestad et. al., 2018). Landsgruppen for helsesøstre har tidligere stilt spørsmål ved at tjenesten skal drive individ- rettet innsats og hvordan det kan gå på bekostning av generell helsefremming. De har også stilt spørsmål ved vektleggingen av kartleggingsverktøy på normalpopulasjonen, initiert av fag- og forskningsmiljø innen psykisk helse og barnevern (Waldum-Grevbo, 2015). Hvordan vil helsesøstre oppleve å ha det individ-rettete tiltaket Familie for første gang knyttet til helsestasjonene?

Når ny faglig retningslinje for helsestasjoner ble laget (Helsedirektoratet, 2017) deltok RBUP Øst-Sør (Regionsenter for barn og unges psykiske helse), RKBV Vest (Regionalt kunnskaps-senter for barn og unge), Korus (Kompetansesenter rus) og RVTS (Ressurs-senter om vold, traumatisk stress og selvmordsforebygging) med kunnskapsoppsummeringer som lå til grunn for anbefalinger i retningslinjen. Mens det Landsgruppen for helsesøstre har foreslått, et Nasjonalt kompetanse- og utviklings-senter for helse- stasjons- og skolehelsetjenesten, har ikke blitt gjennomført. Det er et politisk ønske om å ikke opprette flere kompetansesentre men heller prøve å samordne eksisterende (Lippestad et. al., 2018). Føler helsesøstre seg overkjørt av andre fagmiljøer? Dersom Familie for første gang videreføres er det også spennende å se hvordan et samarbeid mellom sykepleiere i programmet, helsesøstre og barnevern vil bli.

Programmet rettes inn mot familier med risikofaktorer som barnevern-ansatte har mye kunnskap om og mye erfaring i å arbeide med. Hvordan kommer kunnskap og informasjon til å deles? Ulike studier om programmet har vist at sykepleiere rapporterte usikkerhet i møte med problem som for eksempel partnervold. Å dele informasjon med barnevern og samarbeide tett med barnevern ble framhevet som viktig (Davidov et. al., 2012; Li et. al., 2015). En eventuell innføring av programmet aktualiserer behov for bedre kontakt og samarbeid mellom lokale helsestasjoner og barnevern/døgn-familiesentre og også bedre kontakt og samarbeid mellom departementer og underliggende etater.

Deling av informasjon mellom instanser kan føre til tidligere avdekking av skadelige situasjoner for barn (Appleton, 2012; Phelan & Davis, 2015; NOU 2017: 12). I ytterste konsekvens handler det om liv og død. I England ble det allerede i 2003 beskrevet hvordan deling av informasjon mellom faginstanser var av det som kunne forhindre at Victoria Cimbie døde tre år tidligere (Laming, 2003). Sped- og småbarn er den gruppen av barn som opplever mest og alvorligst omsorgssvikt og vold (Kvelling, ref. i Moe et. al., 2010, s. 503). Man kunne i utgangspunktet tenkt seg ekstra mye deling av informasjon mellom instanser som samarbeider rundt de minste barna. Hvilke flere hindre er det i deling og kontakt?

Flatø-utvalget (NOU 2009:22) omtaler regler for taushetsplikt, at de forvaltes av aktører uten juridisk kompetanse og kan oppfattes som kompliserte. Det antydes at regelverk tolkes unødige innskrenkende. Helsesøstre i denne studien opplever ulik praktisering av taushetsplikt og undrer seg over hvilke andre årsaker enn selve reglene som ligger til grunn de gangene informasjon ikke blir gitt. Når man leser Rundskriv Q-24 (Barne- og familiedepartementet, 2005) er det vanskelig å forstå at helsesøstre ikke skal få informasjon om barn både de og barnevern følger opp, både når foreldre samtykker og i mange av tilfellene der foreldre ikke gjør det. Barnet skal sikres best mulig oppfølging, sier rundskrivet, og hvem trenger da hvilken informasjon? Både barnevern og familiesentre har ansvar for å vurdere slike situasjoner, døgn-sentre står spesifisert i barnevernlovens § 6, 7 der det er snakk om å gi opplysninger for å fremme senterets oppgaver. Hvilke konsekvenser har det for barnet dersom informasjon ikke deles? Kan helsesøster for eksempel gjennomføre en grundig nok konsultasjon når hun ikke kjenner til mors vansker? Kan hun vite hva hun skal være ekstra oppmerksom på ved et hjemmebesøk? Vurdering om deling av informasjon krever juridisk og faglig skjønn. I tillegg trenger ansatte ferdigheter i det å stå i konflikt og personlige

egenskaper som gjør at de tåler å stå i konflikt. Dersom foreldre ikke samtykker til deling av informasjon blir det minst konflikt ved å følge foreldrenes ønsker. Men hva er barnets beste? Og hva er foreldre og ansatte på senter og i barnevern sitt beste? Rundskriv Q-24 (Barne- og familiedepartementet, 2005) finner det nødvendig å presisere følgende om taushetsplikten: «Den skal imidlertid ikke misbrukes til å beskytte barnevernet selv på bekostning av åpenhet og innsyn» (s. 6). Hanafin (2013) er av de som understreker det viktige i ansatte sine personlige egenskaper, hun mener ansatte i nær kontakt med barn som lever i omsorgssvikt trenger kunnskap og ferdigheter «as well as personal attributes of resilience, courage and capacity to work in intense and conflicted situations» (s. 26).

Forskningslitteratur gir også fortellinger om godt samarbeid og deling av informasjon til barns beste (Appleton, 2012; Li et. al., 2015). Det samme kommer fram i min studie, plutselig erfarer for eksempel en av helsesøstrene å bli kontaktet fra personal ved senter og de innleder et konkret og nyttig samarbeid rundt familien det gjelder. I en norsk studie rangerer leger, helsesøstre, barnevernarbeidere og jordmødre de samme tre områder som viktigst i samarbeid: Tillit, respekt og samarbeidskompetanse (Clancy et. al., 2012). Når personal ved senter kontakter helsesøster, er det da disse tre områdene som er i aktivt bruk? Helsesøstre i min studie sier de føler tillit og anerkjennelse til sin rolle når de samarbeider tett rundt familiene, mens der det er lite eller ingen kontakt bruker en helsesøster bruker formuleringen «lite verdsatt» om hvordan hun følte seg. I studien til Clancy et. al. (2012) bemerkes at områdene som ble rangert viktigst i samarbeid alle er relasjonelle faktorer. Hennes studie hadde en overrepresentasjon av små kommuner (under 2000 innbyggere). Men relasjonelle faktorer framheves også som viktigst i samarbeid under store forhold i USA (Banks et. al., 2008).

Selv om hovedfunn i min studie gir et bilde av mangelfull kontakt mellom helsesøstre og barnevern/senter, er det altså fortellinger om omfattende kontakt og om godt samarbeid rundt barna. Med unntak av de to helsesøstrene som fulgte opp nesten samtlige barn ved sentre og det utviklet seg et tett samarbeid over flere år, fant jeg ikke noe mønster i kontakt og samarbeid. Det kunne like gjerne være ei helsesøster i en stor kommune som i en mellomstor eller liten kommune som hadde gode erfaringer. Og det kunne være helsesøstre som hadde nær eller fjern geografisk avstand til senter og samarbeid kunne foregå i fysiske møter og gjennom telefon. Mønsteret virket heller å være det tilfeldige og det personavhengige i kontakten og samarbeidet som oppstod. En større studie om engelsk primærhelsetjeneste og

hvordan de responderer på mulig omsorgssvikt og vold viste til gode eksempler på tverrfaglig samarbeid rundt familier og de skriver: «Yet, there was little evidence of formal evaluation of many local projects» (Appleton, 2012, s. 64). Historier om godt samarbeid trenger å bli forsket mer på, å få fram hva som fungerer godt er nyttig og motiverende for fortsatt endring.

Til slutt i drøfting av kontakt mellom helsesøstre og familiesenter og helsesøstre sin deltakelse i samarbeid rundt familiene vil jeg stille spørsmål ved om det i noen tilfeller kan være ønske om informasjon uten at det er nødvendig for å følge opp barnet? Ut fra eksempler helsesøstre i studien gir om konkrete familier sitter jeg ikke igjen med et slikt inntrykk, mens ansatte i barnevern og ved senter kan ha andre oppfatninger. Jeg har ikke funnet litteratur som belyser temaet, litteratur har entydig pekt på at mangelfull informasjon skaper vansker i det å kartlegge barns situasjon og å gi riktig hjelp.

6.2 Hvordan beskriver helsesøstre innholdet i opphold ved familiesenter?

Helsesøstre i min studie gir uttrykk for forventinger om nøye observasjon under opphold, der barnas reelle situasjon blir avdekket i større grad enn ved besøk på et kontor eller ved hjemmebesøk. De er i hovedsak tilfreds med innhold og vurderinger gjort ved sentre og understreker det viktige i at på senter jobbes det med helheten i familiers liv og at familien blir observert og veiledet gjennom hele døgnet. Kritikken mot sentre går i hovedsak på tilfeller der de oppfatter at sentre har jobbet for lite grundig og de vurderer at problemene fra barnas perspektiv var enda større enn det sentrene tok tak i. En informant etterlyser tilbud der psykisk syke mødre kan bo sammen med barna.

Så langt jeg er kjent med finnes det ingen norske tilbud der foreldre med alvorlige psykiske problemer kan bo sammen med barnet og motta behandling. Australia har i mange år hatt slike tilbud, noen benevnes som «psychiatric unit providing joint admission for mothers with severe psychiatric disorder and their infants». Lengde på opphold skreddersys den enkelte sitt behov (Fisher et. al., 2011). Et dilemma i Norge knytter seg til at slike tilbud ikke, eller i liten grad, finnes - et annet dilemma er at institusjoner med vekt på tung foreldreproblematikk har mindre barnefokus enn barnevernets familiesentre. Dette påpekes av Vista Analyse (2016, s. 21): «Rusinstitusjonene har nødvendigvis mindre barne-fokus enn sentrene mens sentrene har ikke et behandlingstilbud for foreldrene». Hvilke konsekvenser har det for barna når fokuset

først og fremst rettes mot foreldrenes tunge psykiske vansker og rus-vansker? I hvilken grad lar det seg kombinere å gå i behandling for tung egen-problematikk og å ha omsorg for barn? Man kan også spørre hvilke konsekvenser har det for barna dersom foreldre ikke får nødvendig behandling og omsorgsevnen utredes før behandling blir gitt. Både barnevernets familiesentre og familieavdelinger ved rus-institusjoner står i et spenn mellom hjelp og støtte til foreldre og å sørge for at barnet får god nok omsorg tidlig nok i livet sitt.

Siden mange sped- og småbarn viser liten grad av symptomer på sine vansker er det anbefalt å vurdere foreldres fungering og tilpasning, med særlig vekt på deres mentaliseringsevne. I hvilken grad klarer foreldrene å leve seg inn i barnet sitt og ta barnets perspektiv? (Kvello, ref. i Moe et. al., 2010). Dette kan lettere vurderes i et døgn-senter der barn og foreldre blir observert over tid og der personal gjennom daglige gjøremål ser hvordan foreldre fungerer og hvordan de oppfatter og dekker barns behov. Det er også anbefalt å vurdere karakteristika i samspillet mellom barn og foreldre og barnets kompetanse og tilpasning. Mange verktøy og metoder er anbefalt til slike utredninger, som for eksempel Fremmedrom-prosedyre og Crowell-prosedyren (Zeanah, 2009, s. 252-263). De to omtalte prosedyrene brukes, sammen med mange andre metoder for utredning og veiledning, ved døgn-familiesentrene.

En utredning bestilt av Barne- og familiedepartementet som kartla dagens tilbud i døgn-familiesentre sier at «barnevernledere mener sentrene utfører de oppgavene kommunen har behov for, innenfor kjerneområdet utredning og veiledning av sped- og småbarnsfamilier» (Vista Analyse, 2016, s. 29). Det samsvarer med hva helsesøstre i min studie rapporterer. Ved sentrene arbeider ulike yrkesgrupper som for eksempel psykologer, sosionomer og pedagoger. Det arbeides med mange områder av familiers liv. Å arbeide både med åpenbare behov (overflate) og tyngre problematikk (dybde) anses viktig dersom endring som skjer skal kunne vedvare. Det krever god kompetanse hos ansatte som gjør det mulig å arbeide også med problem som er vanskeligere å få tak i (Whittaker et. al, 2014). I det komplekse arbeidet med utredning og veiledning i situasjoner med mulig alvorlig omsorgssvikt og vold mot sped- og småbarn, tilbyr døgn-familiesentre god kunnskap på området og grundig arbeid i familier. Ikke minst tilbyr sentrene en arena der barn og foreldre inngår i relasjoner med personal over tid. Barnets stress og barnets trivsel kan bedre oppfattes og det samme når det gjelder foreldre. Gjennom relasjonsarbeid og ulike observasjonsmetoder kan vansker avdekkes. Gjennom relasjonsarbeid og ulike veiledningsmetoder kan positiv endring skje for barnet og foreldrene.

På hvilken måte kan foreldres vansker spille seg ut under opphold ved senter? Mange foreldre har vansker på grunn av traume-erfaringer i egen barndom eller annen tung problematikk og vanskene kan vise seg i relasjoner både til eget barn og til de av personalet som kommer tettest på. Barna lever i noen tilfeller over tid i en situasjon med omsorgssvikt mens det utredes om foreldre klarer å starte en endringsprosess som gjør at barnet får det bedre. Personal ta stilling til hvordan barnet har det. Barnet smiler, er det uttrykk for trivsel eller er det uttrykk for at smilet utløser minst ille atferd fra mor og at barnet har merket det? Fars hånlige stemme til barnet, hva er den et uttrykk for og hvordan er det for barnet? Tausheten hos mor, har hun rett når hun sier hun snakker mer med barnet når andre ikke er tilstede? Har mor endret atferd? Personal står i et konstant relasjonsarbeid med foreldre og barn – der barnets smerte blir tatt imot og også foreldres smerte og frustrasjon. Døgnfamiliesentre i barnevernet skal ifølge barnevern-loven gi opphold til familier der foreldres omsorgsevne skal vurderes i situasjoner «der det er stor usikkerhet ved om det er alvorlige mangler ved denne» (Barnevernloven, 1992, prg 2-3, a). I familier med opphold ved senter vil omsorgen for barnet være potensielt alvorlig mangelfull, samtidig som usikkerheten vil være ekstra stor. For personal som står i relasjon til foreldre og barn og som samtidig skal vurdere hvordan barnets utvikling er og hvilken omsorg foreldre gir kan usikkerheten og tvilen skape frustrasjon. Dersom man ikke orker å stå i de sterke følelsene, kan man bestemme seg for et perspektiv for tidlig, uten at man forstår nok av hva samspillet handler om (Abrahamsen, 2010). Kanskje har det skjedd de gangene helsesøstrene i min studie rapporterer at det ble arbeidet for lite grundig med problematikk i familier som hadde opphold eller at foreldre-fokuset ble for stort?

Sterke følelser av tvil og av emosjonelt stress kjennetegner arbeid med barn utsatt for vold og omsorgssvikt (Saltmarsh & Wilson, 2017). Helsesøstre i min studie rapporterer også følelser av uro og tvil, både eksplisitt og implisitt. Når de beskriver ansvarfølelse oppfatter jeg noen ganger at det ligger bekymring for barnet i denne følelsen og tvil om hvordan barnets utvikling og omsorgssituasjon er eller blir framover. I helsesøstrene sine fortellinger om relasjoner til barn og foreldre oppfatter jeg også noe tvil og stress. Når jeg som helsesøster har denne gode relasjonen til far, lurar han meg når han forteller hvordan forholdene hjemme med barnet er? Jeg merker at barnet ikke har det bra men hva skyldes dette, hvordan kan jeg finne ut mer, hvordan kan jeg hjelpe barnet? Når mor forteller at hun ikke har fått hjelp ved senter, er det riktig eller hva betyr det og hva sier det om mor som person og som omsorgsgiver? Neumann (2008) beskriver hvordan det er for helsesøstre å bestemme seg for et perspektiv,

hun sier at mot bekymringen om at noe kan være galt, er det alltid en annen forståelse som springer ut av det som er normalt. Og at slik menneskelige fungering preger alle. Saltmarsch & Wilson (2017) forteller om disse mekanismene når sykepleiere i en avdeling for tidlig fødte barn ser bekymringsverdig atferd fra foreldre. Sykepleierne kan definere atferden som foreldres stress i situasjonen med å være ved avdelingen heller enn som en risikofaktor for barnet. Både Neumann og Saltmarsch & Wilson argumenterer for at det som skal til for at ansatte skal se barnets reelle situasjon er tilførsel av kunnskap og handlingsrom og at dette er et ansvar for systemer og ledelse. Ansatte nær barn som lever i mulig vold trenger individuell veiledning (Saltmarsch & Wilson, 2017) og annen emosjonell støtte (Hanafin, 2013; Austin & Holt, 2017). Helsesøstrene i min studie ble ikke direkte spurt om de mottok veiledning. Men ingen fortalte om veiledning i å håndtere emosjonelt stress, mens noen fortalte at de snakket med kollegaer eller håndterte det på egen hånd.

Klarer familiesentre å avdekke barnas reelle situasjon? Utenlandsk litteratur viser til begrepet «Stage Management» om situasjoner der foreldre tilrettelegger situasjoner for å vise den siden av virkeligheten som de vil skal bli sett. Det gis eksempler på hvordan foreldre instruerer barn i hva de skal si og hvordan hjelpere som kommer på besøk vises inn i et rom og ikke får se tilstanden i andre rom (Whittaker et. al., 2014; Phelan & Davis, 2015; Austin & Holt, 2017). Å bo i et døgn-tiltak over tid gir flere muligheter til avdekking. Samtidig kan strukturer ved sentre og det at ansatte er tett på familier hjelpe foreldre til å holde oppe en fungering som ved flytting hjem faller totalt sammen. Personal ved et engelsk familiesenter uttalte hvordan en del familier «played the game» når de var ved senteret for å tilfredsstille personal og følge råd de fikk, for så å «do their own thing at home» (Whittaker et. al., 2014, s 485).

En australsk studie viste bedring i foreldreferdigheter etter 2 ukers-program ved døgn-senter (Berry et. al., 2015). Man undre seg over i hvilken grad ferdigheter kan endres ved norske senter som tilbyr langt lengre opphold. Samtidig ble den australske studien gjennomført ved avslutning av opphold og ingen oppfølgingsstudie er gjort som kan vise effekt over tid. Selv om foreldreferdigheter bedres vil det alltid være en vanskelig vurdering hvorvidt endringen er tilstrekkelig stor til at barnet over tid sikres en god nok omsorg og utvikling.

6. 3 Hvordan ville helsesøstrene ideelt sett ønske at innhold og samarbeid med sentrene hadde vært?

Helsesøstrene skisserer ønske om å bli tidlig involvert, både gjennom å raskt bli kontaktet fra barnevern når bekymringsmeldinger på barn meldes dit og gjennom å bli involvert i prosessen der familien flytter inn ved familiesentre. De etterlyser kontakt med senter og gir uttrykk for at de ønsker å dra på besøk og møte familier og personal ved senter. Det går an å stille kritiske spørsmål til hvor realistisk det er for helsesøstre å gjennomføre slike ønsker, sett ut fra deres arbeidssituasjon og i noen tilfeller sett ut fra geografisk avstand. Et landsomfattende tilsyn med helsestasjonstjenesten i 2013 viste minst ett lovbrudd i 56 av 78 helsestasjoner. Blant annet var tjenestetilbudet noen steder sårbart ved sykdom og ferier (Helsetilsynet, 2014).

Ønsket om samarbeid underbygges av litteratur omhandler hva som er virksomt i møte med familier der problematikken er sammensatt og tung. Banks et. al. sier det tydelig: «Significant social problems cannot be resolved by one agency; they require the collaboration of multiple agencies» (2008, s. 877). Banks var leder for en stor studie i USA om samarbeid rundt voldsutsatte familier og rapporten fra studien innledes med et sitat: «With one professional`s expertise, important information can be obtained. When many professionals representing different disciplinary perspectives integrate their voices, the observations, understandings and insights attained are richer and deeper» (Briggs, ref i Banks et. al., 2008, s.876). Sitatet minner sterkt om sitatet fra helsesøstra i min studie som snakker om hvordan ulike fagfolk henger informasjon på ulike knagger og gjør ulike vurderinger og at det trengs deling av informasjon og synspunkter for at grunnlag for alvorlige beslutninger skal være gode nok.

Informantene er opptatt av fasen der familier flytter fra senteret og hjem igjen. De kaller fasen «sårbar» og vektlegger at samarbeidet rundt familien ofte bør fortsette i lang tid. De hevder kunnskap fra oppholdet bør overføres til alle aktuelle instanser rundt familien i kommunen og at «den røde tråden» fortsetter. Med de dype vanskene mange av foreldrene har i sin personlighetsmessige fungering er det i mange tilfeller urealistisk å tenke seg at det ikke skal settes inn langvarig og omfattende hjelp etter opphold. Transaksjonsmodellen (se punkt 2.3) gir et optimistisk syn på muligheter for endring selv om barn er påført stress tidlig i livet. For at endring skal vedvare understreker modellen at det må settes inn tiltak over tid som fokuserer på relasjonen mellom barnet og omsorgspersonene. Hvem skal gi familiene hjelp over tid? Flere av mine informanter vektlegger relasjon foran system – at den som har en

relasjon med familien kan fortsette kontakten uavhengig av om vedkommende jobber innen barnevern, familiesenter eller kommunal primærhelsetjeneste. For å få til dette, må systemer jobbe utenfor sine vanlige regler og barrierer og frigjøre ansatte til å jobbe lenger i familier enn det systemet egentlig tillater – fordi relasjonen som er bygd opp vurderes som viktig og som redskap til fortsatt og varig endring. Dette gjelder systemer og tjenester på alle nivåer.

Klarer kommunene over tid å koordinere grundig og omfattende nok hjelp til familiene? Clifford et. al. (2015) gir et negativt svar på det og hevder at tiltaksapparatet barnevernet rår over ikke passer til familiens problemer når problemene er sammensatte og store, såkalt multiproblemfamilier. Inntrykket fra min studie er også at det satses mye på lavterskel-tilbud i kommunene og at når problemene øker så avtar det tverrfaglige samarbeidet og barnevernet overtar alene. Hvorfor er det slik? Mens Clifford et. al. (2015) viser til manglende tiltaksapparat, jeg vil i tillegg trekke fram det emosjonelle stresset som omtalt tidligere. Dess tyngre problematikk i familiene, dess mindre endring som skjer, dess alvorligere omsorgssvikt – dess større emosjonelt stress hos hjelpere som over tid skal stå i relasjon med barna og foreldrene. Hvem orker å stå i disse situasjonene? En engelsk studie omtaler problemer med å rekruttere leger som skal ha et særlig ansvar for barnevern-relaterte oppgaver: «People don't want to do it. People don't want to get involved in child protection because of the current media interest I think and high profile cases and I think unless you've really, really got your heart in it, then I think that people just steer clear of it» (Appleton, 2012, s. 65). Alle som har stått i slike saker i media vet noe om påkjenninger det gir, jeg har selv blitt framstilt som arrogant maktmenneske i lokalavisa sin lederartikkel. Men uavhengig om man havner i media, så sier sitatet fra England også noe om personlige egenskaper som kan være viktig: Å ha hjertet sitt i arbeid for barn som opplever vold og omsorgssvikt. Er den siden ved arbeidet under-kommunisert? Et av de tydeligste funnene fra min studie er at helsesøstrene ønsker å være involvert i samarbeid rundt barn som barnevernet har kontakt med. For barna som bor ved familiesenter vil nesten halvparten oppleve at de under eller kort tid etter opphold får nye omsorgspersoner (Vista Analyse, 2016). I disse situasjonene ønsker helsesøstrene i denne studien å være involvert og betoner viktigheten av tverrfaglig samarbeid rundt familiene det gjelder. «Det var litt vondt i hjertet der», sa den ene. Når du har vondt i hjertet, da er hjertet med inn i arbeidet ditt. Kanskje har helsesøstre mer omsorgsrollen med seg fra sitt arbeid som sykepleiere? Mens ansatte i barnevernet er mer orientert mot saksbehandling? Kanskje må det være slik? Ved å involvere helsesøstre mer i barnevernarbeid kan deres perspektiv få plass i helhetlig

kartlegging og oppfølging av familien. I tillegg til kunnskap og ferdigheter helsesøstre har kan også relasjoner de har til barn og til foreldre og mulighetene som ligger i disse få mer plass. Samtidig kan helsesøstre lære mer om barnevern gjennom samarbeidet og få støtte i hvordan de skal håndtere kompleksiteten i å ha kontakt med familier der barna lever i mulig eller kjent omsorgssvikt og vold. En slik læring og støtte gir helsesøstre uttrykk for er hjelpsomt (Austin & Holt, 2017).

Helsesøstre i min studie etterlyser det å kunne få veiledning fra sentre og kunnskap om hvordan sentre jobber rundt familier med metodebruk og annet. Kanskje kan sentre ha en slik rolle overfor helsesøstre og kanskje er det helsesøstre i kommuner med liten tilgang på andre fagfolk som trenger det mest? Behov for kunnskap om situasjoner der barn lever i mulig vold er noe som ytres fra helsesøstre også i andre land (Phelan & Davis, 2015). Samtidig er hjelpeapparatet i andre land mindre utbygd enn det norske og underbemanning rapporteres som et problem (Kent et. al., 2011; Appleton, 2012). Men hvordan er det norske barnevernets ressurser sett opp imot antall barn de har ansvar for og tyngde i problematikk? Helsesøstre i studien min beskriver et barnevern preget av stor saksmengde, dårlig tilgjengelighet og stor gjennomtrekk av ansatte. Clifford et. al. (2015, s. 252) sier: «Sammenlignet med 1996 (tidspunktet der personaltilførsel forbundet med opptrapping tidlig på 90-tallet var ferdig) har barnevernets effektive kapasitet (antall tiltak i forhold til antall stillinger) blitt redusert med en fjerdedel». Man kan spørre seg om organisering og styrke i tjenesten er god nok for å kunne beskytte de aller mest utsatte barna. Ikke minst små barn med få tegn på å lide overlast.

En av de som har jobbet mye med å undersøke hva som går galt når barn skades eller dør av omsorgssvikt eller vold, er lord Laming i England. Han var leder for undersøkelseskomiteen etter at Victoria Climbie døde i år 2000. På samme måte som Neumann (2008) og Saltmarch & Wilson (2017) legger han et stort ansvar på ledere av tjenester og i hvilken grad tjenester innrettes på en robust måte for de som arbeider rundt de mest utsatte barna. Her er det han mener trengs: “What is needed are managers with a clear set of values about the role of public services, particularly in addressing the needs of vulnerable people, combined with the ability to ‘lead from the front’. Good administrative procedures are essential to facilitate efficient work, but they are not sufficient on their own and cannot replace effective management. This Inquiry saw too many examples of those in senior positions attempting to justify their work in terms of bureaucratic activity, rather than in outcomes for people. (Laming, 2003, s. 5).

7. KONKLUSJON

Helsestasjoner kan oppleve massiv støtte. Norsk barnevern derimot, er en instans folkemasser innenlands og utenlands har demonstrert *mot* med plakater som «Norway, stop child kidnapping» (Norman, 2016) *En* instans som er godt kjent og med stor tillit rettet mot seg og *en* instans som mange vet lite om og med mistillit rettet mot seg. Denne studien viser at instansen som er godt kjent og nyter tillit ønsker mer kontakt med den instansen som mange vet lite om og som nyter mistillit. Helsesøstrene gir eksempler på hva de bidrar med og kan bidra med i samarbeidet.

Engasjementet helsesøstrene viser i kontakt med barn som lever i omsorgssvikt og vold, er annerledes enn vist i tidligere forskning. Både norske helsesøstre (Neumann, 2008) og irske helsesøstre (Kent et. al., 2011; Phelan & Davis, 2015) framstod mer skeptiske til kontakt med barnevern og opptatt av at å melde bekymring til- og å ha kontakt med barnevern ga mindre tillit til helsesøstre i befolkningen. Helsesøstre i denne studien reflekterer mer over maktaspektet i rollen de har og at bruk av makt noen ganger er nødvendig for å hjelpe barnet.

Kunnskap om at dårlige erfaringer i barndommen gir psykisk og fysisk sykdom hos voksne, har nå vært kjent i en årrekke (Felitti et. al., 1998; Kirkengen, 2009). Det samme gjelder kunnskap om at små barns hjerne blir ulikt oppbygd alt etter hvor mye redsel barnet utsettes for og hvor mye god og kjærlig stimulering barnet får, selv om forskning frambringer stadig mer detaljert kunnskap på området (Gonzalez et. al., 2018). Det er nedslående at helsepersonell vegrer seg for å spørre foreldre om tema vold og andre skadelige erfaringer barn kan ha (Mathiesen & Skoland, 2016). Samtidig er det oppløftende at norske helsesøstre i 2018 gjennom et prosjekt har utarbeidet informasjonsmateriell om skadevirkninger vold har på små barn, til bruk overfor alle foreldre (Pettersen et. al., 2018) . Informasjon hjelper for å minske tabu knyttet til vold. Tine Jensen, en av de som har mye erfaring i arbeid med seksuelt misbrukte barn, sier at den beste måten vi kan beskytte barn på er å hele tiden sørge for en levende debatt (Jensen, 2009).

Når omsorgssvikt og vold faktisk mistenkes eller avdekkes, blir det emosjonelle stresset for hjelpere framtreddende. Barnevern-ansatte og personal ved sentre har trening i å stå i stress knyttet til omsorgssvikt og vold og samtidig handle på måter som skal føre til positiv endring for barnet. Den handlingskompetansen kan de lære bort til helsesøstre når de arbeider sammen

rundt familier. Helsesøstre trenger barnevern, både i konkret arbeid rundt familier og i læring innen et område der mange av de har lite mengdetrening. Barnevern trenger helsesøstre, både i konkret arbeid og som tillitsfremmende ambassadører. Barn i risiko for omsorgssvikt og vold trenger at instansene forstår at de trenger hverandre. En av informantene får siste ord: «For jeg er faktisk en ressursperson som kan være med og følge med på om ting blir fulgt opp men *da* må vi kommunisere».

Praktiske konsekvenser:

- Kontakt mellom familiesentre og helsestasjon bør settes i system
- Ved samtykke, bør barnevern involvere helsesøstre tidlig i barnevernssaker
- Uten samtykke, bør barnevern og senter konkret vurdere om informasjon skal gis til helsesøstre og andre som følger opp barnet, samt hvilken informasjon
- Barnevern og familiesenter bør ha opplæring i tolkning av regler for taushetsplikt, opplysningsrett og opplysningsplikt
- Emosjonelt stress hos ansatte som arbeider nært barn i risiko for omsorgssvikt og vold må taes på alvor og hjelp til håndtering av stresset settes i system

Teoretiske konsekvenser og veien videre:

Studien får fram at helsesøstre opplever at de er mer innstilt på samarbeid enn det senter og barnevern er. Den får også fram at det er en større forståelse hos helsesøstre for nødvendighet av maktbruk for å hjelpe barn enn det som har framkommet i tidligere studier. Det kan virke som at helsesøstre legger sin lojalitet hos barnet og ønsket om at barnets utvikling skal bli positiv, selv om dette kan gå på bekostning av tillitsforholdet til foreldre. Vansker helsesøstre opplever i kontakt med barnevern og senter virker å handle om måten det (ikke) kommuniseres, heller enn motstand mot maktutøvelsen barnevern og senter representerer. Dette er et område som bør forskes mer på, da samarbeid mellom helsesøstre og barnevern-ansatte kan være en stor ressurs for de mest utsatte små barna. Det bør også forskes på å få fram gode historier om samarbeid, som helsesøstre i denne studien også forteller om. Et siste område som peker seg ut, er overgangen mellom omfattende utredning og hjelp ved senter og til det å flytte hjem. Hvilke kriterier er viktige for at en positiv endringsprosess fortsetter etter opphold ved senter? På sikt vil det være ønskelig å få til studier som ser på effekt av tiltaket barnevernets døgn-familiesenter.

Begrensninger i studien:

Utvalget i studien kan være skjevt på den måten at det er helsesøstre som er mest interessert i området som har latt seg intervjuet. De kan være mer engasjerte og mer innstilt på samarbeid enn andre helsesøstre. De kan også være mer tale-føre og «frampå» enn helsesøstre som ikke ønsker å bli intervjuet. Funn i studien kan dermed gi et for positivt bilde av helsesøstre sine ønsker om kontakt og samarbeid med senter/barnevern. Samtidig kan man tenke seg at funn i studien som omhandler vansker i kontakt med senter/barnevern vil oppleves enda verre for helsesøstre som ikke har latt seg intervjuet og som i mindre grad klarer/ønsker å uttrykke sine synspunkter.

Referanser:

Abrahamsen, G. (2010). *Et levende blikk. Samspillobservasjon som metode for læring*. Oslo: Universitetsforlaget.

Andrews, T. & Wærness, K. (2004). Deprofesjonalisering av helsesøsteryrket? *Sosiologisk tidsskrift*, 12, 325-340.

Appleton, J.V. (2012). Delivering safeguarding children services in primary care: responding to national child protection policy. *Primary Health Care Research & Development*, 13(1), 60-71.

Austin, J. & Holt, S. (2017). Responding to the support needs of front-line public health nurses who work with vulnerable families and children: a qualitative study. *Contemporary Nurse*, 53(5), 524-535

Banks, D., Dutch, N., & Wang, K. (2008). Collaborative efforts to improve system response to families who are experiencing child maltreatment and domestic violence. *Journal of Interpersonal Violence*, 23(7), 876-902.

Barne- og familiedepartementet. (2005). *Barnevernet og taushetsplikten, opplysningsretten og opplysningsplikten*. (Rundskriv Q-24/2005). Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/rus/2005/0002/ddd/pdfv/243383-q-24_rundskriv_taushetsplikt.pdf

Barne- og likestillingsdepartementet. (2016). *Familien – ansvar, frihet og valgmuligheter*. (Meld. St. nr. 24 2015-2016). Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-24-20152016/id2483146/>

Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet. (2015). *Hvordan bør faglige anbefalinger om et samlet tilbud til utsatte sped- og småbarn og deres foreldre følges opp?* Hentet fra <https://www.bufdir.no/bibliotek/Dokumentside/?docId=BUF00002719>

Barnevernloven. (1992). Lov om barneverntjenester 7. juni 2017. Hentet fra <https://www.stortinget.no/no/Saker-og-publikasjoner/Vedtak/Beslutninger/Lovvedtak/2016-2017/vedtak-201617-102/>

Berry, K., Jeon, Y., Foster, K. & Fraser, J. (2016). Extended parenting education in an early parenting centre: A mixed-methods study. *Journal of Child Health Care*, 20(4), 446-455.

Brandtzæg, I., Smith, L. & Torsteinson, S. (2012). *Mikroseparasjoner. Tilknytning og behandling*. Bergen: Fagbokforlaget.

Braarud, H. C. & Nordanger, D. (2011). Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 48(10), 968-972.

Bulling, I. S. (2016). Stepping through the door – exploring low-threshold services in Norwegian family centres. *Child & Family Social Work*, 22(3). Hentet fra <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/cfs.12343>

Charmaz, K. (2014). *Constructing Grounded Theory*. LA/London/ND/Singapore/Washington: Sage Publication.

Clancy, A., Gressnes, T., & Svensson, T. (2013). Public health nursing and interprofessional collaboration in Norwegian municipalities: A questionnaire study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(3), 659-668.

Clifford, G., Fauske, H. & Lichtwarck, W. (2015). *Minst hjelp til de som trenger det mest? Sluttrapport fra forsknings- og utviklingsprosjektet «Det nye barnevernet»*. Hentet fra http://www.nordlandsforskning.no/getfile.php/138752-1445428350/Dokumenter/Rapporter/2015/Rapport_06_2015.pdf

Davidov, D.M., Nadorff, M.R, Jack, S.M. & Coben, J.H. (2012). Nurse Home Visitors: Perspectives of Mandatory Reporting of Children`s Exposure to intimate Partner Violence to Child Protection Agencies. *Public Health Nursing*, 29(5), 412-423.

Felitti, V., Anda, R. F., Nordenberg, D., Williamson, D. F., Spitz, A. M., Edwards, V., ... Marks, J. S. (1998). Relationship of Childhood Abuse and Household Dysfunction to Many of the Leading Causes of Death in Adults. The Adverse Childhood Experiences (ACE) Study. *American Journal of Preventive Medicine*, 14(4), s. 245-258.

Fisher, J., Rowe, H. & Hammarberg, K. (2011). Admission of women, with their infants, for psychological and psychiatric causes in Victoria, Australia. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 35(2), 146-150.

FNs konvensjon om barnets rettigheter. Hentet fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf

Gilbert, N., Parton, N. & Skivenes, M. (2011). *Child Protection Systems. International Trends and Orientations*. New York: Oxford University Press.

Gonzalez, N.C., Boyle, M., Jack, S.M., Atkinson, L., Kobor, M., Sheehan, D., ... MacMillan, H.L. (2018). Healthy Foundation Study: a randomized controlled trial to evaluate biological embedding of early life experiences. *BMJ Open*, 8(1), 1-12.

Hafting, M., Andressen, N., Gullbrå, F., Rørtveit, G. & Smith-Sivertsen, T. (2018). Fastleger i møte med barn som pårørende. *Tidsskrift for velferdsforskning*, 21(3), 208-226.

Hanafin, S. (2013). Child protection reports: Key issues arising for public nurses. *Community Practitioner*, 86(10), 24-27.

Hart, S. & Schwartz, R. (2012). *Fra interaksjon til relasjon. Tilknytning hos Winnicot, Bowlby, Stern, Shore & Fonagy*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Helsedirektoratet. (2017). *Nasjonal faglig retningslinje for det helsefremmende og forebyggende arbeidet i helsestasjon, skolehelsetjeneste og helsestasjon for ungdom*. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/helsestasjons-og-skolehelsetjenesten>

Helse- og omsorgstjenesteloven. (2011). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/lover/helse-og-omsorgstjenesteloven>

Helsepersonelloven (1999). Lov om helsepersonell m. v. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>

Helsetilsynet (2014). *Helsestasjonen – hjelp i rett tid? Oppsummering av landsomfattende tilsyn med helsestasjoner 2013*. Rapport fra Helsetilsynet 4/2014. Hentet fra https://www.helsetilsynet.no/globalassets/opplastinger/Publikasjoner/rapporter2014/helsetilsynetrapport4_2014.pdf/

Henne, E., Hannevik, A., Johnsen, E., Evja, L. & Welander, L. (2007). *Barna Våre*. Oslo: Frelsesarmeens Hovedkvarter.

Jensen, T.K. (2009). Barn og ungdom utsatt for seksuelle overgrep – blir de hørt? I.R. Hjermann & K. Haanes. (Red.). *Barn*. (s. 274-282). Oslo: Universitetsforlaget.

Kent, S., Dowling, M., & Byrne, G. (2011) Community nurses' child protection role: views of public health nurses in Ireland. *Community practitioner : the journal of the Community Practitioners' & Health Visitors' Association*, 84(11), 33-36.

Kirkengen, A.L. (2009). *Hvordan krenkede barn blir syke voksne*. Oslo: Universitetsforlaget.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Laming, L. (2003). *The Victoria Climbié Inquiry*. Hentet fra https://assets.publishing.service.gov.uk/government/uploads/system/uploads/attachment_data/file/273183/5730.pdf

Li, S.-A., Jack, S.M., Gonzalez, A., Duku, E., & MacMillan, H.L. (2015) Health care and social service professionals' perceptions of a home-visit program for young, first-time mothers. *Health Promotion and Chronic Disease Prevention in Canada*, 35(8-9), 160-167.

Lippestad, J. W., Pedersen, E., Melby, L. & Kaasbøll, J. (2018). *Utredning av mulig framtidig organisering av Familie for første gang – Nurse Family Partnership i Norge*. 2018-00123. Hentet fra <https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/2503673/2018-00123%2BUtredning%2Bmulig%2Bframtidig%2Borganisering%2BFamilie%2Bfor%2Bforste%2Bgang.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

Mathiesen, I. H. & Skoland, K. (2016). *Evaluering av opplæringsprogrammet Tidlig inn - hva har skjedd i kommunene? Rapport IRIS – 2016/054*. Hentet fra <http://www.forebygging.no/Global/Oppdatert%20rapport%20om%20tidlig%20inn%20fra%20Iris.pdf>

Miller, T. R. (2015). Projected Outcomes of Nurse-Family Partnership Home Visitation During 1996-2013, USA. *Prevention Science*, 16(6), 765-777. doi:10.1007/s11121015-0572-9.

Moe, V., Slinning, K. & Hansen, M. B. (2010). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

NEM, Den nasjonale forskningsetiske komite for medisin og helsefag (2010). *Veiledning for forskningsetisk og vitenskapelig vurdering av kvalitative forskningsprosjekt innen medisin og helse*. Hentet fra <https://www.etikkom.no/forskningsetiske-retningslinjer/medisin-og-helse/kvalitativ-forskning/>

Neumann, C.B. (2008). Helsesøstres dilemmaer: kategoriseringer, tvil og grensefigurer. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(3), 268-277.

Ninomiya, T., Hashimoto, H., Tani, H., & Mori, K. (2017). Effects of primary prevention of child abuse that begins during pregnancy and immediately after childbirth. *Journal of Medical Investigation*, 64(1-2), 153-159.

NKVTS. Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. *Vold og overgrep*. Hentet fra <https://www.nkvts.no/tema/vold-og-overgrep-i-naere-relasjoner/>

Norman, M. G. (2016, 09.01.). *Massedemonstrasjoner mot norsk barnevern i 19 land*. Verdens Gang. Hentet fra <https://www.vg.no/nyheter/utenriks/i/ejxPl/massedemonstrasjoner-mot-norsk-barnevern-i-19-land>

NOU 2003:31. (2003). *Retten til et liv uten vold – Menns vold mot kvinner i nære relasjoner*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2003-31/id148994/>

NOU 2009:22. (2009). *Det du gjør, gjør det helt – Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2009-22/id587673/>

NOU 2017:12. (2017). *Svikt og svik – Gjennomgang av saker hvor barn har vært utsatt for vold, seksuelle overgrep og omsorgssvikt*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/nou-2017-12/id2558211/>

Ogden, T., Kjøbli, J., Nærde, A., Olseth, A. & Frønes, I. (2015). *Utredning om målgrupper, inklusjonskriterier og forskningsdesign for utprøving av Nurse-Family-Partnership i Norge*. Hentet fra https://www.bufdir.no/global/nbbf/Atferd/Utredning_om_maalgrupper_inklusjonskriterier_og_forskningsdesign_for_utproving_av_Nurse_Family_Partnership_i_Norge.pdf

Paavilainen, E., & Flinck, A. (2014). The effectiveness of methods designed to identify child maltreatment in social and health care: A systematic review protocol. *JBIR Database of Systematic Reviews and Implementation Reports*, 12(1), 90-100.

Pasient- og brukerrettighetsloven. (1999). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63>

Pettersen, E. L., Wahlstrøm, A., Sellæg, K. L. & Aspli, I. K. (2018). *I trygge hender*. Hentet fra <https://www.nsf.no/Content/4061133/cache=1537881404000/I+trygge+hender.pdf>

Phelan, A. & Davis, M. (2015). Lessons Learned. *Global Pediatric Health*, 2(2), 1-9.

Saltmarsh, T. & Wilson, D. (2017). Dancing around families: neonatal nurses and their role in child protection. *Journal of Clinical Nursing*, 26 (15-16), 2244-2255.

Sosial- og helsedirektoratet. (2004). *Kommunenes helsefremmende og forebyggende arbeid i helsestasjons- og skolehelsetjenesten. Veileder til forskrift av 3. april 2003 nr. 450*. IS-1154.

Stevens, J. E. (2012). The adverse Childhood Experiences Study – the largest, most important public health study you never heard of – began in an obesity clinic. *ACES too high News* (2012). Hentet fra <https://acestoohigh.com/2012/10/03/the-adverse-childhood-experiences-study-the-largest-most-important-public-health-study-you-never-heard-of-began-in-an-obesity-clinic/>

Tracy, S. (2010). Qualitative Quality: Eight “Big-Tent” Criteria for excellent Qualitative Research. *Qualitative Inquiry*, 16(10), 837-851.

Vista Analyse AS, rapport nummer 2016/46, *Klokere vern av de aller minste*. Hentet fra <http://docplayer.me/36964942-Rapport-2016-46-klokere-vern-av-de-aller-minste-tyraekhaugen-ingeborg-rasmussen-og-tor-homleid-vista-analyse-as.html>

Waldum-Grevbo, K.S. (2015). *Trygg, tydelig og tilgjengelig. Rapport om helsestasjon og skolehelsetjenesten*. Hentet fra https://sykepleien.no/sites/sykepleien.no/files/rapport_ny_trykk.pdf

Whittaker, K.A., Cox, P., Thomas, N. & Cocker, K. (2014). A qualitative study of parent`s experiences using family support services: applying the concept of surface and dept. *Health and Social Care in the Community*, 22(5), 479-487

Woodman, J., Gilbert, R., Allister, J., Glaser, D. & Brandon, M. (2013). Responses to concerns about child maltreatment: a qualitative study of GPs in England. *BMJ Open*, 3 (12), 1-13.

Zeanah, C. H. (2009). *Handbook of Infant Mental Health*. New York: The Guilford Press.



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKTET

HELSESTASJONER SITT SAMARBEID MED DØGN-FAMILIESENTER.

Helsesøstre og helsestasjonsleger kan av ulike årsaker kjenne bekymring for hvordan sped- og småbarn har det. Noen ganger kan det være forhold ved barnas omsorgssituasjon som utløser bekymring. Dersom barnevernet kobles inn, er det ikke alltid de klarer å finne ut om barna lever i omsorgssvikt og hvor alvorlig den eventuelt er. I slike situasjoner kan barnevernet søke plass for hele familien ved ulike døgn-familiesentre for en grundig utredning og tilbud om veiledning og støtte. Eksempler på slike sentre er Aline spedbarnssenter (Oslo), Viktoria familiesenter (Trondheim), Aglo (Skatval), Stavanger og Molde foreldre- og barn- senter. Barna opprettholder som regel kontakt med sin lokale helsestasjon under oppholdet og barn og foreldre møter til konsultasjoner.

Dette er en forespørsel til deg om å delta i et forskningsprosjekt for å belyse erfaringer helsestasjoner har fra samarbeid med døgn-familiesentre. **Har du hatt/har kontakt med familier som har hatt/har opphold ved døgn-familiesentre i løpet av de 5 siste årene?** Hensikten med prosjektet er å belyse samarbeidet med sentrene og oppfatninger om innhold i sentrene ut fra helsestasjoner sitt ståsted. Helsestasjoner møter 98 % av barn 0-1 år i Norge (Helsedirektoratet, 2017). De 19 familiesentrene i landet har 103 plasser og møter et fåtall av alle barn (Vista Analyse, 2016). Både helsestasjoner og familiesenter blir av norske myndigheter trukket fram som viktige i arbeidet med å hjelpe barn som er i risiko for å bli utsatt for vold og omsorgssvikt.

HVA INNEBÆRER PROSJEKTET?

Prosjektet gjennomføres ved å intervju helsesøstre og helsestasjonsleger. Et intervju vil vare i inntil 45 minutter og kan skje på det stedet du synes det passer best. Intervjuer gjennomføres vårhalvåret 2018.

Problemstilling: Hvilke erfaringer har helsesøstre/helsestasjonsleger i samarbeid med døgn-familiesentre?

Prosjektet er ute etter å identifisere samarbeidsrelasjoner, hva som fungerer og hva en kunne tenkt seg annerledes. Og også å identifisere sider ved innhold i sentrene som ble opplevd nyttig eller ikke nyttig for familiene. Det vil ikke bli spurt om enkeltbarn/opplysninger som kan utfordre taushetsplikten.

MULIGE FORDELER OG ULEMPER

Gjennom å delta bidrar du til å løfte fram et område som omhandler noen av de mest sårbare spedbarna og småbarna (og foster). Barna som kommer til familiesenter lever i familier med antatt stor risiko for omsorgs-svikt. Erfaringer fra helsestasjoner vil gi verdifull informasjon om tiltaket. Et mål på sikt er forskning som kan si noe om effekt av tiltaket for barna det gjelder. Det er ikke noen kjente ulemper ved å delta i studien.

HVA SKJER MED INFORMASJONEN OM DEG?

De innsamlede data vil munne ut i en masteroppgave/publikasjon ved NTNU. Det er frivillig å delta i prosjektet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på side 3. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke. Dersom du trekker deg fra prosjektet, kan du kreve å få slettet innsamlede opplysninger, med mindre opplysningene allerede er inngått i analyser eller brukt i masteroppgaven. Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til prosjektet, kan du kontakte undertegnede. Alt datamateriale blir behandlet uten navn og gjenkjennelige opplysninger. Ingen skal kunne vil kjenne deg igjen i den ferdige oppgaven. Informasjon om deg og opptak fra intervju vil bli slettet etter at prosjektet er avsluttet og mastereksamen avlagt senest 31.08.19.

MIN BAKGRUNN

Masterstudent i Barn- og unges psykiske helse. Yrkeserfaring som sosionom med lang praksis fra ulike deler av barnevernfeltet samt BUP.

GODKJENNING

Prosjektet er godkjent av NSD (Norsk senter for forskningsdata), ref nr 55954.

Med vennlig hilsen

Åshild Sande, master-student ved NTNU. Email: ashils@stud.ntnu.no. Telefon: 928 99 924.
Borgunn Ytterhus, professor ved Institutt for samf.medisin og sykepleie v/NTNU.
borgunn.ytterhus@ntnu.no.

Både student og veileder kan kontaktes for spørsmål om prosjektet. Dette brevet blir også sendt pr mail.

SAMTYKKE TIL DELTAKELSE I PROSJEKTET

JEG ER VILLIG TIL Å DELTA I PROSJEKTET

Sted og dato

Deltakers signatur

Deltakers navn med trykte bokstaver

JEG KAN TREFFEST FOR NÆRMERE AVTALE

Epost-adresse

Telefon

Samtykke til deltakelse sendes i vedlagte frankerte konvolutt.

VEDLEGG 2

Borgunn Ytterhus

7491 T RON DH EIM



Vår dato: 04.10.2017
ref:

Vår ref: 55954 / 3 / BGH

Deres dato:

Deres

Forenklet vurdering fra NSD Personvernombudet for forskning

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 15.09.2017.

Meldingen gjelder prosjektet:

55954	Helsesøstre og helsestasjonslegers erfaringer i samarbeid med døgncenterer
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Borgunn Ytterhus
Student	Åshild Sande

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 personvernulempe. 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
- N T N U sine retningslinjer for datasikkerhet

Veiledning

Krav til informert samtykke

Utvalget skal få skriftlig og/eller muntlig informasjon om prosjektet og samtykke til deltakelse.

Informasjon må minst omfatte:

- at N T N U er behandlingsansvarlig institusjon for prosjektet
- daglig ansvarlig (eventuelt student og veileders) sine kontaktopplysninger
- prosjektets formål og hva opplysningene skal brukes til
- hvilke opplysninger som skal innhentes og hva dette innebærer for deltaker
- 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 endrings skjema.

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 31.08.2019 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/spørreskjemaleverandør) 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

Marianne Høgetveit Myhren

Belinda Gloppen Helle

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

VEDLEGG 3

INTERVJUGUIDE TIL HELSESØSTRE OG HELSESTASJONSLEGER

Innledningsvis: Ingen riktige eller gale svar, er ute etter dine synspunkter og erfaringer. Du vil ikke bli bedt om informasjon som kan identifisere enkeltbarn og/eller familier.

INNLEDENDE SPØRSMÅL

1. Cirka hvor mange familier har du kjent som har hatt/har opphold ved familiesenter?
2. Cirka hvor gamle var barna i familiene det galdt?
3. Bodde barn og foreldre sammen etter endt opphold eller flyttet barna til fosterhjem?
4. Hvilken type kontakt hadde du direkte med personal ved familiesenteret før/under/etter oppholdet?

HOVEDSPØRSMÅL

5. Beskriv din opplevelse av kontakten med personal ved senteret (evt sentrene).
6. Beskriv dine opplevelser av det å være del av et samarbeid rundt familiene under oppholdet.
7. Hvordan ser innholdet i opphold ved familiesenter ut fra ditt ståsted?
8. Fortell om, og evt på hvilken områder, du mener familiene fikk nyttig hjelp og/eller ikke nyttig hjelp.
9. Hva er dine faglige synspunkter på de vurderinger senteret gjorde om barnets og foreldrenes fungering og utvikling?
10. Hvordan ville du ideelt sett ønske at innhold og samarbeid med sentrene hadde vært?
11. Hva tenker du er viktig for familiene i overgangen fra senter og til hjemmemiljø?

AVSLUTTENDE SPØRSMÅL

Før vi avslutter, vil jeg spørre om jeg kan ta med noen få opplysninger om deg og din bakgrunn:

12. Hvor lenge har du jobbet etter at du ble ferdig utdannet?
13. Cirka hvor stor prosent av din stilling omhandler kontakt med barn 0-3 år?
14. Hvor mange kollegaer med samme arbeid som deg møter du daglig/ukentlig?

Og helt til slutt:

15. Har du tanker eller erfaringer du ikke har fått delt i dette intervjuet men som du tenker er relevant for problemstillingen som omhandles, og som du ønsker å dele?
16. Har du spørsmål til prosjektet som du ønsker å stille?

TUSEN TAKK FOR DELTAKELSEN!

