

**Om kart og terreng: en kvalitativ studie av
barnevernsbarn i BUP, behandlingsbehov og
samarbeid mellom BUP og barneverntjenesten**

**(On map and territory: a qualitative study of Child Protection Services
clients, their treatment, and the cooperation between the Child Protection
Services and the Child and Adolescent Psychiatry)**

Tone Strømholt

Masteroppgave i barn og unges psykiske helse, november 2017

Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Fakultet for medisin og helsevitenskap



Abstract

The high prevalence of mental health problems and disorders among child protection services (CPS) clients is well documented in the literature. Children placed out-of-home are the most disposed, but children living at home receiving support from the CPS also have a higher burden of disease. Consequently, the cooperation between the (CPS) and the Child and adolescent psychiatry (CAP) has been of great interest to ministries as well as researchers, since overcoming the obstacles preventing cooperation that is experienced by the two services requires understanding their cause.

The purpose of this qualitative study is to deepen our knowledge of how employees of the CWS and the CAP understand the development of mental health problems among CWS clients, what need of assessment and treatment these clients have, and how the employees have experienced the cooperation between the two services.

This was investigated in semi-structured interviews on the topic with three employees from the municipal CPS and three employees from CAP outpatient clinics. The interviews show a great degree of variation in treatment and use of different methods between different CAP outpatient clinics and insufficient adjustment of treatment according to the special needs of CPS clients. CPS and CAP employees cooperate to a certain extent on a case-by-case basis, but guidelines and routines do not exist. On an interorganizational level there are, to the knowledge of the employees, no formal agreements or cooperation. This suggests a considerable gap between reality and the guidelines and recommendations given by central authorities.

Forord

Som ansatt i den kommunale barneverntjenesten gjennom mange år har jeg vært opptatt av barnevernsbarns psykiske helse og deres tilbud om psykisk helsehjelp. Dette var også bakgrunnen for at jeg søkte på masterstudiet i barn og unges psykiske helse ved NTNU i 2012. Veien fram til denne masteroppgaven har vært lang og kronglete, fra jeg starta med de første emnene på masterstudiet til jeg nå endelig kan si meg ferdig. Det er arbeidskrevende å ta en mastergrad samtidig som man er i full stilling som barnevernleder. Prosessen har nok uten tvil vært mest krevende for meg, men det er også mange mennesker rundt meg som har merka at jeg har vært travel og mindre tilgjengelig for dem og for invitasjoner til sosial kontakt. Dette gjelder både familien min, kollegene mine og venner ellers.

Til dere vil jeg si takk for hver enkelt sitt bidrag til at jeg kom i mål: Takk til mannen min, Lars, for at du kjøpte den flotte kontorstolen til meg da jeg skulle begynne å skrive for alvor, for datateknisk assistanse og for de ekstra takene du har tatt på vaskerommet og kjøkkenet i denne perioden! Takk til ungene mine; de som fortsatt bor heime og har banka forsiktig på døra når de ville meg noe, og de som er flytta heimefra og både har vist interesse for det jeg har holdt på med og kommet med viktige faglige tips og innspill på bakgrunn av sine egne erfaringer som studenter! Uten dere hadde jeg aldri greid dette!

Takk til alle kollegene mine som har måttet klare seg uten meg i perioder, og en særlig takk til stedfortrederen min, Silje, som nok i størst grad har kjent trykket i mitt fravær, men likevel har oppmuntra meg til å stå på og bli ferdig!

Takk til veilederne mine ved NTNU: Torill Tjelflaat -som både har delt av sin kunnskap om dette temaet og som har oppmuntra meg til å stå på i perioder når det har vært lite aktivitet fra min kant- og biveilederen min, Frode Stenseng, som kom inn med viktige innspill og korrektiv i innspurten!

Sist, men ikke minst, vil jeg takke dere som svarte ja på forespørselen min om å delta i studien min og å la dere intervjuer om temaet mitt! Jeg vet at det koster litt å finne tid til det i en travel hverdag, og setter derfor stor pris på de samtalene vi hadde og det dere delte med meg av erfaringer og synspunkter!

Bardufoss, oktober 2017

Tone Strømholt

Innhold

1. Innledning.....	1
1.1 Samarbeidet mellom BUP og barneverntjenesten	2
1.1.1 Juridisk grunnlag for samarbeid.....	3
1.1.2 Samarbeidsutfordringer.....	3
1.1.3 Gjeldende offentlige føringer for samarbeidet mellom BUP og barnevern.....	5
1.2 Problemstilling.....	6
2. Kunnskapsgrunnlag	7
2.1 Diagnostisering	7
2.1.1. Kategorisk eller dimensjonalt diagnosesystem	8
2.1.2 Det multiaksiale diagnosesystemet	9
2.2 Ulike bidrag til forståelsen av hvordan psykiske vansker oppstår.	9
2.2.1 Transaksjonsmodellen.....	10
2.2.2. Resiliens, risiko- og beskyttelsesfaktorer	11
2.2.3 Tilknytningsteori.....	12
2.2.4 Bidrag til forståelse fra hjerneforskning og medisinsk genetikk.	13
2.3 Psykiske helseplager i barnebefolkninga.....	15
2.4 Barnevernsbarn i BUP	15
2.5.1 Plasserte barn	16
2.5.2 Hjemmeboende barnevernsbarn.....	18
2.6 Studier av samarbeid	18
2.6.1 Erfaringer fra ulike samarbeidsprosjekt.....	20
2.7 Noen teoretiske bidrag til forståelse av samarbeidsutfordringene	22
2.8 Oppsummering kapittel 2	23
3. Metode.....	25
3.1 Kort om vitenskapsteori.....	25

3.2 Kvalitative metoder	27
3.3. Undersøkelsen	28
3.3.2 Gjennomføring av intervjuene	30
3.3.3 Transkripsjon	31
3.4 Analyseprosessen.....	32
3.4.1 Reduksjonsanalyse	33
3.4.2 Identifisering av tema	33
3.4.3 Koding i meningsbærende enheter.....	34
3.4.4 Sortering i kodegrupper og subgrupper	34
3.4.6 Presentasjon i form av analytisk tekst.....	37
3.5 Metodediskusjon.....	37
3.5.1 Refleksivitet	38
3.5.2 Validitet.....	38
3.5.3 Reliabilitet.....	39
3.5.4 Relevans	40
3.6 Etske vurderinger.....	40
4. Presentasjon av funnene i undersøkelsen	43
4.1. Barnevernsbarn i BUP	43
4.1.1 «Barn kan ikke gå gjennom livet sitt med et stempel»	43
4.1.2 Barnevernsbarna - «maksimalt sårbar».....	44
4.1.3 Foreldrenes rolle overfor barnevernsbarn i BUP.	45
4.2. Behandlingstilbud	46
4.2.1 Veien inn til BUP- henvisninger og terskelvurderinger	46
4.2.2 BUPs beskrivelse av behandlingstilbudet sitt: «BUP er en psykiatrisk institusjon, en spesialisthelsetjeneste»	48
4.2.3 Barneverntjenestens opplevelse av behandlingstilbudet hos BUP	50
4.3 Faglig ståsted og forståelse.....	51

4.3.1 Om årsakene til psykiske vansker	51
4.3.2 Endringer i teori og metoder over tid – som vinder som blåser over fagfeltet	53
4.3.3 Likheter og forskjeller i faglig forståelse og kompetanse	54
4.4 Å finne veien uten kart og kompass – om samarbeid mellom BUP og barneverntjenesten	56
4.4.1 Samarbeidsformer	56
4.4.2 Faktorer som både kan fremme og hemme samarbeidet.	60
4.4.3 Faktorer som hemmer samarbeidet	63
4.5 Oppsummering av resultatene	65
5. Drøfting	67
5.1 Forståelse av psykiske lidelser generelt og hos barnevernsbarn spesielt	67
5.2 Behandlingstilbudet i BUP	69
5.3 Samarbeidet mellom BUP og den kommunale barneverntjenesten	72
5.4 Samarbeidets betydning for behandlingstilbudet til barnevernsbarna	74
6. Konklusjon og videre implikasjoner	77

1. Innledning

Barnevernsbarns psykiske helse og behandlingsbehov har vært gjenstand for stadig økende oppmerksomhet de siste årene, og i den sammenheng også barneverntjenestens og Barne- og ungdomspsykiatriens (BUP) samarbeid om disse barna. Dette kommer både til uttrykk gjennom ulike offentlige publikasjoner fra sentrale myndigheter og gjennom forskningsstudier og samarbeidsprosjekter mellom de to instansene (Barne-, ungdom- og familiedirektoratet [Bufdir] & Helsedirektoratet [Hdir], 2016; Fossum, Lauritzen & Vis, 2014; Helsetilsynet, 2012; Kayed et al., 2015; Kaasbøll, Melby & Ådnanes 2017; Lurie, 2017; Lurie & Tjelflaat, 2008; Ådnanes, Haugen & Melby, 2016). Den stigende interessen for dette temaet -både hva som bidrar til at barnevernsbarn utvikler psykiske vansker og lidelser, hvilket behandlingstilbud de får, og hvordan samarbeidet mellom BUP og den kommunale barneverntjenesten fungerer- har også bidratt til større kunnskap om temaet. Likevel er det fortsatt behov for mer forskning for å øke vår forståelse og handlingsevne (Clausen & Kristofersen, 2008; Egelund & Hestbæk, 2007; Havnen, 2013; Iversen, Jakobsen, Havik & Stormark, 2008; Kayed et al., 2015; Lehmann 2015). Dette var også bakgrunnen for mitt valg av tema for denne masteroppgaven. Jeg ønska både å finne mer ut av hva som allerede finnes av teori og empiri på dette området og selv undersøke hvilke erfaringer ansatte i de to tjenestene har med barnevernsbarn i BUP og med samarbeidet seg imellom. Det har vært gjennomført noen undersøkelser av dette tidligere (Kristofersen, 2007; Lurie, 2011; Lurie & Ulset 2010; Myrvold et al., 2011), men ikke mange, og ingen som har hatt fokus på hvordan barneverntjenesten og BUP tenker om utviklinga av psykiske vansker og lidelser hos barnevernsbarn, og om det er noen forskjeller i faglig forståelse og tilnærming i de to tjenestene. Dette var det derfor interessant å få mer kunnskap om, da det ut fra foreliggende teori og forskning er grunn til å hevde at både utviklinga og omfanget av psykiske vansker og lidelser blant barnevernsbarn fortjener særlig oppmerksomhet i fagmiljøene (Blindheim, 2012; Braarud, 2012; Clausen & Kristofersen, 2008; Egelund & Hestbæk, 2007; Havnen, 2013; Iversen et al., 2008; Kayed et al., 2015; Lehmann 2015; Walhovd og Fjell, 2010). I tillegg ønska jeg å se på hvilken betydning barnevernsbarns særlige utfordringer og behov har for det tilbudet de får hos BUP og for samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP.

Som bakgrunn for undersøkelsen vil jeg i innledninga gi en kort oversikt over rammene for samarbeidet mellom barneverntjenesten BUP, og presentere en del av de områdene som har skapt utfordringer i samarbeidet mellom instansene, og som derfor kan

medvirke til at utsatte barn og unge ikke har fått den hjelpa de har behov for. (Kristofersen, 2007; Lurie & Tjelflaat, 2008; Myrvold et al., 2011; NOU 2009:22, 2009; Riedl, 2008). Det blir også gjort kort rede for nyere offentlige føringene på området. Med bakgrunn i dette vil jeg avslutningsvis i dette kapittelet presentere problemstillinga for oppgaven og de forskningsspørsmålene som til sammen besvarer den.

I kapittel 2, Kunnskapsgrunnlaget, beskriver jeg først prosesser og prinsipper bak diagnosesystemene som brukes i Norge i dag, og deretter noen utviklingspsykologiske teorier og modeller samt aktuelle bidrag fra medisinsk forskning, som på ulike måter søker å forklare utviklinga av både psykisk helse og sykdom. Med utgangspunkt i aktuell statistikk vil jeg så si litt om forekomsten av psykiske vansker og lidelser i barnebefolkninga, og om antallet barn i barnevernet. Videre blir resultater fra ulike forskningsstudier lagt fram, både om barnevernsbarns psykiske helse og om samarbeidet mellom BUP og barneverntjenesten. I og med at både organiseringa av barneverntjenesten og BUP og utforminga av tiltak og tjenester varierer en del mellom ulike land og derfor har begrensa relevans, har jeg valgt å legge hovedvekta på norske studier.

I kapittel 3, Metode, settes undersøkelsen innledningsvis inn i ei vitenskapsteoretisk ramme, før metodevalg og -kritikk, den praktiske gjennomføringa av undersøkelsen og analyseprosessen blir lagt fram. Resultatene presenteres i kapittel 4. Oppgaven avsluttes med drøfting av resultatene i kapittel 5 og konklusjon og videre implikasjoner i kapittel 6.

1.1 Samarbeidet mellom BUP og barneverntjenesten

Flere undersøkelser har de siste årene dokumentert at mange av barna knytta til barneverntjenesten sliter med psykiske vansker (Havnen, 2013, Iversen et al., 2007; Kayed et al., 2015; Lehmann, 2015). På bakgrunn av dette har det også blitt reist spørsmål om hvordan samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP, som er spesialisthelsetjenestens behandlingstilbud til disse barna, fungerer, og hvilken betydning samarbeidet har for den hjelpa disse barna får. Denne problemstillinga er på ingen måte ny: «Samarbeidet og avgrensning mellom BUP og barneverntjenesten har vært drøftet i faglig og fag-politisk sammenheng så lenge de to tjenestene har eksistert her i landet» ifølge Kristofersen (2007, s. 165). Temaet har også i løpet av det siste året blitt aktualisert på nytt, blant annet gjennom «Ida-saken» som ble satt på dagsorden av Stavanger Aftenblad, og den omtalte «Lommedalen-saken» der ei 13 år gammel jente døde av avmagring på ei hytte. Begge disse sakene er eksempler på hvordan mangel på koordinering og samarbeid, mellom blant annet barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien på ulike nivåer, kan få alvorlige, for ikke å si

katastrofale, følger for barn. Begge sakene har da også i ettetid vært gjenstand for tilsyn (Fylkesmannen i Hordaland, 2016; Helsetilsynet 2017).

1.1.1 Juridisk grunnlag for samarbeid

Barnevernet i Norge ble etter forvaltningsreformen i 2004 organisert i to nivå, den kommunale barneverntjenesten og den statlige Barne-, ungdoms- og familieetaten (Bufetat), og virksomheten er regulert av Lov om barneverntjenester (Barnevernloven [bvl], 1992). BUP er en del av spesialisthelsetjenesten som gjennom sykehusreformen i 2002 ble organisert inn i regionale helseforetak (Lurie & Tjelflaat, 2009). Det er flere lover som regulerer BUPs virksomhet, men Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. (Spesialisthelsetjenesteloven [sphl], 1999) er sentral. Både barneverntjenesten og BUP er gjennom sine respektive lover pålagt ansvar for å samarbeide med andre tjenester og sektorer når det er nødvendig. Dette kommer til uttrykk i barnevernloven § 3-2 og spesialisthelsetjenesteloven § 2-1e (Bufdir & Hdir, 2015). I tillegg har staten gjennom flere rundskriv og veiledere gitt nærmere retningslinjer for samarbeid, også mellom BUP og barneverntjenesten (Bufdir & Hdir, 2015; Hdir, 2008). Her går det fram hvilke kriterier BUP skal legges til grunn for å tilby helsehjelp, hvilke grupper som skal prioriteres, og frister for å vurdere henvisninger og tilby utredning/behandling. Når det gjelder barnevernsbarna gis det klare føringer for hvordan BUP skal forholde seg, for eksempel: «Barn og unge i barnevernet skal henvises, vurderes og tas i mot i poliklinikken på samme måte som andre barn og ungdommer. Dette gjelder også familier hvor foreldres omsorgsevne er under vurdering» (Hdir, 2008, s. 51). Veilederen understreker også poliklinikkens ansvar for å veilede og samarbeide med kommunene, og anbefaler poliklinikken å «etablere et nært samarbeidsforhold til barnevernet i opptaksområdet og tilby sin kompetanse både direkte og indirekte i saker der poliklinikken og barnevernet i samarbeid finner det nødvendig» (Hdir, 2008, s. 52).

1.1.2 Samarbeidsutfordringer

Det har i årenes løp vært lagd flere oppsummerings- og kunnskapsrapporter om samarbeidet mellom barnevernet og BUP vedrørende barn som trenger tiltak og tjenester fra begge instanser (Helsetilsynet, 2012; Fossum, Lauritzen & Vis, 2014; Lurie og Tjelflaat, 2009). Også i NOU 2009:22 (2009) som skulle utrede mulighetene for bedre samordning av det totale tjenestetilbudet for utsatte barn og unge gjennom «én dør inn», blir samarbeidet mellom BUP og barnevernet omtalt.

Når det gjelder organisatoriske forhold trekkes det fram at BUP og helseforetakene er organisert etter foretaksprinsippet, og yter tjenester til brukere som man så får refusjon for etter nærmere bestemte statlige takster. Barnevernet derimot er, i tillegg til å yte tjenester, også et forvaltningsorgan som utøver myndighet overfor barn og familier på samfunnets vegne. Dette gir de to tjenestene forskjellige rammer for virksomhetene sine (Myrvoll et al., 2011). Barneverntjenestens adgang til å bruke tvang forutsetter imidlertid behandling i Fylkesnemnda og domstolene, prosesser som er svært ressurskrevende for tjenestene.

Sammenligna med barneverntjenesten er derfor helsetjenesten på en annen måte suveren i sine avgjørelser når det gjelder retten til helsehjelp, også innleggelse i døgninstitusjon, det Riedl (2008, s. 37) omtaler som «helsetjenestens frie autonomi». Selv om man kan klage på avslag på helsehjelp, beskriver Riedl klageprosessene som vanskelige, fordi helsetjenestene ikke har plikt til å begrunne avslagene og det tar lang tid å få svar på klager, noe som gjør det meningsløst å klage på akuttvurderinger. Riedl hevder også at det er stor forskjell på BUPs mer avgrensa ansvar for å yte nødvendig helsehjelp og barneverntjenestens ansvar for å sikre barn forsvarlig omsorg.

Også finansieringsordningene i barnevernet og BUP er svært forskjellige. Finansieringa av barnevernet er delt mellom kommune og stat og representerer dermed et brudd med finansieringsprinsippet om at det forvaltningsnivået som er tillagt ansvar og beslutningsmyndighet for en oppgave, også skal finansiere den. (NOU 2009:22, 2009; Myrvold et al., 2011; Rambøll, 2012). Kommunene finansierer stort sett i sin helhet de kommunale hjelpetiltakene gjennom rammeoverføringer fra staten. Unntaket er institusjonsplasser og forsterka fosterhjem, der staten opererer med satser for delbetaling som Bufetat krever inn fra kommunene. Flere har pekt på at dette kan bidra til at økonomiske hensyn veier tyngre enn faglige vurderinger ved valg av tiltak, og dermed vrir tiltaksbruken i den retning staten ønsker (Barnevernpanelet, 2011; Rambøll, 2012).

Når det gjelder BUP, som yter helsetjenester, er situasjonen prinsipielt en annen, da helsetjenester defineres som et statlig ansvar og fullfinansieres av staten. For barn er det heller ingen egenandel. I tillegg til de basisbevilgningene helseforetakene får, mottar de aktivitetsbaserte tilskudd basert på bestemte takster (NOU 2009:22, 2009). Flere har trukket fram at dette takstsystemet dreier aktiviteten i BUP i bestemte retninger (Aamodt, 2009; Riedl, 2008), da det som lønner seg er å drive utredning og korttidsbehandling, mens komplekse og tidkrevende saker som kanskje både krever mye motivasjonsarbeid og tverrfaglig samarbeid, ikke gir inntekter som står i forhold til innsatsen, og heller ikke bidrar til reduserte ventelister, noe som har vært et suksesskriterium. I prioriteringsforskriften (Hdir,

2015) pålegges også poliklinikkene å vurdere den enkeltes nytte av helsehjelpen og hvorvidt kostnadene står i rimelig forhold til tiltakets effekt (Heiervang, 2008). Til sammenligning vil det i barnverntjenesten ikke være mulig å avvise et barns behov med en slik begrunnelse.

Flere har pekt på at ulikheter mellom tjenestene på disse områdene kan representere ei utfordring; de har for dårlig kjennskap både til hverandres fagtradisjoner og arbeidsmåte, noe som fører til urealistiske forventninger og samarbeidsproblemer (Myrvold et al., 2011, s. 22). Ulikhet i styrkeforholdet mellom BUP og barneverntjenesten, knytta til at BUP er en del av spesialisthelsetjenesten og befinner seg på et høyere nivå i faghierarkiet, kan da føre til at deres forståelse av et barns problematikk og behov for tiltak alltid veier tyngre enn barneverntjenestens (Aamodt, 2011, s. 55). Ulikt kompetansenivå når det gjelder fagområdet psykiatri kan både føre til at barneverntjenesten føler seg underlegne i møte med BUP og at BUP nedvurderer deres synspunkter og bidrag (Lurie, 2016, s. 17; Riedl, 2008, s. 38).

1.1.3 Gjeldende offentlige føringer for samarbeidet mellom BUP og barnevern

De samarbeidsutfordringene som er beskrevet over, har ført til at Bufdir og Hdir gjennom rundskrivet «Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste» (Bufdir & Hdir, 2015) har prøvd å avklare de ulike tjenestenes ansvar og oppgaver og de juridiske rammene for samarbeidet. I 2016 la de også fram en felles rapport med fokus på helsehjelp til barn og unge i barneverninstitusjoner, men andre områder er også berørt (Bufdir & Hdir, 2016).

Direktoratene ser behov for å utvikle metoder og modeller for tidlig og grundig utredning av hjelpebehov i samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern for barn og unge (PHBU). Dette er særlig aktuelt når det gjelder fosterhjems plasseringer og akutt(haste)plasseringer. For å ivareta behovet for helsetjenester til barn og unge i barnevernsinstitusjoner, foreslås det ei ordning med «helseansvarlig» ved barnevernsinstitusjonene og «barnevernansvarlig» i PHBU. I tillegg foreslås det at personell fra PHBU skal jobbe mer ambulant og arenafleksibelt opp mot barnevernsinstitusjonene. På bakgrunn av erfaringene fra ulike prøveprosjekter, går de bort fra tidligere anbefalinger om felles drift av institusjoner (Helsetilsynet 2012; NOU 2009:22), men vil avklare de juridiske og praktiske rammene for døgnopphold i PHBU med hjemmel i barnevernloven.

For å sikre bedre samarbeid og samordning av tilbudet til barn som både har behov for barnevern og psykisk helsehjelp anbefaler de at det utvikles forpliktende samarbeidsavtaler med tydelig ledelsesforankring på alle nivåer innenfor tjenestene og at det gis nasjonale føringer for innholdet i avtalene (Bufdir & Hdir 2016, s. 41). De foreslår også å etablere

tverrfaglige kommunale oppfølgingsteam, gi tilskudd til psykologstillinger og kompetanseheving for å øke tilgangen til psykiske helsetjenester. I denne sammenhengen ser de det som viktig å utnytte den faglige kompetansen ved de regionale kompetansesentrene for barn og unge (RKBU) mer aktivt, for å tilrettelegge for gode tjenester og understøtte de kommunale tjenestene som arbeider med barn og unge.

1.2 Problemstilling

På grunn av at barnevernsbarn ser ut til å være særlig sårbare for utvikling av psykiske vansker, er det også svært viktig at barnevernet og BUP samarbeider om å gi hjelp til denne gruppa. Selv om plikten til samarbeid er lovfesta og dette området over tid har vært gjenstand for oppmerksomhet fra myndighetene, viser forskninga at det fortsatt er mangelfullt. I del 1.1.2 viste jeg til forskning som antyder at dette blant annet kan ha sammenheng med tjenestenes plassering i faghierarkiet, ulik fagkompetanse og -tradisjoner (Myrvold et al., 2011; Aamodt, 2011; Lurie, 2016; Riedl, 2008), som også kan ha betydning for deres forståelse av psykiske lidelser. Jeg har derfor formulert følgende overordna problemstilling: Hvordan samarbeider barneverntjenesten og BUP om barnevernsbarna og hvilken betydning får dette for behandlingstilbudet de får? Denne kan operasjonaliseres ved å utlede fire forskningsspørsmål som til sammen gir svar på problemstillinga:

1. Hvordan fungerer samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP?
2. Hvordan forstår ansatte i BUP og barneverntjenesten psykiske lidelser/vansker?
3. Hvilket behandlingstilbud får barnevernsbarn i BUP, sett i forhold til det behovet de har?
4. Hvilken betydning har samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP for behandlingstilbudet til barnevernsbarn?

Disse spørsmålene vil i det følgende bli belyst, både gjennom presentasjonen av foreliggende teori og forskning i kapittel 2, og gjennom den undersøkelsen jeg gjennomførte i form av kvalitative intervju med seks ansatte i de to tjenestene i kapittel 4.

2. Kunnskapsgrunnlag

Som nevnt i innledinga er det både grunn til å tru at barnevernsbarn har betydelig større psykiske helseproblemer enn den øvrige barnebefolkninga og at BUP og barneverntjenesten har forskjellig forståelse av dette og av behandlingsbehovet til denne gruppa. Disse forskjellene i faglig ståsted og tilnærming er en av flere faktorer som også vil ha betydning for samarbeidet mellom dem. I dette kapitlet vil jeg derfor først se nærmere på noen av de prosessene og prinsippene som ligger til grunn for klassifiseringa av psykiske lidelser og de diagnosesystemene som i dag benyttes både i forskning og klinisk praksis. I forlengelsen av det vil jeg presentere ulike bidrag til forståelsen av utviklinga av psykiske vansker og lidelser, både modeller og teorier som har vært sentrale i utviklingspsykologien de siste årene, og funn fra nyere forskning innen nevrovitenskap og epigenetikk. Denne kunnskapen har gitt oss nye perspektiver på barns utvikling, både den normale og den patologiske, og hvilke prosesser som ligger bak utvikling av psykiske helseproblemer. Den kan derfor også bidra til en dypere forståelse av hvorfor barnevernsbarn har en langt dårligere psykiske helse enn andre barn, som Grøholt med flere (2015, s. 43) oppsummerer det: «det å utsettes for traumer som overgrep og mishandling over tid, [kan] sette varige spor i hjernens funksjon og anatomi, og prege personens atferd, personlighet og følelsesliv».

I fortsettelsen vil jeg presentere en del tallmateriale om forekomsten av psykiske vansker og lidelser i normalbefolkninga, og om barnevernsbarna, hvor mange de er, og hva vi vet og ikke vet om barnevernsbarn som pasienter i BUP. Sentrale funn fra undersøkelser av barnevernsbarns levekår og psykiske helse, vil også bli referert.

Til slutt i dette kapitlet vil jeg legge fram ulike studier som har hatt fokus på samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP, og erfaringer som er gjort gjennom ulike prosjekter som har hatt som mål å utvikle nye samarbeidsformer og modeller.

2.1 Diagnostisering

Når vi i vårt samfunn skal vurdere hvorvidt det foreligger en psykisk lidelse, spiller diagnostiseringsverktøyene og -systemet en viktig rolle. I Norge og de fleste europeiske landene benytter vi ICD 10 («International Classification of Diseases»), som er utvikla av Verdens Helseorganisasjon (WHO) og som nå gjennomgår ei revidering som forventes ferdig i 2018 (Grøholt, Garløv, Weidle & Sommerschild, 2015). USA har utvikla et eget diagnosesystem, DSM (Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders), som i forskningssammenheng benyttes over hele verden for å kunne sammenligne studier og

resultater, fordi det har vært regna for å være mer presist i symptombeskrivelsene og når det gjelder inklusjons- og eksklusjonskriterier (Grøholt et al., 2015). ICD og DSM har gjennom de senere års bruk og revisjoner nærma seg hverandre og framstår i dag som mer like enn før.

I utvikling og valg av diagnosesystem har ei sentral problemstilling vært hvorvidt man skulle basere seg på et rent deskriptivt system eller man også skulle ta inn ulike teorier som forsøker å forklare årsakssammenhenger, noe de første versjonene i større grad var prega av (Nøvik og Lea, 2010). Feltundersøkelser som ble gjort i forkant av ICD 9 viste imidlertid «at det var liten enighet mellom klinikere nå det gjaldt teoretiske begreper, men brukbar enighet om bredt definerte fenomenologiske diagnoser». Dette har gitt oss et psykiatrisk klassifikasjonssystem basert på beskrivelser av symptommønstre, og som ifølge Broberg med flere (2006) forsøker å være ateoretisk og ikke tar noe standpunkt til eventuelle årsaker til diagnosen.

Dette kan i mange tilfeller oppleves lite tilfredsstillende i praksis, særlig fordi barn og unge som har opplevd relativt forskjellige belastninger og traumer, kan vise samme symptomer, et fenomen som kalles ekvifinalitet. Motstykket til ekvifinalitet er multifinalitet, som vil si at barn som har vært utsatt for samme type belastende hendelser, kan reagere med ulike symptomuttrykk (Broberg et al., 2006). Eksempelvis kan barn som har opplevd alvorlige former for omsorgssvikt reagere både med internaliserende og eksternaliserende vansker (Grøholt et al., 2015). Dette viser hvor vanskelig det er å forstå et barns vansker bare på grunnlag av en symptombeskrivelse. For den som skal prøve å finne adekvate behandlingstiltak vil det derfor i mange sammenhenger være av avgjørende betydning at man også forsøker å finne årsaken til problemene.

2.1.1. Kategorisk eller dimensjonalt diagnosesystem

At et diagnosesystem er kategorisk vil si at en forutsetter at en person kan defineres enten som syk eller frisk ut fra gitte vurderingskriterier (Grøholt et al., 2015). Det innebærer også at man, hvis man ser på friskhet og sykdom som motpoler på et kontinuum, kan definere et punkt (cut-off punkt) der man går fra normalitet til patologi (Nøvik & Lea, 2010). Det er imidlertid lite belegg i forskning for at det finnes et slikt punkt, og flere finner det riktigere og se på psykiske lidelser som dimensjonale fenomener uten noen definert terskel mellom sykdom og friskhet (Broberg et al., 2006; Grøholt et al., 2015). Både Nøvik og Lea (2010) og Broberg med flere (2006) understreker viktigheten av å ha begge disse perspektivene med seg i utredning av barn og unges psykiske helse, og påpeker at det multiaksiale diagnosesystemet vårt ivaretar begge aspekter gjennom de ulike kartleggingsverktøyene som brukes i dag.

2.1.2 Det multiaksiale diagnosesystemet

I barne- og ungdomspsykiatrien har man sett behovet for ei mer omfattende klinisk utredning enn bare beskrivelser av symptombilder (Grøholt et al., 2015), for å sikre at man ivaretar ulike aspekter ved det kliniske tilstandsbildet hos barn og unge. ICD 10 er derfor et multiaksialt klassifikasjonssystem. Det vil si at man gjennom utrednings- eller diagnostiseringsprosessen kartlegger ulike sider ved barnets/ungdommens fungering på det aktuelle tidspunktet, ikke bare forekomsten av kliniske symptomer. De ulike aksene er (gjengitt i Nøvik & Lea, 2010):

Akse I: Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse II: Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse III: Psykisk utviklingshemming

Akse IV: Somatiske tilstander

Akse V: Avvikende psykososiale forhold

Akse VI: Global vurdering av funksjonsnivå

Et slikt system ivaretar derfor også til en viss grad behovet for å se et barn i sammenheng med sine omgivelser, men gir likevel i svært begrensa grad svar på hvilke årsaker som kan ligge bak utviklinga av et tilstandsbilde og gjør heller ikke noe forsøk på teoretiske forklaringer.

Når det gjelder de minste barna er det utvikla et eget diagnosesystem, DC: 0-3 (Diagnostic Classification of Mental Health and Developmental Disorders of Infancy and Early Childhood). Det ble utarbeidet av National Center for Infants, Toddlers and Families i Washington, USA i 1994 og senere revidert i 2005; DC: 0-3 R (Grøholt et al., 2015).

Bakgrunnen for dette var at man opplevde det vanskelig å bruke ICD og DSM for å beskrive forstyrrelser i små barns atferd (Moe & Mothander, 2010). Jamfør avsnittet over om ekvifinalitet, er dette noe som særlig gjør seg gjeldende for de aller minste, i form av mer diffuse tegn på vantrivsel som sutring og gråt, søvnavansker og manglende vektøkning, som kan ha svært ulike årsaker. Også DC: 0-3 er et multiaksialt system med fem akser.

Sammenligna med ICD 10 legger dette systemet i enda større grad vekt på barnets forhold til sine omsorgspersoner og på det psykososiale miljøet det har rundt seg. Statistikk fra Helsedirektoratet viser at de yngste barna, de under 5 år, utgjør en svært liten del av klientmassen i BUP (Hdir, 2016). Det er et tankekors når vi vet hvor mye det kan ha å si at vansker eller utviklingsforstyrrelser blir oppdaga tidlig, slik at en kan sette inn riktige tiltak.

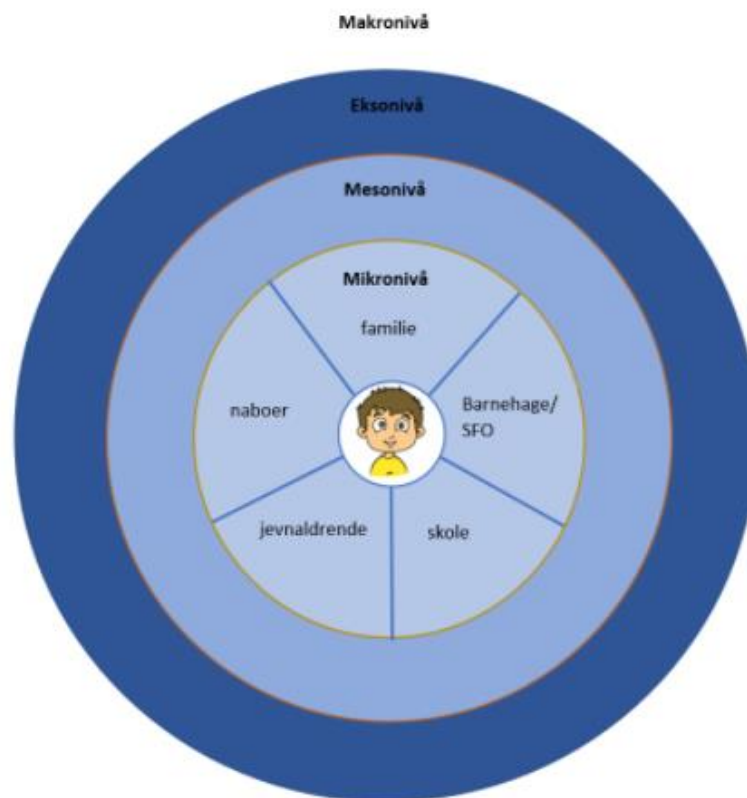
2.2 Ulike bidrag til forståelsen av hvordan psykiske vansker oppstår.

Selv om diagnosesystemet vårt gir svært begrensa grunnlag for å forstå årsaksforholdene bak

utviklinga av psykiske lidelser, er dette spørsmål som opptar både vanlige mennesker, forskere og klinikere innenfor det utviklingspsykologiske fagfeltet. I det følgende vil jeg derfor presentere noen teoretiske modeller og forskningsbaserte bidrag til hvordan menneskelig utvikling skjer, hva som kjennetegner normalutvikling, og hva som kan føre utviklinga på avveie (Broberg et al., 2010).

2.2.1 Transaksjonsmodellen

Innenfor utviklingspsykologien har en lenge tenkt at et barns utvikling skjer i et samspill mellom barnets «arv», eller medfødte konstitusjon, og barnets omsorgspersoner. Etter hvert har en også sett betydninga av å inkludere systemer rundt barnet og familien, og forståelsen av at menneskelig utvikling skjer gjennom gjensidige transaksjoner mellom individet og miljøet rundt, har fått solid fotfeste innenfor fagfeltet utviklingspsykologi og utviklingspsykopatologi (Broberg, et al., 2006; Smith, 2010; Tetzner 2012). Sameroff og Chandler utvikla og lanserte transaksjonsmodellen som «omfatter biologiske og miljømessige årsaksfaktorer som er i kontinuerlig og gjensidig interaktiv forandring over tid» (gjengitt i Smith, 2010, s. 30). Modellen søker å ivareta kompleksiteten i utviklingsprosessen gjennom å beskrive hvordan barnet fra fødselen møter verden med visse genetiske disposisjoner og både former og formes av det omsorgsmiljøet det omgis av; barnet og omsorgspersonene påvirker med andre ord hverandre gjennom et unikt samspill. Dette skjer imidlertid ikke i et vakuum; barnets omsorgsgivere inngår også i samspill med hverandre, med øvrig familie, med barnehage/skole, lokalmiljøet og samfunnet rundt. Ifølge Smith (2010) kan Bronfenbrenner og Morris' bioøkologiske utviklingsmodell ses på som ei nærmere presisering av transaksjonsmodellen. I denne modellen (gjengitt i Broberg et al., 2006, s. 41-42) har man fokus på hvordan ulike systemer rundt barnet på ulike nivå er i interaksjon med og påvirker hverandre over tid. Barnet med sine medfødte egenskaper og disposisjoner befinner seg i sentrum. Rundt barnet er mikrosystemene som barnet selv er i direkte og gjensidig samspill med. Utenfor ligger mesonivået som refererer til samhandlinga mellom mikrosystemene og hvordan denne igjen påvirker de ulike mikrosystemene. På neste nivå, eksonivået, finner vi som er det lokalsamfunnet mikrosystemene er en del av og som også legger premisser for hvordan mikrosystemene fungerer. Ytterst har vi makronivået som beskriver storsamfunnets normer og verdier, slik de f eks kommer til uttrykk gjennom lover og regler som legger premisser for alle nivåene i modellen, jamfør figur 1.



Figur 1: Bronfenbrenners modell, basert på Broberg et al., 2006

Denne modellen illustrerer tydelig hvor vanskelig det er å vite eksakt hva som i det enkelte tilfelle bidrar til ei god utvikling av ei robust psykisk helse og hva som bidrar til utvikling av psykiske problemer og lidelser, fordi interaksjonene i systemene både er komplekse og dynamiske over tid. Det er også vanskelig å forske på og utvikle kunnskap om dette, fordi vi i liten grad har mulighet for å isolere de enkelte påvirkningsfaktorene slik at vi med sikkerhet kan si hvilken betydning de har, og hvordan de ulike faktorene også innvirker på hverandre, direkte eller gjennom å forsterke eller moderere effekten av hverandre.

2.2.2. Resiliens, risiko- og beskyttelsesfaktorer

Gjennom arbeidet med å forstå hvorfor noen barn eller voksne utvikler psykiske vansker eller lidelser, har en også blitt opptatt av det faktum at noen mennesker gjennomgår det som isolert sett oppfattes som store traumer eller belastninger, uten å bli psykiske syke. Dette fenomenet er blitt kalt resiliens, men i norsk fagterminologi brukes ofte begrepene motstandsdyktighet eller mestringssevne (Grøholt et al., 2015; Tetzchner, 2012). Spørsmålet har vært om resiliens er en medfødt egenskap ved individet, og hvis ikke, hva som bidrar til at man blir det. I denne sammenhengen har en prøvd å kartlegge og systematisere risiko- eller sårbarhetsfaktorer på

den ene sida og beskyttelsesfaktorer på den andre sida, som viser seg å ha betydning for vår evne til å mestre de utfordringer livet gir oss.

Det er vanlig å dele inn risiko- og beskyttelsesfaktorer etter nivå, det vil si forhold ved individet, forhold ved omsorgspersonene/familien og forhold ved nærmiljøet, som bomiljø, barnehage/skole, nettverk med mer (Kvello, 2010). En annen måte å dele dem inn på er i proksimale (nære) og distale (fjerne) faktorer, der proksimale referer til faktorer i barnets omsorgsmiljø, som foreldres omsorgsstil, familieklime og søskenrelasjoner, og distale refererer til faktorer i miljøet rundt familien, som fattigdom, vold eller kriminalitet (Grøholt et al., 2015).

Kartlegging av risiko- og beskyttelsesfaktorer blir ofte brukt for å predikere utvikling, og selvsagt også forebygge eller forhindre ei forventa negativ utvikling. Det er ikke imidlertid ingen lineær sammenheng mellom antall risikofaktorer og skade på barnets utvikling, det er snarere snakk om en kumulativ effekt, det vil si at risikoen øker eksponentielt med økende antall risikofaktorer (Kvello, 2010).

2.2.3 Tilknytningsteori

Tilknytningsteori har etter hvert fått en sentral og selvsagt plass innenfor utviklingspsykologien og barnepsykiatrien (Broberg et al., 2006; Grøholt et al., 2015, Zachrisson, 2010). Den engelske barnepsykiateren John Bowlby og den kanadiske barnepsykolog Mary Ainsworth har vært sentrale i utviklinga av denne teorien som tar utgangspunkt i hvordan barn utvikler tilknytning til sine foreldre, basert på deres naturgitte behov for omsorg og beskyttelse, og hvordan kvaliteten på denne tilknytningsrelasjonen har betydning for deres videre psykiske utvikling, særlig fungering i relasjon til andre mennesker (Smith, 2002). Bowlby introduserte blant annet begrepet «indre arbeidsmodell» som referer til hvordan barna på bakgrunn av erfaringer med sine tidlige omsorgspersoner etablerer en modell for mellommenneskelig samspill som preger våre forventninger i møte med andre, på godt og ondt.

Ainsworth er særlig kjent for å ha identifisert to basale tilknytningsmønstre i spedbarnsalderen, trygg og utrygg tilknytning, som hun siden kategoriserte enda nøyere (Smith, 2002). Per i dag er det vanlig å dele inn tilknytning i fire typiske mønstre: A: Utrygg avvisende, B: Trygg, C: Utrygg ambivalent og D: Disorganisert. Disse mønstrene referer til hvordan barnet forholder seg til omsorgspersonen og hvorvidt det opplever han/henne som en trygg base for utforskning av verden og søker henne for trøst og emosjonell støtte når det er usikkert, engstelig eller lei seg (Grøholt et al., 2015). Barnets tilknytningsstil har vist seg å

kunne predikere barnets videre utvikling, særlig når det gjelder sosial fungering og relasjoner til andre og deres evne til selvkontroll og til å regulere egne følelser (Broberg et al., 2006). Det er utvikla ulike varianter behandlingsmetoder med utgangspunkt i denne teorien, for eksempel Circle of Security (COS).

2.2.4 Bidrag til forståelse fra hjerneforskning og medisinsk genetik.

Nye muligheter for å studere og forske på hjernens aktivitet og funksjon, blant annet gjennom funksjonell magnetresonanstomografi (fMRI), har i de senere år også gitt oss ny kunnskap om og forståelse av hjernens utvikling og betydninga den har både for kognitive prosesser, emosjonsregulering og håndtering av stress (Walhovd & Fjell, 2010). En relativt ny erkjennelse er at hjernens utvikling er «bruksavhengig», et begrep som ifølge Braarud ble innført av Perry og kolleger i 1995 (Braarud, 2012, s. 180). Det vil si at hjernen formes i et samspill med barnets omgivelser og de erfaringene barnet gjør. Menneskets hjerne utvikler seg raskt, og aller raskest de første leveårene. Ved fødselen er de fleste hjernecellene (nevronene) danna, og i de første levemånedene danner nevronene stadig nye forbindelser med hverandre gjennom kontaktpunkte, såkalte synapser. Forbindelser som er i aktiv bruk består og optimaliseres for videre bruk, mens forbindelser med redusert aktivitet elimineres (Walhovd og Fjell, 2010).

Et konkret eksempel på hvordan omsorg påvirker hjernen har vi fra Rutter og kollegers oppfølgingsstudier av tidligere barnevernsbarn fra Romania, som i følge Walhovd og Fjell viser at «barns erfaringer synes å kunne påvirke utviklingen substansielt, kanskje gjennom varige effekter på hjernen» (2010, s. 75). De rumenske barna hadde vært utsatt for ekstrem omsorgssvikt, men det er likevel grunn til å tru at resultatene er overførbare og at omsorgsbetingelsene i særlig sårbare eller kritiske faser i hjernens utvikling vil kunne ha betydning for hvordan hjernen vil fungere i framtida. Selv om hjernens og nervesystemets plastisitet varer gjennom hele livet, er den størst i de første leveårene (Blindheim, 2012; Braarud, 2012; Walhovd og Fjell, 2010).

Den effekten stress har på hjernens utvikling har også vært via økende oppmerksomhet de senere år, og den såkalte HPA-aksen, bestående av hypothalamus- hypofysen- binyrebarken, er sentral i hjernens stressregulering (Blindheim, 2012; Braarud, 2012; Stormark, 2010). Dette gjelder både den normale endring i aktivering knytta til døgnrytmen vår, og den aktivering som skjer når vi utsettes for fare. I begge tilfeller er stresshormonet kortisol som utskilles fra binyrebarken sentralt. Både Blindheim (2012) og Stormark (2010) påpeker at sped- og småbarn er mer sårbare for stress på grunn av uferdige og umodne

strukturer i hjernen og nervesystemet, og fordi de er avhengige av sensitive omsorgsgivere for å regulere emosjoner, og for gradvis å utvikle evnen til å regulere emosjoner selv. Flere studier viser en sammenheng mellom å ha vært utsatt for omsorgssvikt, vold og overgrep, og økt aktivitet i HPA-aksen, noe som kan føre til en atferd preget av uro, irritabilitet, utålmodighet og hyperaktivitet (Blindheim, 2012; Nordanger & Braarud, 2011). En slik negativ emosjonell tilstand vil igjen hemme utforskning, lek og læring hos barnet, noe som er forutsetning for ei positiv og god utvikling (Stormark, 2010). Det man erfarer i tidlig samspill med omgivelsene, virker med andre ord direkte inn på individets framtidige evne til å tolerere og mestre stress, noe som igjen virker inn på mange andre funksjoner (Grøholt et al., 2015).

En annen biologisk faktor som har betydning for forståelsen av utvikling av psykisk sykdom, er genetikk. På genetikkens tidlige stadium trodde man at sykdom, både fysisk og psykisk, kunne forklares ut fra feil i ett eller få gener. Forskning har imidlertid vist at dette ikke er tilfellet; det er flere faktorer som spiller inn. Den rådende teorien i dag er derfor at man arver genetiske disposisjoner som utvikler seg og formes i et samspill med både miljøet rundt individet og fysiologiske og nevrale prosesser i individet (Berg-Nielsen, 2010). Epigenetikk er et sentralt begrep i denne nye forståelsen og betegner prosessen der genetisk informasjon modifiseres av miljømessige innvirkninger og omformes til individets struktur og atferd». (Smith, 2010, s. 43). Det er et komplekst samspill mellom en rekke faktorer som står i et gjensidig påvirknings- og avhengighetsforhold til hverandre som avgjør hvilke gener som skal komme til uttrykk, eller bli «slått på», og hvilke som forblir «avslåtte» eller latente (Berg-Nielsen, 2010).

Resiliens eller sårbarhet for utvikling av psykisk sykdom har også si forankring i genetikken. Gener finnes for eksempel i flere varianter, såkalte alleler, og barnet får hver sin allele fra mor og far (Grøholt et al., 2015). Disse allelene kan ha varierende lengde, og enkelte studier har vist at lengden på allelene til enkelte gener kan ha betydning for hvor mottakelig et barn er for påvirkning fra miljøet rundt, det vil si hvor formbart eller plastisk det er (Tetzchner, 2012). Det ser ut til at barn med korte alleler av gen 5-HTTP utvikler seg dårligere i et dårlig oppvekstmiljø, mens de som har lange alleler av dette genet, har større motstandskraft eller resiliens i et slikt miljø. Under gode miljøbetingelser er det motsatt: Barn med korte alleler profiterer mer på gode miljøforhold og utvikler seg bedre, mens utviklinga til de med lange alleler ikke avspeiler de gode miljøbetingelsene (Tetzchner, 2012). Hvilke genetiske disposisjoner som manifesterer seg vil altså variere med hvilke miljøbetingelser barnet vokser opp under.

2.3 Psykiske helseplager i barnebefolkninga

Kunnskapen og teoriene som er presentert ovenfor bidrar på ulike måter til forståelsen av det komplekse samspillet mellom genetisk arv og miljøpåvirkning som ligger bak utvikling av psykiske vansker og lidelser. Psykiske vansker er noe de fleste opplever i løpet av livet; de fører i varierende grad til tap av funksjon i dagliglivet, og varigheten er forskjellig (Sosial- og helsedepartementet, 2000). Psykiske lidelser derimot kjennetegnes av at ubehaget eller symptomene vi opplever, både når det gjelder mønster og varighet, har nådd et nivå som i betydelig grad går ut over livskvaliteten og fungeringa vår og er så belastende at man har behov for behandling (Kvillo, 2010; Sosial- og helsedirektoratet, 2007). I følge Mykletun, Knudsen og Mathiesen (2009) må man fylle kriteriene for en diagnose i et av diagnosesystemene vi bruker i dag, for at man skal kunne si at det foreligger en psykisk lidelse. Med utgangspunkt i disse definisjonene av psykiske vansker og psykiske lidelser forutsetter Folkehelseinstituttet at mellom 15 og 20 % av barn og unge under 18 år til enhver tid har nedsatt funksjon på grunn av psykiske vansker, og at 8 % har en diagnostiserbar psykisk lidelse (Hdir, 2016). Dette er i samsvar med Heiervang og kollegers (2007) epidemiologiske undersøkelse blant skolebarn i alderen 8-10 år, som konkluderte med at 7 % av dem fylte kriteriene for en diagnose i DSM-IV.

Basert på Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge fra Norsk pasientregister (Hdir, 2016) var det i 2015 totalt 5 % av befolkninga under 18 år som var behandla i psykisk helsevern for barn og unge, 56 162 individer. Dette omfatter både poliklinisk behandling og innleggelse i døgnavdeling. Med dette antallet pasienter har man omsider nådd målet i Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) om at 5 % årlig skal få hjelp av BUP (Kristofersen, 2007).

2.4 Barnevernsbarn i BUP

Antallet barn som mottar tiltak fra barnevernstjenesten vokste betydelig i perioden 2003-2012, men har siden flata noe ut. I 2016 mottok 54 620 barn i alderen 0-22 år tiltak fra barneverntjenesten, noe som utgjør ca 4 % av det totale antallet barn i denne aldersgruppa (Bufdir, 2017). Når det gjelder å finne ut hvor mange av disse som også er pasienter i BUP, viser det seg å være vesentlige begrensninger i det statistiske materialet som foreligger. Både Kristofersen (2007) og Helsetilsynets rapport 5/2012 (2012) har påpekt dette og tatt opp behovet for å kunne koble barnevernsstatistikk med pasientregistre fra BUP for å kunne følge barn i de to systemene og dermed få mer kunnskap om barnevernsbarns diagnoser, behandlingstilbud, -forløp og -effekt, og om de eventuelt skiller seg ut fra andre BUP-

pasienter på noen måte. Dette er så langt ikke blitt gjort, ifølge opplysninger fra NOVA og Helsedirektoratet (M. Dahlen, NOVA, 10.02.17 og K. I. Johansen, Hdir, 22. 03.17, personlig kommunikasjon i forbindelse med denne oppgaven). I følge Helsetilsynets rapport (2012, s. 32), er det imidlertid 17 % av BUPs pasienter som også mottar tiltak fra barneverntjenesten.

2.5 Studier av barnevernsbarns levekår og psykiske helse

Selv om vi har begrensa Kunnskap om hva som skjer med barnevernsbarna i BUP, har det etter hvert vært gjort en del undersøkelser av barnevernsbarns levekår og psykiske helse som har bidratt med viktig kunnskap om dette. Clausen og Kristofersens (2008) longitudinelle studie av barnevernsbarn strekker seg over en periode på 16 år, fra 1990-2005, og er enestående i norsk sammenheng når det gjelder kunnskap om barnevernsbarns levekår. Clausen og Kristofersen benytta registerdata fra SSB og koblet disse mot flere andre offentlige registre. Utvalget besto av totalt 120.000 som var eller hadde vært barnevernsklienter i løpet av perioden. Kort oppsummert fant Kristofersen og Clausen at barnevernsbarna kom dårligere ut enn normalbefolkninga på samtlige levekårsvariabler som de undersøkte: utdanning, inntekt, sosialhjelp, arbeidsledighet, grunn- og hjelpestønad, uførepensjon og dødelighet. På bakgrunn av dette konkluderte de med at barnevernsbarn også har dårligere fysisk og psykisk helse enn barn som ikke har vært i barnevernet. Det longitudinelle designet, har også gitt et annet syn på omfanget av problemene, da det viser seg mens andelen barn i barnevernet på et gitt tidspunkt er ca 3,5 % av barnebefolkninga (basert på 2010-tall), er andelen som i løpet av oppveksten er i kontakt med barnevernet ca 10 % (Helsetilsynet, 2012).

2.5.1 Plasserte barn

Når det gjelder barnevernsbarn i Norge som er plassert i fosterhjem eller institusjon, har det vært gjennomført flere studier. Selv om de har benytta litt ulike måleinstrumenter og dermed ikke uten videre er direkte sammenlignbare, er resultatene entydige: forekomsten av psykiske vansker og lidelser er langt høyere blant disse barna enn i barnebefolkninga for øvrig.

Karen Skaale Havnen har sammen med flere forskere ved RKBV Vest foretatt i en longitudinell studie av plasserte barn (Havnen, Breivik & Jakobsen, 2014), som også danna grunnlag for hennes doktoravhandling «Mellom psykisk helse og barnevern» (2013). Forskerne tok utgangspunkt i det totale antallet barn som ble plassert i Norge i løpet av cirka et år i 1998/1999, og fulgte opp med en ny undersøkelse etter sju til åtte år. Havnen og hennes forskerkolleger hadde særlig fokus på den psykiske helsa til barna, og eventuelle

sammenhenger mellom ulike bakgrunnsvariabler og endring i psykisk helse i løpet av perioden. I den første studien kom de fram til at over 70 % av barna hadde symptomer på psykiske problemer, og at de barna som var plassert på grunn av foreldrenes problemer (misbruksproblemer, psykiske problemer med mer) hadde mindre psykiske vansker enn de som var plassert på grunn av problemer mellom foreldre og barn (disiplinproblemer, konflikt mellom foreldre og barn, med mer) eller på grunn av vanskjøtsel og misbruk av barna (Havnen et al., 2009). I oppfølgingsstudien undersøkte de barnas utvikling i løpet av perioden. Hovedkonklusjonen deres er at selv om barna hadde bedra sin psykiske helse i løpet av en relativt lang plasseringsperiode, hadde de fortsatt store psykiske vansker som krever økt innsats fra barneverntjenesten og den psykiske helsetjenesten for barn og unge (Havnen et al., 2014).

Stine Lehmann (2015) har sammen med kolleger forsket på psykiske lidelser blant barn i alderen 6-12 år som er plassert i fosterhjem. Barna ble rekruttert gjennom registrene til Bufetat region sør. Det var totalt 279 barn som ble med i undersøkelsen. Undersøkelsen viste at 50,9 % av barna fylte kriteriene for en eller flere diagnoser i DSM-IV, fordelt på tre hovedgrupper: emosjonelle lidelser, ADHD og atferdsforstyrrelser. Komorbiditeten mellom disse gruppene var også høy; drøyt 30 % hadde lidelser i to eller tre av gruppene (Lehmann, Havik, O. E, Havik, T. & Heiervang, 2013). De tre risikofaktorene som hadde størst betydning for utviklinga av psykiske lidelser var alvorlig omsorgssvikt, opplevelse av vold i egen familie og antall tidligere plasseringer (Lehmann, 2015).

I perioden 2010-2015 gjennomførte Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet (NTNU) en omfattende undersøkelse av psykisk helse hos barn og unge plassert i barneverninstitusjoner (Kayed et al., 2015). Til sammen 400 ungdommer deltok i studien, som dermed gir et omfattende datagrunnlag for videre forskning og analyser. Data fra undersøkelsen viser at 76 % av ungdommene fylte kriteriene for minst en diagnose i DSM-IV i løpet av de siste 3 månedene før intervjuet. Det var også høy grad av komorbiditet, og i følge forskerne svært uventa og bekymringsfullt at komorbiditeten mellom internaliserende lidelser, som angst/depresjon, og atferdslidelser var så høy (Kayed et al., 2015). Sett i forhold til utbredelsen av psykiske lidelser i normalbefolkninga, har barnevernsbarn plassert i institusjon, nesten 10 ganger så høy forekomst av psykiske lidelser som andre barn. Oppsiktsvekkende er det da at undersøkelsen også viser at under 40 % av dem har mottatt hjelp fra en psykiatrisk behandling sinstitusjon de siste 3 månedene, og ca 25 % fra barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (Kayed et al., 2015).

I våre naboland, Danmark og i Sverige, er det også gjennomført longitudinelle studier av barn som har vært plassert i fosterhjem i regi av barneverntjenesten (Egelund & Hestbæk, 2007; Vinnerljung, 2006). Begge disse undersøkelsene samsvarer med funnene i de norske undersøkelsene, og bekrefter at forekomsten av psykiske vansker og psykiatriske diagnoser er svært høy blant barnevernsbarna. I tillegg kommer dårligere ut på de fleste levekårsvariabler.

2.5.2 Hjemmeboende barnevernsbarn

Ut fra foreliggende litteratur, har det vært forska mindre på psykisk helse hos barnevernsbarn som ulike former for hjelpetiltak i hjemmet, enn på plasserte barn. Dette blir bekrefta av Iversen (2008) og hennes forskerkolleger. De har med utgangspunkt i Barn i Bergen-studien, som følger tre årskull barn, sett nærmere på denne gruppa barnevernsbarn, som tross alt utgjør den største andelen av barn i barnevernet, på dette tidspunktet drøyt 90 % av det totale antallet (Iversen et al., 2008). Barn i Bergen-studien omfatta i utgangspunktet ca 4200 barn. Av disse var det 84 barn som bodde sammen med foreldrene sine og hadde kontakt med barnevernet, og som utgjør utvalget i undersøkelsen. Undersøkelsen viste at forekomsten av totale vansker var over 50 %, fordelt på undergruppene: emosjonelle symptomer, atferdsvansker, hyperaktivitet og problemer med venner. Over 68 % oppga å ha kontakt med BUP. Det er ikke et høyt tall i forhold til forekomsten av problemer, men mye høyere enn antatt (Iversen et al., 2008).

Med utgangspunkt i disse funnene framholder samtlige forsker behovet for å sette større fokus på kunnskaps- og tiltaksutvikling når det gjelder den totale problembelastninga blant barnevernsbarna, og understreker viktigheten av å komme tidlig inn i barnas liv og gå i dybden når det gjelder problemkartlegging og -analyse, slik at man setter inn tilstrekkelig omfattende tiltak (Clausen & Kristofersen, 2008)

2.6 Studier av samarbeid

På bakgrunn av de store psykososiale problema blant barnevernsbarna som er dokumentert overfor, er det innlysende at det er behov for et godt samarbeid mellom barneverntjenesten og BUP dersom en skal klare å yte helhetlig og samordna hjelp (Bufdir & Hdir, 2016). Det har da også vært gjennomført flere studier av dette samarbeidet, både i form av frittstående undersøkelser og i forbindelse med større offentlige evalueringsrapporter. Evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse (Kristofersen, 2007) og evaluering av Forvaltningsreformen i barnevernet (Myrvold et al., 2011) er begge sentrale her.

I forbindelse med evalueringa av Opptrappingsplanen for psykisk helse ble det gjennomført flere intervjuer med ansatte i BUP og barnevern i 6 kommuner. Begge instanser opplevde at tilgjengeligheten til den andre tjenesten stort sett var grei, men barnevernlederne opplevde at tilgjengeligheten for akuttvurderinger utenom vanlig kontortid fortsatt var dårlig, og det samme gjaldt tilbudet om akutt plasser i BUP (Kristofersen, 2007).

Når det gjaldt samarbeidet mellom tjenestene, opplevde både BUP og barnevern at kommunikasjonen og samarbeidet var blitt bedre, men at det fungerte best i enkeltsaker, og mindre bra på et generelt nivå. Begge parter framholdt stort arbeidspress og for dårlige tidsrammer som hovedårsak til at det var slik, og så behovet for å utvikle og styrke det generelle samarbeidet. Det var også visse frustrasjoner knytta til ansvars- og oppgavefordeling mellom instansene. Dette er i tråd med tidligere funn (Lurie & Tjelflaat, 2009). Barneverntjenesten opplevde ikke taushetsplikten i seg selv som noe hinder for samarbeidet, men mente at samarbeidsinstansene ikke så og utnytta lovens muligheter for å dele nødvendig informasjon. Ingen av tjenestene hadde på dette tidspunktet tatt i bruk formelle verktøy som individuell plan (IP) i samarbeidet, men særlig barneverntjenesten brukte ansvarsgruppe som samarbeidsforum. Noen ganger deltok også BUP i dem.

På bakgrunn av det som framkom i studien bruker Kristofersen (2007) metaforen «stafettløp eller parallelløp» for å beskrive to varianter av samarbeid mellom instansene: den første varianten innebærer at man sender saken over til andre for selv å trekke seg delvis eller helt ut, og den andre varianten innebærer å arbeide samtidig med en sak i hver enkelt tjeneste uten å koordinere innsatsen og arbeide i fellesskap. Kristofersen konkluderer utredninga si med at det fortsatt er langt igjen til opptrappingsplanens mål om at «tjenestene skal være tilpasset brukerne og fungere helhetlig og sammenhengende» (Kristofersen 2007, s. 176).

Lurie og Ulset (2010) undersøkte i en kvalitativ studie hvordan brukere som mottar tjenester fra både barneverntjenesten og BUP, opplever samarbeidet mellom de to instansene. Både ungdommer og deres foreldre/foresatte deltok i undersøkelsen. Hovedfunnet i studien var at de fleste deltakerne opplevde BUP og barnevernet som to adskilte tjenester uten noen form for samarbeid; de kunne derfor vanskelig si noe om hvordan det fungerte.

Året etter gjennomførte Lurie en spørreundersøkelse blant BUP- og barnevernsansatte om barnevernsbarns tilgang til tjenester fra BUP (Lurie, 2011). Undersøkelsen viste at barnevernsansatte generelt vurderte barnevernsbarns tilgang til BUP-tjenester som dårligere enn de BUP-ansatte gjorde. To sentrale spørsmål i undersøkelsen var hvorvidt en uavklart omsorgssituasjon rundt barnet ble brukt som begrunnelse for å avvise barn i BUP, og hvilken betydning barnets/familiens motivasjon for behandling hadde for tilgang til BUP. På dette

området var også BUP- og barnevernansatte uenige, da barnevernansatte i langt større grad enn BUP-ansatte mente at disse to faktorene representerte et hinder for å få hjelp. Lurie konkluderte med at barnevernsbarn møter flere barrierer når de henvises til BUP, blant annet lang ventetid til både utredning og behandling. Det er også usikkert om den hjelpa de faktisk får er tilstrekkelig i forhold til det behovet de har. Han ser derfor behov for studier som kan følge barnevernsbarnas vei inn i og gjennom BUP for å få mer detaljert informasjon om behandlingstilbudet.

2.6.1 Erfaringer fra ulike samarbeidsprosjekt

Det har opp gjennom årene vært gjennomført flere ulike prosjekter for å utvikle og styrke samarbeidet mellom barnevernet og BUP også før sykehusreformen og forvaltningsreformen i barnevernet (Lurie og Tjelflaat, 2009).

Av de nyere prosjektene framstår «Familien i sentrum» som særlig relevant fordi det omfatta alle barnevernsbarn i BUP, også de hjemmeboende. Dette var et samarbeidsprosjekt mellom BUP og barneverntjenesten i Bærum i perioden 2006-2008, og hadde som mål å utvikle arbeidsmåter som barn og familier med alvorlige og sammensatte vansker kunne nyttiggjøre seg (Aamodt, 2011). Gjennom prosjektet økte de samhandlinga mellom BUP og barnevernet ved å invitere til felles refleksjon rundt egen praksis og til å utvikle ny forståelse av og kunnskap om hverandre i det de kalte «kunnskapsverkstedet». I løpet av prosjektet utarbeidet de også en mal for en forpliktende samarbeidsavtale mellom BUP og de kommunene som tilhørte den, som beskriver de to tjenestenes ansvar, oppgaver og framgangsmåte i ulike typer saker der de samhandler (Aamodt et al., 2011).

Det har vært gjennomført flere prosjekter i tilknytning til barnevernsbarn som har behov for heldøgns omsorgstilbud eller behandlingsplass i BUP. Lurie (2016) har på oppdrag fra Helder og Bufdir, oppsummert de erfaringene som har vært gjort med etablering av felles institusjoner for barnevern og PHBU i Norge. Det er ikke gjennomført mange slike prosjekter, og de har i første rekke vært knytta til utredning. I og med at forsøkene på etablering av felles omsorgs- og behandlingsinstitusjoner ikke har lyktes, argumenterer Lurie for at det da blir viktig å utvikle nye tiltak for å møte utfordringene knytta til de store psykiske helseproblemene hos barnevernsbarn plassert i institusjoner. Han foreslår blant annet: arenafleksibel behandling i BUPs regi, opplæring av ansatte i barnevernsinstitusjoner i psykisk helse, samarbeidsavtaler mellom PHBU- institusjoner og barnevernsinstitusjoner om veiledning og kompetanseheving, og utprøving av nye behandlingsmetoder i barnevernsinstitusjonene (Lurie, 2016).

Tre relativt nye samarbeidsprosjekt, igangsatt i løpet av de siste fire årene, har bidratt med verdifull kunnskap om hvordan samarbeidet mellom BUP og barneverntjenesten kan utvikles. De blir kort presentert nedenfor:

1. «Akutten i Nord-Trøndelag» er et felles utredningstilbud mellom BUP, Bufetat Region Midt-Norge og 3 kommunale barneverntjenester ved ei BUP døgnavdeling på Sykehus Levanger (Lurie, 2016). Målsetninga var å utvikle en modell for samarbeid mellom BUP og barneverntjenesten om utredning av barns psykiske helse og behandlingsbehov i akutte situasjoner.
2. «Akuttprosjektet i Kristiansand» er et samarbeid mellom Barnevernvakta i Kristiansand kommune, BUP ved Sørlandet sykehus og Bufetats barnevernsinstitusjonen St. Hans gården, som hadde som mål å utvikle et samordna og behovstilpassa tilbud til barn og familier i krise (Ådnanes, Haugen & Melby (2016).
3. Pilotprosjektet: «Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov» er et samarbeid mellom Bufetat Region Midt-Norge og BUP og omfatta to av Bufetats omsorgsinstitusjoner og tre BUP poliklinikker i regionen (Kaasbøll, Melby & Ådnanes, 2017). Målet med dette prosjektet var både å utvikle en samarbeidsmodell og vurdere aktuelle kartleggingsverktøy for psykiske helse i denne klientgruppa

Alle disse prosjektene beskrives i evalueringsrapportene som vellykka, selv om det har vært utfordringer underveis. (Kaasbøll, 2017; Lurie, 2017; Ådnanes et al., 2016). Både Akutten i Nord-Trøndelag og Akuttprosjektet i Kristiansand er blitt videreført og utvida til å omfatte flere omkringliggende kommuner. Akutten i Nord-Trøndelag framstår som det prosjektet som har gått lengst når det gjelder å utvikle en utredningsmal der man kombinerer barnevernfaglige og barne- og ungdomspsykiatriske tilnærminger og forståelsesmåter, og begge instanser bidrar direkte i utredninga (Kvello, 2010, Lurie 2017).

Evalueringsrapportene trekker fram ulike virkemidler som har bidratt til å utvikle et godt samarbeid, blant annet felles kompetanseheving og obligatorisk hospitering på hverandres arbeidsplasser som ble brukt i Kristiansand (Ådnanes et al., 2016). I tillegg understreker deltakerne betydninga av administrative og organisatoriske forhold som engasjert og tydelig ledelse, klar oppgave- og ansvarsfordeling, felles rutiner, tidsfrister for de ulike trinnene i prosessen og jevnlig evalueringer som har bidratt til å sette samarbeidet i system. Det å faktisk samarbeide om felles oppgaver, møtes og snakkes sammen, har også ført til større kunnskap om og forståelse for hverandres rammevilkår og arbeidshverdag, utvikling

av et felles språk og ei endring i holdning til hverandre i retning av større trygghet, respekt og likeverd (Lurie 2017).

2.7 Noen teoretiske bidrag til forståelse av samarbeidsutfordringene

Når en går gjennom dette relativt omfattende materialet som beskriver samhandling og samarbeid mellom BUP og barnevern, er hovedinntrykket at det i løpet av årene gradvis har skjedd ei positiv endring i samarbeidsklimaet og holdninga til hverandre. Samtidig er det fortsatt mange av de samme vanskene og hindringene som blir beskrevet. I rapporten «Den vanskelige samhandlingen», som inngår i evalueringa av forvaltningsreformen, drøfter Mydland og kolleger (2011) ulike sider ved samarbeidet mellom barnevernet og samarbeidende tjenester. De tar utgangspunkt i at samarbeid mellom ulike organisatoriske enheter kan analyseres ut fra to perspektiv: det strukturelle som omhandler ressurser, makt/innflytelse, interesser, mål, styringssystemer og arbeidsformer, og det kulturelle som handler om verdier, normer og holdninger i organisasjonen, som igjen har betydning for kommunikasjonen og utvikling av konflikter. Mydland og hennes kolleger har i sin analyse lagt hovedvekt på de strukturelle forholdene og sier at «betydningen av kulturelle forhold forutsetter en dybde i intervjuene som ikke har vært mulig eller hensiktsmessig å gjennomføre innenfor dette prosjektets rammer» (Mydland et al., s 297). Generelt hevder Mydland og forskerkollegene hennes at det er enklere å gjøre noe med de strukturelle forholdene enn med de kulturelle. Når det gjelder forvaltningsreformen i barnevernet spesielt, er den et eksempel på at en rekke av de strukturelle grepene som var tatt, for eksempel å samorganisere det statlige barnevernet og familievernnet i samme etat, og spesialisthelsetjenesten og det statlige barnevernet på samme forvaltningsnivå, ikke har vært tilstrekkelig for å sikre godt samarbeid.

De som etter det jeg kan se, har gått lengst i å fokusere på og analysere de kulturelle sidene ved samarbeidet mellom barnevernet og BUP, er Laila Aamodt og Ingerid Aamodt, som gjennom det tidligere nevnte samarbeidsprosjektet «Familien i sentrum» har drøfta sine erfaringer i lys av både filosofisk og sosiologisk teori. Ingerid Aamodt er opptatt av sammenhengen mellom de institusjonelle rammebetingelsene i BUP og de ansattes praktiske handlinger, slik de kommer til uttrykk i samarbeid med både klienter og samarbeidspartnere (Aamodt, 2009). Aamodt er imidlertid minst like opptatt av faglig diskurs, kunnskapssyn, tenkning og språk -det Myrvold i sin analyse kaller det kulturelle perspektivet- som hun er av økonomiske, administrative og juridiske vilkår, det vil si det strukturelle perspektivet. Hun er i artikkelen sin opptatt av hvordan spørsmål om kapasitet og prioriteringer innenfor fagfeltet har mista karakteren av å være politiske og gått over til å bli administrative. Spørsmålene

desentraliseres så ned i institusjonen og overlates i siste instans til den enkelte yrkesutøver å finne løsninger på. I konflikten mellom det som forventes at man skal gjøre og det man faktisk har ressurser til, oppstår et dilemma som skaper behov for både å avgrense ansvar og oppgaver og for å entydiggjøre «både det som skal behandles og måten det skal behandles på» (Aamodt, 2009, s. 12) På denne måten fortolkes og omsettes institusjonelle rammebetingelser i praktiske handlinger, som igjen blir en del av institusjonens felles handlingsmønstre og praksis.

Laila Aamodt har i forbindelse med prosjektet «Familien i sentrum» trukket inn ulike teorier og perspektiver for å belyse de erfaringene med samhandling og samarbeid mellom BUP og barnevern som prosjektet ga (Aamodt, 2011). Det sentrale for henne synes å være å styrke de ansattes faglige bevissthet og deres evne til å se på seg selv og sin egen praksis med et reflekterende og kritisk blikk, og i den prosessen kan ulike teoretiske tilnærminger bidra med nye perspektiver. Hun har blant annet anvendt den franske sosiologen og antropologen Pierre Bourdieus teori om maktforhold og dominans for å belyse forholdet mellom BUP og barnevern (Aamodt, 2012). I følge Aamodt sosialiseres både barnevernsarbeidere og BUP-ansatte inn i en felles identitet som innebærer felles forståelse, tenkning, handlingsmønstre og språk som også bidrar til å avgrense dem mot andre. Denne felles identiteten kaller Bourdieu habitus. Habitus er sosialt innlærte måter å tenke og handle på, som strukturerer våre erfaringer av verden rundt oss og hjelper oss til å orientere oss i den. Problemet er at den er så selvsagt for oss at det kreves både vilje og evne til bevisstgjøring for å kunne utfordre den og bli klar over hvordan den virker, for eksempel i møte med andres habitus. Aamodt tar også for seg asymmetrien i forholdet mellom BUP og barnevern, slik barnevernsansatte har erfart den. BUP har -kanskje på grunn av at de ansatte har lengre og bredere fagutdanninger, eller det faktum at de tilhører spesialisthelsetjenesten- hatt en høyere status enn barnverntjenesten. Denne dominerende posisjonen har gitt BUP en symbolsk makt, som begge parter i følge Aamodts tolkning av Bourdieu, bidrar til å opprettholde, men som ingen har satt ord på eller erkjent. Makta er dermed miserkjent. Bourdieu kaller miserkjent makt for symbolsk vold med henvisning til hvordan den dominerte preges av maktutøvelsen og rent kroppslig fornemmer ubehag i form av frustrasjon, sinne, og kanskje skyld.

2.8 Oppsummering kapittel 2

Det kunnskapsgrunnlaget som er presentert i kapittel 2 viser hvordan ulike psykologiske teorier og modeller i kombinasjon med bidrag fra hjerneforskning og genetikk, har utvidet vår forståelse av menneskelig utvikling som komplekse transaksjonelle prosesser både i individet

og mellom individet og miljøet rundt. Denne kunnskapen avspeiler seg i liten grad i diagnosesystemet vårt som er fenomenologisk og ateoretisk og i liten grad ivaretar behovet for å forstå årsakene til psykiske lidelser. Den forskninga som har vært gjort om barnevernsbarn bekrefter imidlertid sammenhengen mellom risikofaktorer i omsorgs- og oppvekstmiljø og utvikling av psykiske helseproblemer. Forskerne er derfor samstemte om at denne gruppa trenger omfattende og tilpassa hjelp som også fordrer et tett samarbeid mellom barneverntjenesten og BUP dersom den skal ha tilstrekkelig effekt. Det har vært gjort flere undersøkelser av denne samarbeidsrelasjonen som dokumenterer at det fortsatt gjenstår betydelige hindringer og utfordringer som må overvinnes for å få dette til, men senere års forsøksprosjekter har bidratt med verdifulle erfaringer som kan anvendes i det videre arbeidet. Hvordan samarbeidet mellom BUP og barneverntjenesten fungerer i dag og om disse verdifulle erfaringene blir anvendt, var derfor noe jeg ville undersøke nærmere.

3. Metode

Som nevnt innledningsvis foreligger det per i dag ikke tilgjengelig statistisk materiale til å kunne følge barnevernsbarn inn i og gjennom et utrednings- og behandlingsforløp i BUP. Det har som tidligere presentert vært gjennomført noen undersøkelser vedrørende samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP om disse barna, men ikke mange som har fokus på det løpende samarbeidet mellom kommunal barneverntjeneste og BUP om barnevernsbarn som mottar behandling på BUPs poliklinikker. Målet med denne undersøkelsen ble derfor å bidra til større kunnskap om hvordan disse to tjenestene samarbeider rundt felles klienter/pasienter, hvordan de opplever samarbeidsrelasjonen på godt og ondt, hvordan de forstår utviklinga av psykiske lidelser hos barnevernsbarna og hva de tenker om dem som pasientgruppe i BUP. I og med at fokuset primært var opplevelser og erfaringer hos ansatte i disse tjenestene, vurderte jeg at kvalitativ metode var best egna til å undersøke dette, da den nettopp vektlegger både variasjonsbredde i erfaringer og dybde i tanker og refleksjoner rundt det aktuelle temaet (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011; Starks & Brown Trinidad, 2007).

Dette kapitlet tar for seg selve undersøkelsen, de ulike trinnene i forskningsprosessen og de refleksjoner, avveininger og valg som ble gjort underveis. Først vil jeg imidlertid sette kvalitativ metode inn ei vitenskapsteoretisk ramme, selv om Malterud (2011 s. 44) understreker at det ikke er noen forutsetning for å benytte kvalitative metoder at man «fordype[r] seg tungt i det filosofiske grunnlagsstoffet».

3.1 Kort om vitenskapsteori

Når det gjelder vitenskapssyn, kan man noe forenkla si at det foreligger to hovedretninger: positivismen som tradisjonelt er knytta til naturvitenskapene, og hermeneutikken som er knytta til humanistiske fag og samfunnsfag (Dalland 2012, Thurén, 2009). Disse retningene representerer på en måte motpoler på en akse, men kan også utfylle hverandre når det gjelder å besvare ei gitt problemstilling eller bidra med ny kunnskap ved hjelp av ulike forskningsmetoder.

Utgangspunktet for positivismen er at det finnes en sannhet eller en sikker kunnskap, som vi må prøve å avdekke eller komme fram til, og som også bør danne grunnlag for våre beslutninger og handlinger. I den positivistiske tradisjonen er man opptatt av å forklare lovmessigheter og sammenhenger i naturen gjennom årsak-virkning, såkalte kausalsammenhenger (Thurén, 2009). Forskning innenfor denne tradisjonen dreier seg i hovedsak om å komme fram til målbare og kvantifiserbare data som kan behandles statistisk,

derav navnet kvantitative metoder (Dalland 2012). Nøytralitet og objektivitet i forskerrollen er et ideal, og data innhentes uten direkte kontakt med deltakerne i undersøkelsen (Dalland 2012). Reliabilitet eller påliteligheten til resultatene er knytta til intersubjektiv testbarhet, det vil si at uavhengige forskere kan gjenta eksperimentet eller undersøkelsen med samme metode på samme populasjon og oppnå det samme resultatet (Thurén, 2009, s 37).

Utgangspunktet for hermeneutikken er behovet for og ønsket om å forstå menneskelige og mellommenneskelige fenomener som ikke lar seg forklare ved å benytte forskningsmetoder innenfor den positivistiske tradisjonen. Hermeneutikk betyr «fortolkningslære», og denne retninga er mer opptatt av å forstå enn av å forklare (Thurén, 2009, s 105). Den har som utgangspunkt at ikke all menneskelig atferd eller erfaring kan forklares, og at man trenger andre metoder for å få innsikt i og kunnskap om menneskelig eksistens og vår opplevelse av verden enn de kvantitative metodene kan bidra med. På bakgrunn av dette har man utvikla kvalitativ metode, som hører hjemme i den hermeneutiske tradisjonen.

Det ligger i begrepet «fortolke» en erkjennelse av at vi som mennesker hele tida tolker det vi opplever og erfarer på bakgrunn av det vi allerede har erfart, den kunnskapen vi har, den kulturen vi tilhører med mer. Dette representerer til sammen vår «forforståelse». Nye opplevelser utvider og endrer vår forståelse eller innsikt, som fører til at vi møter nye situasjoner med en ny forforståelse i tolkninga av det som skjer. Denne prosessen er blitt kalt den hermeneutiske sirkel eller spiral, og illustrerer hvordan vi stadig er i utvikling og reviderer vårt syn på oss selv og verden rundt oss (Kvale & Brinkmann, 2015, s 237; Thurén, 2009, s. 70). Innenfor kvalitativ forskning som på ulike måter handler om å tolke og forstå et skriftlig(gjort) materiale, har den hermeneutiske sirkel bidratt med en systematikk i tolkningsprosessen når det gjelder forholdet mellom deler av teksten og helheten. Disse står i et gjensidig avhengighetsfold til hverandre og bidrar til å belyse hverandre i en kontinuerlig fram- og tilbakeprosess (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 237).

Fenomenologien nevnes ofte i den kvalitative metodelitteraturen, og ofte sammen med hermeneutikken, i form av f eks en «hermeneutisk-fenomenologisk forståelse» (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011; Starks & Brown Trinidad, 2007). Det fenomenologiske perspektivet i kvalitativ forskning i dag representerer et fokus på å beskrive menneskets opplevelse av sin livsverden så presist og fullstendig som mulig, slik vedkommende konkret og umiddelbart erfarer den gjennom sansene sine (Dalland, 2012, s. 57; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 45). Man prøver å forstå sosiale fenomener ut fra ståstedet til de som deltar i undersøkelsen og beskrive verden slik de opplever den.

I denne sammenhengen er det også naturlig å trekke inn sosialkonstruktivismens bidrag til kvalitativ forskning. Sosialkonstruktivismen utfordrer vår oppfatning av virkeligheten ved å peke på hvordan språk og begreper er med på å konstruere vår opplevelse av den (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 75; Thurén 2009, s. 157). I ytterste konsekvens innebærer det at det ikke finnes noen objektiv felles virkelighet, bare våre forestillinger om den, skapt eller konstruert av hvordan vi benevner den. Det kvalitative intervjuet forstås i en postmoderne kontekst som et sted der man sammen produserer kunnskap, og man legger særlig vekt på de språklige og relasjonelle aspektene ved intervjuet.

3.2 Kvalitative metoder

Kvalitative metoder har fokus på å utforske og produsere kunnskap om hvordan mennesker opplever og forstår verden og sin egen situasjon (Dalland, 2012). Denne kunnskapen kan utvikles ved hjelp av ulike metoder: Samtaler med mennesker, både individuelle- og fokusgruppeintervju, analyse av enkelthistorier (narrativer), analyse av muntlige og skriftlige diskurser innenfor et tema eller fagområde, observasjon med ulik grad av involvering/deltakelse, og aksjonsforskning som har som uttrykt mål å skape endring gjennom forskning og ny kunnskap som implementeres og omsettes i handling (Malterud, 2011). De kvalitative metodene varierer når det gjelder tilknytning til spesifikke epistemologiske og teoretiske rammeverk (Starks & Brown Trinidad, 2007). Fellestrekkene er imidlertid flere: Alle legger vekt på å gjøre seg grundig kjent med datamaterialet ved å lese teksten gjentatte ganger med ei åpen og nysgjerrig holdning og la den tale til deg. På ulike måter leter man etter mønster og sammenhenger i dybden eller bredden av materialet. De fleste nevner også prinsippet om dekontekstualisering og rekontekstualisering, som henviser til at man plukker teksten fra hverandre for å se nøyere på enkelte biter, for så å sette den inn sammenhengen igjen, slik at helheten kan bidra til å tolke og forstå meninga med tekstbiten, jamfør den hermeneutiske spiral. (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011; Starks & Brown Trinidad, 2007).

Som et ledd i det å undersøke teksten, blir den på forskjellige måter gjenstand for systematisk koding og kategorisering. Denne kodinga kan være deduktiv, det vil si teoristyrt, eller induktiv det vil si datastyrt. Deduktiv koding innebærer at man går til teksten for å undersøke gyldigheten eller relevansen av en allerede etablert teori eller forståelse. Induktiv koding innebærer at man går til teksten med det for øye å identifisere mønstre og sammenhenger som kan danne grunnlag for å utvikle teori og begreper (Braun & Clarke, 2006, s. 83; Kvale & Brinkmann 2015, s. 224; Malterud 2011, s. 175-176).

Ulike forfattere operer med litt forskjellig faseinndeling eller trinn i analyseprosessen, men har det til felles at prosessen beskrives som dynamisk, ikke lineær; man kan gå fram og tilbake mellom de ulike fasene og bruke ny innsikt og forståelse til å revidere for eksempel tidligere koding og kategorisering (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011; Starks & Brown Trinidad, 2007).

Forskerens rolle beskrives som aktivt deltakende og utvelgende. Objektivitet er ikke noe mål. Spørsmålet er ikke om, men hvordan, forskeren påvirker forskningsprosessen. Forskeren utreder og anerkjenner egen posisjon og egne beslutninger i forskningsprosessen og er åpen om dem. Refleksivitet rundt egen rolle er viktig på alle trinn i prosessen, og jevnlig notater underveis eller en prosjektlogg er nyttige verktøy i denne bevisstgjøringa (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011; Starks & Brown Trinidad, 2007).

Flere forfattere som beskjeftiger seg med kvalitativ forskning beskriver utfordringer med hensyn til å oppnå vitenskapelig anerkjennelse for gyldigheten av den kunnskapen de produserer. En måte å møte denne kritikken på har vært å utvikle metoder som sikrer grundighet og systematikk gjennom alle trinn i forskningsprosessen, og tydelighet og åpenhet om hvordan man på grunnlag av materialet har kommet fram til resultatene (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011).

3.3. Undersøkelsen

3.3.1 Utvalg

I følge Malterud (2011, s. 55) er en av de viktigste forskjellene mellom kvantitative og kvalitative undersøkelser knytta til sammensetning og avgrensning av utvalget, det vil si hvem som rekrutteres til å delta. I og med at målet ofte er å få fram både dybde og bredde i erfaringer, opplevelser og synspunkter på et gitt tema eller fenomen, må utvalgsstrategiene være sikre at vi får et materiale som inneholder slike data, samtidig som de gir oss grunnlag for å vurdere intern og ekstern validitet og relevans. I kvalitativ metode opererer man ikke med representativt utvalg, fordi det ikke er noe mål å overføre kunnskap på populasjonsnivå eller teste hypoteser (Malterud, 2011, s. 55). Man setter heller sammen et strategisk utvalg med tanke på å oppnå et datamateriale som i størst mulig grad kan bidra til å belyse den aktuelle problemstillinga. Ulike forfattere tenker forskjellig om selve utvalgsprosessen. Et prinsipp er å starte ut med en eller to intervjupersoner og inkludere nye helt til man opplever at det ikke kommer fram noe mer nytt, såkalt «metning», et begrep som stammer fra grounded theory (Malterud, 2011, s. 60; Starks & Brown Trinidad, 2007). Malterud problematiserer dette begrepet og mener at det kan skape et inntrykk av at det er mulig å nå et kunnskapsnivå

der man har funnet alt som er verdt å vite om et tema, noe Malterud avviser som utopisk og i strid med det teoretiske grunnlaget for kvalitativ metode, nemlig et sosialkonstruksjonistisk og postmoderne syn på kunnskap som noe delvis og midlertidig som også er påvirket av forskerens eget ståsted (Malterud 2011, s. 60 og 110). Hun mener det er viktigere å spørre om vi har tilstrekkelige data til å belyse problemstillinga enn om vi har fått med oss alt som kan sies om den.

I og med at temaet for undersøkelsen var samarbeidet mellom BUP og barnevern, ble det vurdert som viktig å ha begge parter i samarbeidsrelasjonen representert. For at materialet ikke skulle bli for omfattende, men være håndterlig for bearbeiding og analyse, valgte jeg å intervju tre representanter fra hver tjeneste. I litteraturgjennomgangen i forbindelse med denne oppgaven, ble det tydelig at det er store variasjoner både mellom de kommunale barneverntjenestene og mellom BUPs poliklinikker. Dette gjelder antall ansatte og pasienter/klienter, faglige kvalifikasjoner hos de ansatte, tjenestetilbud, og geografisk avstand mellom BUP og den enkelte kommune. For om mulig å fange opp denne bredden, ble det derfor rekruttert informanter fra BUP i ulike helseforetak og -regioner og fra barneverntjenester i de respektive BUP-enes ansvarsområde. På den måten ville jeg sikre at jeg fikk se på «den samme samarbeidsrelasjonen» fra begge sider. Geografisk spredning bidrar også til å sikre anonymitet, da det gjør det vanskeligere å identifisere deltakerne eller deres arbeidssted ut fra intervjuene. Jeg unngikk imidlertid bevisst å rekruttere informanter fra det området jeg selv er fra og kan være kjent som fagperson.

For å sikre at deltakelse i undersøkelsen var forankra i ledelsen av de ulike tjenestene, og dermed unngå å sette noen av informantene i en lojalitetskonflikt, tok jeg først kontakt med ledelsen ved de ulike BUP-ene via e-post der jeg la ved informasjonsskriv og samtykkeerklæring sammen med forespørselen om deltakelse (vedlegg 1). I informasjonsskrivet formulerte jeg også som utvalgsriterium at den som skulle delta måtte ha hatt minst 5 saker med klienter/pasienter som mottok tjenester fra begge instanser, slik at de hadde et visst erfaringsgrunnlag å uttale seg på.

I og med at jeg var avhengige av positivt svar fra BUP-ene for å kunne ta kontakt med respektive kommunale barneverntjenester, ble rekrutteringsprosessen lengre enn forventa. Hvordan den enkelte institusjon rekrutterte internt, vet jeg lite om, men fikk inntrykk av at det både skjedde i form av direkte henvendelser fra leder med forespørsel til en bestemt ansatt, og at henvendelsen ble behandlet i felles møter der folk kunne melde sin interesse. Jeg fikk i alle fall rekruttert 6 informanter som oppfylte det kriteriet jeg hadde satt opp, og som jeg opplevde var opptatt av og hadde reflektert rundt temaet for oppgaven min fra før. De fikk da også

tilsendt intervjuguiden i forkant av intervjuene (vedlegg 2). I utgangspunktet ønska jeg variasjon i profesjons-/utdanningsbakgrunn, særlig fra BUP som har en tverrfaglig profil. Utvalget mitt bestod til slutt av en sosionom, tre barnevernspedagoger, en psykolog og en sosialpedagog. Med ett unntak hadde alle med 3-årig sosialfaglig utdanning også ulike videreutdanninger, noen var kliniske, de andre var høgskoleutdanninger. Det var en mann i utvalget, resten var kvinner. I gjennomsnitt hadde de ca 19 års variert yrkeserfaring innenfor det aktuelle fagområdet, én hadde arbeidserfaring fra både barneverntjenesten og BUP.

3.3.2 Gjennomføring av intervjuene

Alle intervjuene ble gjennomført i januar 2017 ved at jeg oppsøkte informantene på deres arbeidsplass, bortsett fra ett som på grunn av sykdom ble gjennomført i ettertid per telefon. Jeg hadde bedt deltakerne sette av ca én time til intervjuene, og lengden varierte fra ca 45 min til 1 time og 5 min. Det ble gjort lydopptak av intervjuene som senere ble transkribert til tekst.

I tråd med intervjulitteraturens fokus på å være bevisst sin egen rolle og betydning for hvordan intervjuene utformes og oppleves, prøvde jeg å innta en posisjon av åpen nysgjerrighet og interesse, og bidra til at informantenes egne synspunkter kom til uttrykk, selv om jeg hadde utarbeida en intervjuguide som dekket de temaene jeg ønska å ta opp (Kvale & Brinkmann 2015; Malterud, 2011). Intervjuene forløp forskjellig, noe jeg ser i sammenheng med det unike møtet som oppstår mellom deltakerne og intervjueren, fordi vi som mennesker bærer med oss ulike erfaringer og synspunkter på det temaet vi skulle snakke om. I utgangspunktet var jeg bevisst på både mi egen tilknytning til barneverntjenesten og mine erfaringer fra samarbeid med BUP. Jeg presenterte meg derfor som masterstudent ved NTNU og benytta privat e-postadresse og telefonnummer i kontakten. Bakgrunnen for dette var ryktet for at min relasjon til barneverntjenesten for eksempel kunne gjøre det vanskeligere å uttale seg kritisk til barneverntjenestens fungering i samarbeidet. Halvparten av intervjupersonene spurte meg om arbeidserfaringa mi, og da fortalte jeg at jeg per i dag var ansatt i barneverntjenesten, da jeg vurderer åpenhet og ærlighet som ei forutsetning for å skape tillit i intervjusituasjonen. I de resterende intervjuene var dette ikke noe tema.

Som utgangspunkt for intervjuene hadde jeg Kvale og Brinkmanns (2015, s. 218) beskrivelse av intervjuet som «et intersubjektivt foretakende, hvor to mennesker snakker om emner av felles interesse». Jeg erfarte at det var viktig å finne balansen mellom å være lyttende og aktivt styrende og spørrende. Dersom jeg ble for passiv, virka det som noen av intervjupersonene oppfatta det som manglende interesse og engasjement fra mi side. Jeg prøvde derfor å gi respons på det de formidla og gi dem rom til å snakke fritt om forhold de

var opptatte av, også når det kanskje falt litt utenfor intervjuguiden min. I bakhodet hadde jeg med meg at for stram styring i tråd med intervjuguiden kunne føre til at jeg gikk glipp av erfaringer og synspunkt jeg selv ikke hadde tenkt på. (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud 2011). Det ble også klart for meg underveis hvordan mitt arbeid med dette temaet hadde ført meg inn i tankeganger og problemstillinger som ikke umiddelbart og intuitivt var deltakerne sine. Det var derfor nødvendig å bruke en del tid på å forklare bakgrunnen for spørsmålene mine. Etter hvert innlemma jeg også erfaringer fra de tidligere intervjuene til å utvide og nyansere noen av temaene og spørsmålene i de påfølgende.

3.3.3 Transkripsjon

Flere forfattere vier transkripsjonsprosessen betydelig oppmerksomhet. Den representerer en unik mulighet til å bli kjent med datamaterialet og få det under huden når man lytter og skriver seg gjennom samtaleord for ord (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015). Ifølge Malterud er målet med transkripsjonen at den skal fange opp samtalen i en form som i størst mulig grad representerer det intervjupersonen vil meddele (Malterud 2011, s. 76). Derfor er det viktig å være oppmerksom på at transkripsjonsprosessen kan føre til tap av mening, da veien fra den opprinnelige samtalen til det skrevne ord alltid representerer en rekonstruksjon av virkeligheten, nemlig den opplevde samtalsituasjonen. Transkribering representerer et filtrerings- og tolkningsledd, og det transkriberte intervjuet gir dermed et mer avgrensa bilde av det vi skal studere og analysere videre (Malterud 2011, s. 75 og 78). Dersom forskeren selv transkriberer intervjuene, oppnår man både at det blir enklere å gjengi den opprinnelige samtalsituasjonen og at man blir godt kjent med materialet med tanke på videre analyse (Braun & Clarke, 2006; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011)

Transkripsjonsprosessen av datamaterialet mitt ble tidkrevende for en uerfaren forsker, men det å høre intervjuene på nytt ble også en verdifull gjenopplevelse av de samtaleordene jeg hadde hatt med intervjupersonene. Jeg erfarte konkret nytten av selv å transkribere, da det ga mulighet for å fange opp tonefall, betoning av enkelte ord, volum på stemmen og grad av flyt eller pauser i samtalen, noe som også har stor betydning for hvordan man oppfatter og forstår det som faktisk blir uttrykt verbalt.

I det skriftlige rådatamaterialet ble samtalen mellom intervjuer og intervjuperson gjengitt så ordrett som mulig, også med ufullstendige setninger og ord, bruk av småord som «da», «vel», «jo» og lignende. Språket ble imidlertid normert fra dialekt til skriftspråk, også med tanke på å ivareta anonymiteten til intervjupersonene. I den videre analyseprosessen og presentasjonen av funnene i undersøkelsen valgte jeg imidlertid å bearbeide uttalelser og

sitater til en mer skriftlig form, for eksempel redigere bort gjentakelser av ord, eller setninger som ble påbegynt uten å bli fullført. Denne praksisen støttes av både Malterud (2011, s. 76) og Kvale og Brinkmann (2015, s. 308), som understreker at en direkte gjengivelse av muntlig tale kan bidra til at man mister noe av meningsinnholdet i det som ble sagt, da man kan bli forstyrret av det muntlige språkets uformelle struktur med ufullstendige setninger og resonnementer, raske skifter i tematikk, og mindre sammenhengende resonnementer og tankerekker. Etter transkripsjonsprosessen satt jeg tilbake med drøyt 80 sider skriftlig materiale fra de seks intervjuene.

Det hadde uten tvil vært en fordel å kunne foretatt en mer trinnvis intervjuopprosess (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011), der man transkriberte ett og ett intervju og brukte de erfaringene man gjorde i det neste intervjuet, Da kunne man både justert/utvide intervjuguiden, og sett nærmere på sin egen rolle som intervjuer for å lære mer om hvordan man kan utvikle seg som samtalepartner i en forskningssammenheng.

På grunn av at de fleste intervjuene ble gjennomført over kort periode og mens jeg var på reise, var det ikke rom for dette. Likevel tok jeg som nevnt med meg noen av de erfaringene jeg gjorde, både bevisst og ubevisst, og noterte ned noen umiddelbare inntrykk og refleksjoner etter intervjuene, som jeg brukte i de påfølgende. En mer strukturert og systematisk gjennomgang ble det imidlertid ikke tid til før etter at jeg var ferdig med de fem første intervjuene. Flere forfattere framhever også verdien av å være i dialog med intervjupersonene om intervjuene i etterkant; sende dem tilbake for gjennomlesning og kommentarer, eventuelt intervju dem om intervjuene etter at de første transkripsjonene er gjort. Da gjør man i større grad transkripsjonen til en prosess der man på en annen måte kan sjekke ut og justere sin egen forståelse og tolkning av det som ble sagt i det opprinnelige intervjuet (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). En slik prosess krever mer av både intervjupersonene og forskeren. Ut fra de rammene jeg hadde for oppgaven, valgte jeg derfor å la det være.

3.4 Analyseprosessen

Analyse av kvalitative data gjøres som nevnt på ulike måter, og det er utvikla forskjellige metodiske tilnærminger til selve analyseprosessen (Braun & Clarke 2007; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Et viktig felles prinsipp er imidlertid at analysemetoden, verktøyet man bruker, skal sikre både systematikk og pålitelighet i analysearbeidet, slik at veien fra rådata til funn skal være tydelig og kunne følges av leseren. Malterud har utvikla sin egen analysemetode, systematisk tekstkondensering, som er basert på grounded theory og

Giorgis fenomenologiske analyse (Malterud 2011, s. 96). Denne metoden egner seg ifølge Malterud særlig til tverrgående analyser der man sammenfatter informasjon fra flere intervjupersoner. Systematisk tekstkondensering framheves også som en metode som på grunn av sine nøyaktige og detaljerte beskrivelser av de ulike trinn i analyseprosessen, er godt egna for den uerfarne forsker (Malterud, 2012). Dette bidro til at den ble valgt for analyse av mitt materiale, selv om jeg også har brukt andre forfattere i dette arbeidet, da særlig Kvale og Brinkmann (2015).

3.4.1 Reduksjonsanalyse

Som nevnt ga de seks intervjuene over 80 sider rådata, en mengde som framstod som relativt uhåndterlig innenfor rammene av en masteroppgave. Første trinn i analyseprosessen ble derfor den analytiske reduksjonen av materialet (Malterud, 2011, s. 93). Utfordringa var hvilke kriterier som skulle legges til grunn for utvelgelsen, særlig fordi jeg var opptatt av å ikke utelukke materiale som representerte noe nytt og uventa som ikke nødvendigvis passa inn i det jeg hadde tenkt på forhånd. Jeg valgte derfor å ta utgangspunkt i problemstillinga for oppgaven og de forskningsspørsmålene jeg hadde formulert, for deretter å lese gjennom materialet flere ganger med tanke på å velge ut de delene som kunne besvare forskningsspørsmålene mine. Det bidro til en reduksjon til godt og vel halvparten av råmaterialet, ca 45 sider, men det viste seg likevel å være mye å behandle innenfor rammene av denne oppgaven.

3.4.2 Identifisering av tema

Neste trinn i analyseprosessen var å lete etter tema som går igjen (Braun & Clarke 2006; Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud 2011): Hva handler dette om? Hva er det intervjupersonene er opptatte av? Med disse spørsmålene i bakhodet leste jeg gjennom teksten flere ganger og noterte tema som kom opp. På dette trinnet i prosessen identifiserte jeg åtte ulike tema av større og mindre omfang. I bakhodet lå Malteruds ord om at analysen er en dynamisk prosess der en hele tida kan justere tema, slå sammen kategorier og flytte på tekstbiter. De åtte temaene jeg kom fram til var:

- | | |
|---|----------------------------------|
| 1: Forutsetninger for/erfaring med samarbeid. | 2: Samarbeidsformer/møtepunkter. |
| 3: Barnevernsbarn i BUP. | 4: Faglig/teoretisk forståelse. |
| 5: Diagnoser. | 6: Behandlingstilbud. |
| 7: Prosesser rundt henvisninger og meldinger. | 8: Fokus på barna. |

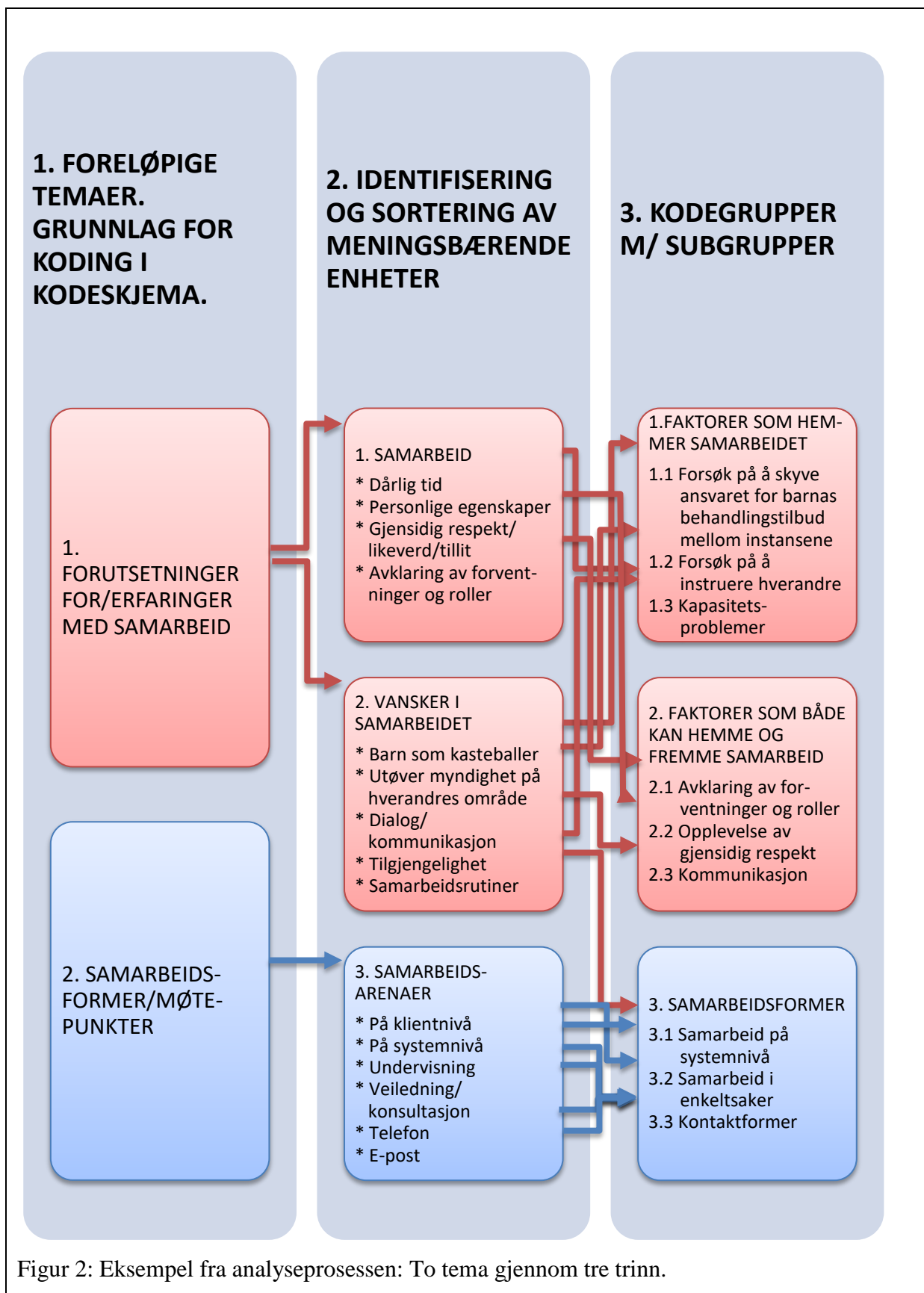
3.4.3 Koding i meningsbærende enheter

Neste trinn i Malteruds analyseprosess er å kode datamaterialet opp mot temaene, det vil si ta de ulike tekstbitene ut av sin opprinnelige sammenheng og sette sammen all tekst som handler om det samme tema fra de ulike intervjuene. Kvale og Brinkmann (2015) sier at koding er den vanligste formen for dataanalyse i dag og at den bidrar til systematisering og oversikt i tekstmaterialet for videre bearbeiding. Det varierer hvor stort tekstmateriale som tas med i hver kode, fra enkeltord til hele tekstavsnitt (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Begrepet «minste meningsbærende enhet» er ofte brukt som betegnelse på disse tekstbitene. Kritikken mot kodinga har vært at den kan føre til oppstyking, fragmentering og dermed tap av mening og sammenheng, som man egentlig er ute etter å finne. Dette prøver man imidlertid å motvirke gjennom rekontekstualisering på senere analysetrinn.

Under kodinga ble det reduserte tekstmaterialet mitt gjennomlest grundig flere ganger mens både enkeltord og hele setninger fortløpende ble koda ved hjelp av «merkelapper» i marginen. All koding og øvrig analyse ble manuelt gjennomført. For å kunne koble utsagnene til de ulike intervjupersonene og bevare tilknytninga til det opprinnelige tekstmaterialet, ble det brukt fargekoder og linjenummer fra det transkriberte intervjuet. Tekst fra intervjuperson 1 var rød, fra intervjuperson 2 blå, fra intervjuperson 3 oransje og så videre. Enkelte kodegrupper ble svært omfattende, andre mindre, og det ble tydelig at enkelte kodegrupper måtte revideres.

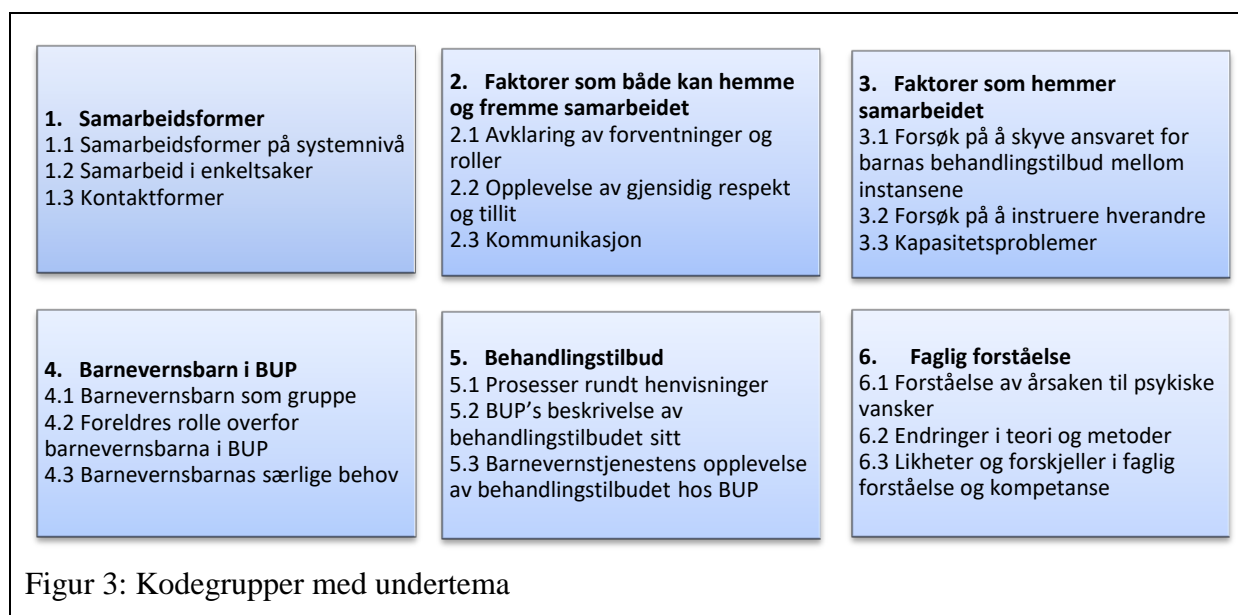
3.4.4 Sortering i kodegrupper og subgrupper

I Malteruds systematiske tekstkondensering er de ulike kodegruppene, basert på de temaene man kom fram til på det første trinnet i analysen, utgangspunktet for det neste trinnet. Der ser vi nærmere på innholdet i hver kodegruppe og sorterer dette innholdet ytterligere i undertema. Dette var en krevende steg i prosessen der jeg måtte revidere temaene og lage nye kodegrupper. Kodegruppe 1: «Forutsetninger for /erfaringer med samarbeid» inneholdt mye materiale, og det ble nødvendig å dele den i to: «Erfaringer med samarbeid» og «Vansker i samarbeidet». Kodegruppe 5: «Diagnoser» og 7: «Prosesser rundt henvisninger og meldinger» ble tatt inn i kodegruppe 6: «Behandlingstilbud». Kodegruppe 8: «Fokus på barna» ble tatt inn i kodegruppe 3: «Barnevernsbarn i BUP», jamfør eksempel i figur 2.



Figur 2: Eksempel fra analyseprosessen: To tema gjennom tre trinn.

Disse seks nye kodegruppene ble så lest med tanke på å identifisere undertema. Jeg la vekt på å formulere overskrifter (merkelapper) som ga et så presist bilde av innholdet i hvert tema som mulig, jamfør figur 3.



Figur 3: Kodegrupper med undertema

Det som var vanskeligst i denne prosessen var å plukke ut enkeltord og setninger uten å miste sammenhengen. I flere tilfeller inneholdt samme setning ulike meningsbærende enheter, noe som bidro til at noen ble koda under flere kategorier. Dette er i tråd med metodeteoriens beskrivelse av analyseprosessen som fleksibel og dynamisk, der man hele tida prøver seg fram for å finne ut hvor den enkelte tekstbit passer best inn (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011).

3.4.5 Kondensering av kodegruppene

Som et ledd i den videre bearbeiding av materialet beskriver Malterud (2011) hvordan man med utgangspunkt i de meningsbærende enhetene lager et kondensat fra hver av subgruppene. Kondensatet skal være et kunstig sitat, skrevet i jeg-form, der forskeren tar intervjupersonenes perspektiv og med utgangspunkt i tekstbitene utvikler et felles uttrykk for det hver enkelt har bidratt med. Kondensatet skal inneholde essensen av det som er kommet fram i subgruppa og holde seg tett opp mot intervjupersonenes egne begreper og uttrykksmåter. Til hvert kondensat skal det også knyttes et direkte sitat fra subgruppa som er representativt for det som er kommet fram. Kondensatet er ifølge Malterud et viktig steg på veien mot å presentere resultatene i undersøkelsen, der vi beveger oss litt bort fra den konkrete teksten i retning av den mer generaliserte og analytiske teksten der man presenterer funnene.

På dette stadiet i analyseprosessen ble det tydelig at det å ha representanter fra to ulike instanser og fra hver sin side i en samarbeidsrelasjon bød på visse utfordringer. Det var vanskelig å finne et samlende uttrykk for til dels motstridende opplevelser og oppfatninger under enkelte av subgruppene, der det var tydelige forskjeller knytta til den enkeltes tilhørighet til BUP eller barneverntjenesten. Under andre tema var det ikke noe slikt skille. Jeg valgte likevel å gjennomføre kondenseringa i tråd med Malteruds anvisning og bruke uttrykk som: «Som ansatt i BUP opplever jeg...» eller «Mi erfaring som barnevernsarbeider er...» for å få fram at dette var synspunkter som ikke var representative for begge grupper, vel vitende om at det da ikke ble det samlende uttrykket som Malterud forutsetter.

3.4.6 Presentasjon i form av analytisk tekst

Kondensatene danner grunnlag for den analytiske teksten der funnene blir presentert, men før man kommer dit, gjenstår et viktig trinn i analyseprosessen: rekontekstualisering. Dette er en systematisk gjennomgang av kondensatene der man nøye vurderer dem opp mot den sammenhengen de opprinnelig var henta ut av for å forsikre seg om at de virkelig fanger opp og er representative for intervjupersonenes opplevelser og meninger. Hvis man opplever at man har mista noe underveis, er det fortsatt mulig å justere og endre konklusjonene (Braun & Clarke 2006; Kvale & Brinkmann 2015; Malterud, 2011). I følge Malterud er det en styrke at både kodegrupper, subgrupper og kondensater endres underveis som en konsekvens av det vi oppdager og lærer gjennom analyseprosessen (Malterud, 2011, s. 110). I presentasjonen lager man en analytisk tekst til hver kodegruppe ved hjelp av kondensatene og sitatene man har valgt, og subgruppene danner grunnlag for avsnitt i teksten. Det er også i denne fasen man vurderer materialet med tanke på utvikling av eventuelle nye begreper eller teorier, og vurderer sine egne funn opp mot foreliggende forskning og teori. I arbeidet med presentasjonen av resultatene fra undersøkelsen min, møtte jeg igjen noen av de utfordringene som jeg hadde i arbeidet med kondensatene, jamfør 3.4.5. Det var vanskelig å få med de mange og til dels sprikende samarbeidserfaringene fra representantene for de to tjenestene på en oversiktlig måte. For å endre dette måtte jeg gått flere steg tilbake i analyseprosessen og organisert dataene på en annen måte, alternativt redusert rådataene mer i utgangspunktet.

3.5 Metodediskusjon

Som tidligere nevnt er flere forfattere opptatt av at man også innenfor kvalitativ forskning må kunne stille krav til forskningsmetodikken og resultatene ved å drøfte dem opp mot begrep som refleksivitet, intern og ekstern validitet, reliabilitet og relevans eller generaliserbarhet

(Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). I det følgende vil jeg derfor vurdere undersøkelsen min i lys av disse begrepene.

3.5.1 Refleksivitet

Refleksivitet er som tidligere nevnt et sentralt begrep innenfor kvalitativ metode og refererer til forskerens bevissthet og åpenhet om egne forutsetninger og tolkningsramme og den innflytelsen dette har i forskningsprosessen. Dette forutsetter for det første at forskeren hele tida har ei aktiv og selvkritisk holdning når det gjelder å identifisere og utfordre egne forutinntatte synspunkter i stedet for å lete etter det som bekrefter dem (Malterud, 2011, s. 18-19). For det andre forutsetter det at forskeren deler sin forforståelse og sine hypoteser med leseren og også gir han i innsikt i de betingelsene kunnskapen er utvikla under.

For meg var det viktig i forkant av undersøkelsen å skriftliggjøre for meg selv hvilke forestillinger og hypoteser jeg -på bakgrunn av egne erfaringer som barnevernansatt og det jeg på forhånd hadde lest av litteratur- hadde danna meg. Jeg hadde blant annet venta å finne større grad av motsetninger og samarbeidsproblemer mellom BUP og barneverntjenesten enn det intervjupersonene formidla. Videre hadde jeg forventet at samarbeidsrutiner og -avtaler mellom instansene etter hvert var kommet mer på plass enn det viste seg at intervjupersonene var kjent med. Jeg har prøvd å bevare ei åpen og nysgjerrig holdning til materialet og har latt meg overraske, noe som forhåpentligvis er et tegn på at jeg ikke bare har søkt -og funnet- bekreftelse på mine egne oppfatninger.

3.5.2 Validitet

Validitet, eller gyldighet, handler om hvorvidt vi faktisk har undersøkt det vi mente å undersøke. Malterud (2011, s. 22) definerer intern validitet som det den aktuelle metoden og materialet gir anledning til å si noe om, mens ekstern validitet handler om overførbarhet, det vil si i hvilke situasjoner og sammenhenger forskninga kan ha overføringsverdi. Ekstern validitet ligger derfor nært opp til det som Kvale og Brinkman (2015) kaller generaliserbarhet. I følge Malterud kan undersøkelsens gyldighet også vurderes ut fra konsistens i forskningsprosessen, det vil si hvorvidt det er sammenheng mellom problemstilling, litteraturanalyse, forskningsmetode, funn og konklusjon (Malterud, 2011, s 23).

3.5.2.1 Intern validitet

Når det gjelder intern validitet, det vil si « i hvilken grad en metode undersøker det den er ment å undersøke» (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276), reiser det både spørsmål om hvorvidt intervjuguiden og -spørsmålene, tilrettelegginga av intervjusituasjonen og møtet med

intervjueren, har gitt intervjupersonene mulighet til å formidle det de opplever og mener. Det er selvsagt vanskelig å bedømme, og som barnevernsansatt var jeg særlig opptatt av hvorvidt min tilknytning til barnevernet kunne virke inn på intervjupersonenes svar. Både under intervjuet og i transkriberingsprosessen fikk jeg imidlertid et klart inntrykk av at intervjupersonene uttalte seg relativt fritt om det de blir spurt om. Dette baserer jeg blant annet på at de virka trygge nok til å gi uttrykk for ulike følelser og synspunkter. De kunne for eksempel formidle frustrasjon eller oppgitthet over det som ikke fungerte i samarbeidsrelasjonen, men også se kritisk på egen arbeidsplass og sitt eget bidrag til samarbeidet.

Når det gjelder undersøkelsen min, er uten tvil den største svakheten at jeg har vært alene gjennom hele forskningsprosessen; ingen andre har sett rådataene som analysen er basert på, og jeg har selv stått for reduksjonsanalyse, kategorisering, koding i meningsbærende enheter, kondensering, valg av sitater og presentasjon av funnene. I følge metodeforfattere er det en stor fordel at man er flere forskere sammen om nettopp disse trinnene i prosessen, da det bidrar til å sikre en større bredde i forståelsen med hensyn til nyanser og mangfold og motvirke subjektivt begrunna utvelgelse og tolkning (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011). Det ville sikkert også vært en ubetinga fordel å kunne drøfte ulike veivalg underveis med noen som kjente materialet like godt som en selv. Den eneste måten jeg har kunnet bøte på dette på, er ved «å strebe etter objektivitet om subjektiviteten» som Kvale og Brinkmann (2015, s. 273) uttrykker det.

3.5.2.2 Ekstern validitet

Ekstern validitet, eller generaliserbarhet som er det begrepet som Kvale og Brinkmann bruker, dreier seg om hvilken gyldighet undersøkelsesresultatene har ut over den sammenhengen de er innhentet i. Selv om undersøkelsen min er begrensa til seks intervjupersoner og bare tre samarbeidsrelasjoner, beskriver de uavhengig av hverandre mange av de samme erfaringene og opplevelsene. De representerer også forskjellige helseforetak og -regioner i landet. Dette kan indikere at det de forteller er generelt beskrivende for samarbeidsrelasjonen mellom BUP og barneverntjenesten og for situasjonen til barnevernsbarn i BUP i landet for øvrig, noe det etter mitt skjønn i alle fall være viktig å finne mer ut om.

3.5.3 Reliabilitet

Reliabilitet, eller pålitelighet, handler som tidligere nevnt om forskningsresultatenes troverdighet, det vil si at de målinger man har gjort er korrekt utført og at undersøkelsen kan gjentas av andre forskere og gi de samme resultatene (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276;

Thurén, 2009, s. 32). I kvalitative undersøkelser erkjenner man i utgangspunktet at forskeren alltid vil være med å påvirke resultatene, og at det derfor er viktig så langt det er mulig å være bevisst og åpen om hvordan.

Kvale og Brinkmann drøfter intersubjektivitet på ulike trinn i den kvalitative forskningsprosessen og at en kan øke reliabiliteten og motvirke en vilkårlig subjektivitet fra forskerens side ved at flere forskere transkriberer, koder og tolker materialet uavhengig av hverandre og kommer fram til samme resultat. I kvalitativ forskning vil det imidlertid være viktig at ikke økt fokus på reliabilitet i betydninga enighet og entydighet, går på bekostning av kreativitet og variasjon i tenkning og tilnærming (Kvale & Brinkmann, 2015, s. 276).

I og med at jeg som nevnt har vært alene gjennom hele forskningsprosessen, er reliabiliteten forsøkt ivaretatt gjennom en så detaljert gjennomgang av de ulike trinn i analyseprosessen som rammene for denne oppgaven tillater. Selv om reliabilitet i tradisjonell forstand ikke er et mål i kvalitativ forskning, ut fra erkjennelsen om at en slik undersøkelse aldri kan repliseres og gi samme resultat, er åpenhet rundt alle steg på veien fra rådata til resultat, presentert slik ovenfor at det skal være mulig for leseren å vurdere hvorvidt og hvordan jeg har fulgt prosedyrene for kvalitativ forskning (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011).

3.5.4 Relevans

Relevans handler om hvorvidt forskinga bidrar til ny kunnskap eller forståelse av et fenomen og kan brukes til noe (Malterud, 2011, s. 21-22). For å kunne vurdere en undersøkelses relevans i forkant må forskeren kjenne fag- og forskningslitteraturen på det aktuelle området, slik at hun kan skaffe seg oversikt over det som allerede finnes av kunnskap og hva nytt ens egen undersøkelse kan bidra med, men det endelige svaret på spørsmålet om en studies relevans vil man først få når den er ferdig og man ser om den blir brukt til noe nyttig.

Når det gjelder denne studiens relevans, vil den bli drøfta nærmere i kapittel 5. Her vil jeg bare trekke fram at de problemstillingene jeg har prøvd å belyse gjennom denne undersøkelsen, ser ut til å være sentrale både ut fra litteraturen jeg har gjennomgått og det intervjupersonene forteller om sitt daglige arbeid og samarbeid rundt barnevernsbarn i BUP.

3.6 Etiske vurderinger

Når det gjaldt ivaretagelsen av anonymiteten til deltakerne i intervjuundersøkelsen, ble datainnsamling og oppbevaring vurdert av Norsk senter for forskningsdata (NSD), som godkjente undersøkelsen før oppstart (vedlegg 3). Det ble gjort lydopptak av intervjuene som deretter ble kopiert over og lagra på en ekstern harddisk. Intervjuene ble så transkribert, og

alle navn og identifiserende opplysninger ble sletta/anonymisert. Ingen andre enn forskeren har hatt tilgang til datamaterialet under arbeidet med undersøkelsen.

Alle deltakerne fikk på forhånd tilsendt samtykkeskjema med opplysninger om studien, at det var frivillig å delta og at de uten nærmere grunnivelse kunne trekke seg når som helst. Dette ble gjennomgått ved oppstart av intervjuene og underskrevet, bortsett fra det intervjuet som ble gjennomført per telefon der samtykkeskjema ble returnert per e-post. Ivaretagelsen av deltakernes rett til anonymitet og beskyttelse vurderes derfor å være godt ivaretatt (Dalland 2012, s. 104-105; Kvale & Brinkmann, 2015, s. 300; Malterud, 2011, s. 204).

De er alle blitt tilbudt et eksemplar av oppgaven når den foreligger, og det sa flere seg interessert i. Gjennomgående ga de også uttrykk for at de syntes de hadde hatt utbytte av å delta i samtalen, da de opplevde at de selv hadde tenkt gjennom sider av sitt eget arbeid og av samarbeidsrelasjonen BUP-barneverntjeneste som de tidligere ikke hadde vært så bevisst, og at det kunne danne grunnlag for å prøve å starte noen endringsprosesser.

Gjennom arbeidet med denne undersøkelsen har jeg selv imidlertid blitt opptatt av ei gruppe som bare indirekte er involvert i undersøkelsen, nemlig barnevernsbarna, og for den saks skyld også familiene deres. Det kjennes ubehagelig å presentere alle de negative faktorene som karakteriserer dem som gruppe, da det uvegerlig kan føre til økt stigmatisering og at det enkelte barn forsvinner inn i en gruppekategori. Samtidig vurderer jeg det som viktig for oss som samfunn at vi systematiserer den kunnskapen vi har om barnevernsbarna, med tanke på å bedre kunne se sammenhenger og mønstre i deres situasjon for å kunne sette inn effektive tiltak for å forebygge og motvirke de negative tendensene vi ser.

4. Presentasjon av funnene i undersøkelsen

Intervjuene ga et omfattende råmateriale, og det har vært utfordrende å gjøre utvelgelser, selv om forskningsspørsmålene bidro til ei naturlig begrensning. Det er imidlertid mye som det ikke har vært rom for å ta med. Etter prosessene med tekstreduksjon og analyse ble materialet organisert i fire hovedtema: 1: Barnevernsbarn i BUP 2: Beskrivelser av og erfaringer med behandlingstilbudet i BUP 3: Faglig ståsted og forståelse i BUP og barneverntjenesten og 4: Ulike sider ved samarbeidet mellom BUP og barneverntjenesten. Det siste temaet var det mest sentrale i intervjuene og er også blitt det innholdsmessig mest omfattende med flest underpunkter.

Som nevnt i metodekapitlet var det med utgangspunkt i to ulike instanser, barneverntjenesten og BUP, vanskelig å lage ei felles sammenfatning av deres erfaringer og synspunkter på de ulike temaene for undersøkelsen. Av og til gikk skillet mellom instansene, men av og til kunne skillelinjene like gjerne gå gjennom gruppa av barnevernsansatte eller BUP-ansatte, og av og til hadde de felles oppfatninger på tvers av den arbeidsplassen de tilhørte. Dette har jeg forøkt å ivareta gjennom å være tydelig på hvem som formidler hva. Når dette ikke er spesifisert, betyr det at opplevelsene og utsagnene ikke er knytta til den ene eller den andre gruppa av intervjupersoner, men deles av flere, uavhengig av arbeidssted.

4.1. Barnevernsbarn i BUP

4.1.1 «Barn kan ikke gå gjennom livet sitt med et stempel»

Flere av intervjupersonene problematiserer bruken av begrepet barnevernsbarn. De formidler at en slik betegnelse representerer en forståelse av at barnevernsbarn er ei ensarta gruppe, mens intervjupersonene opplever dem som så forskjellige at de synes ei slik kategorisering blir vanskelig. I tillegg er de opptatt av at et slikt begrep virker stigmatiserende og dermed kan føre til at barnevernsbarn blir møtt med negative holdninger og forventninger i miljøet rundt dem og av samfunnet generelt. De er redd at betegnelsen barnevernsbarn vil stemple dem for resten av livet. Som en intervjuperson uttrykker det:

Barnevernsbarn er et ord jeg ikke er så veldig glad i. Barnevernet er dessverre på mange måter et stigmatiserende uttrykk i samfunnet, og mange kan også ha ei nedlatende holdning til barnevernsbarn, noe man kan merke ute i skolene og ellers mellom barna selv.

Flere holder fram at barnevernsbarn både er forskjellige som individer og har forskjellige vansker og utfordringer. Samtidig kommer det fram at de tenker at barnevernsbarn ofte har en mer kompleks problematikk og en vanskeligere hjemmesituasjon enn andre BUP-pasienter. En av de BUP-ansatte synes å se likheter mellom barnevernsbarna og de andre barna som har en så vidt omfattende problematikk at det er nødvendig med innleggelse i BUP: «Jeg ser ikke så stor forskjell på dem [barnevernsbarna] og andre innlagte barn, for der handler det også noe om dynamikk i familien og hjemmesituasjonen».

En av de barnevernsansatte trekker fram at hun er redd for at det å være barnevernsbarn kan føre til at man blir møtt på en annen måte av BUP og at man ikke får det samme tilbudet som andre barn, fordi både BUP og andre hjelpeinstanser har forestillinger om at barnverntjenesten selv har omfattende fullmakter og ivaretar barnevernsbarnas behov på ulike områder. På den måten vil det å være barnevernsbarn gjøre det vanskeligere å få hjelp i psykiatrien:

Det som kanskje er det skumle er at det blir lagt veldig mange føringer ved at vi sier at de er barnevernsbarn, slik at det at barnevernet er inne i bildet i seg selv kan være et hinder for at barna får hjelp.

4.1.2 Barnevernsbarna - «maksimalt sårbar»

Samtidig som intervjupersonene vurderer at det er store forskjeller mellom barnevernsbarna, formidler de også at de som gruppe har noen særlige utfordringer og behov. De ser generelt på barnevernsbarna som utsatte og sårbare. Flere trekker fram kompleksiteten i problemene og dermed også viktigheten av å utvide blikket og se helheten i situasjonen deres. En barnevernsansatt sier blant annet: «De har ofte behov for en enda mer skreddersydd tilnærming enn det andre barn har, for de har gjerne med seg så mange ulike ting som bør bli tatt med i betraktning».

En BUP-ansatt formidler at de har bekymring rundt omsorgssituasjonen til flere av barnevernsbarna som går på BUP, og problematiserer at barnevernsbarn som har vært utsatt for omsorgssvikt kan ha tilknytningsskader, noe som kan gi symptomer som lett kan forveksles med andre diagnoser, f eks ADHD, slik som generell uro, konsentrasjonsvansker og vansker med sosial fungering; de strever i relasjoner og med å etablere vennskap. Den BUP-ansatte formidler at de også er oppmerksomme på muligheten for at barnevernsbarn som har vært utsatt for alvorlig omsorgssvikt, kan være traumatiserte. Familieanamnesen er derfor ekstra viktig når det gjelder å kartlegge bakgrunnen til barnevernsbarna.

Flere holder også fram at mange diagnoser krever tett oppfølging og forutsetter at foreldrene er i stand til å tilpasse omsorgsutøvelsen til barnas særlige behov. Dette kan være utfordrende for foreldre som kanskje har marginale omsorgsferdigheter i utgangspunktet, og rammer derfor barna ekstra hardt:

Det er jo ei gruppe som er enormt utsatt, for hvis du har en diagnose (...) og du også har foreldre som fungerer dårlig, da er du maksimalt sårbar. Derfor burde egentlig disse barna, mer enn noen andre, få skikkelig målrettet hjelp, for de er virkelig veldig utsatte barn.

En annen BUP-ansatt er opptatt av hvordan behandling i verste fall kan dekke over omsorgssvikt eller en vanskelig hjemmesituasjon, dersom man f.eks. behandler en angstproblematikk som en sykkelig tilstand hos barnet, og terapien går ut på å lære barnet teknikker for å mestre en angst. Hvis angsten har utspring i faktiske forhold, f.eks. skremmende hendelser som barnet er vitne til i familien, kan terapien gjøre ondt verre ved at den bidrar til å lære barnet å akseptere og håndtere en helt uakseptabel situasjon.

4.1.3 Foreldrenes rolle overfor barnevernsbarn i BUP.

Intervjupersonene har ulike erfaringer med foreldrenes holdning til BUP og deres rolle i behandlingsprosessen. Noen har erfart at foreldre er skeptiske til å henvise barna til BUP og egentlig ikke forstår behovet for eller hensikten med det. Andre forteller at de har opplevd at foreldre som kanskje strever med omsorgen for barna i hverdagen, gjerne vil ha en diagnose på barnet som kan forklare barnets atferd og de utfordringene de opplever. En barnevernsansatt sier det slik: «Jeg synes det er gjentagende, det at foreldre gjerne ønsker en diagnose på barnet, som helst ikke skal ha med dem selv å gjøre».

Flere av intervjupersonene forteller at foreldrene ikke greier å følge opp barnas behandlingstilbud hos BUP, slik det er forventet. De klarer for eksempel ikke å følge dem til avtaler eller sørge for at de kommer seg dit. De kan også ha problemer med å møte på tilbud som er retta mot dem som foreldre i form av kurs og andre psykoedukative tiltak. Manglende oppfølging fra foreldrenes side fører til at barna ikke har de nødvendige rammene rundt seg for å gå til behandling, og at de dermed ikke får det samme utbyttet av behandlingstilbudet som andre barn. Det er mange flere «ikke møtt» i denne pasientgruppa enn blant øvrige pasienter hos BUP; de møter ikke opp eller dropper ut uten å fullføre utrednings- eller behandlingsopplegget. Barnevernsbarna kommer derfor dårligere ut på grunn av foreldrenes manglende forståelse for at de har et behandlingsbehov og engasjement for å benytte det:

«Taperne kan bli de som ikke har de rammene til stede som kanskje kreves for behandling, og som ikke har foreldre som klarer å få dem hit. Jeg tror dessverre at de blir litt tapere».

Både blant BUP- og barnevernsansatte er det derfor noen som tar til orde for at også foreldrene må få hjelp og settes i stand til å følge opp barna sine, slik at de klarer å gjennomføre behandlinga. Hjelpeapparatet må spørre seg selv hva foreldrene trenger for å kunne støtte opp barna sine og være villig til å gi hjelp på flere arenaer enn i den tradisjonelle behandlingssettingen. En barnevernsansatt uttrykker det slik: «Der tenker jeg at BUP må være flinkere når det gjelder å favne de foreldrene som trenger det, som er litt annerledes og litt mer enn det vanlige».

En BUP-ansatt foreslår at man alternativt kan sette inn andre, f eks miljøarbeidere, som kan følge barna til BUP og dermed sikre at de får nødvendig behandling.

4.2. Behandlingstilbud

4.2.1 Veien inn til BUP- henvisninger og terskelvurderinger

I samtale med intervjupersonene kommer det fram at både BUP- og barnevernsansatte er bevisste på det man kan kalle terskelvurderinger; hva som skal til for å komme inn på BUP. De barnevernsansatte formidler at de vurderer nøye hvilke barn de skal henvide til BUP, og én uttrykker at barnet må ha symptomer eller atferd som de ikke helt forstår årsaken til og som de ikke har mulighet for å kartlegge og vurdere selv. En annen sier at BUPs vurdering er viktig for å vite hvordan de selv skal gå fram i det videre arbeidet med barnet og familien i barneverntjenesten. Når barneverntjenesten selv henviser, er de opptatte av at de selv følger saken godt opp og er tilgjengelige for BUP og prioriterer samarbeidet med dem. Alle de barnevernsansatte uttrykker frustrasjon over at saker blir avvist av BUP, og formidler at dette er et område der de både kan være uenige med BUP og ikke skjønne BUPs vurderinger. En av dem sier at avslagene har ført til at barneverntjenestens terskel for å melde saker er blitt høyere. En annen gir et eksempel på at hun ikke har gitt seg, men nå prøver å henvide samme sak for tredje gang:

Jeg har ikke vært borti at jeg har klagd, men jeg har et barn som jeg har henvist to ganger og fått avslag 2 ganger. Første gang var det på en måte en litt ustabil bosituasjon, og BUP ønska at det skulle være mer stabilt før vi henviste. Så da venta vi ett års tid før vi henviste på nytt, for da mistenkte vi noe tilknytningsproblematikk, og ønsket å finne ut av det for å kunne gi bedre hjelp til de fosterforeldrene som skulle

ivareta barnet, men da fikk vi til svar [fra BUP] at det høres ut som dette er tilknytningsrelatert. Det er jeg enig i, samtidig er det noen fosterforeldre her som ikke helt forstår alt det som barnet gjør, og det kunne vært nyttig for oss med den hjelpa. Nå er jeg i kontakt med BUP igjen for å vurdere ei tredje henvisning, for vi har ikke gitt opp. Vi tenker at dette barnet trenger noe ekstra, noe mer enn det barneverntjenesten kan bidra med.

Flere refererer til tidligere konflikt mellom BUP og barneverntjenesten når det gjelder BUPs avvisning av saker med den begrunnelse at barnets omsorgssituasjon må avklares eller være stabil før barnet kan nyttiggjøre seg behandling. Selv om de er kjent med Helsedirektoratets veileder fra 2008 som slår fast at dette ikke kan brukes som begrunnelse, formidler de at dette temaet fortsatt er aktuelt:

Jeg stiller meg jo spørsmål om når samfunnet vårt skal gå inn og bistå de mest utsatte, hvis de ikke skal gi dem hjelp når de er som mest utsatt. Jeg er klar over at man ikke kan gi terapi som nødvendigvis vil fungere, men man kan gi helsehjelp som vil kunne fungere, selv om barn lever i en situasjon som ikke er bra.

De barnevernsansatte er også opptatt av å bli dyktigere til å lage gode henvisninger ut fra tilbakemeldinger de har fått fra BUP, og utvikle «bestillerkompetansen» sin. Dette handler både om å velge ut riktig informasjon, beskrive barnets situasjon og sende med relevant dokumentasjon de har i saken. Samtidig formidler en av dem en viss frustrasjon over BUPs diagnosesystem som medfører at man til en viss grad selv må vite, eller i alle fall ha mistanke om, hvilken barnepsykiatrisk problematikk det kan handle om når man henviser, fordi hun har erfart at BUP bare utreder med tanke på den diagnosen barneverntjenesten faktisk spør om.

Det varierer fra BUP til BUP hvor stor andel av henvisningene som kommer fra barneverntjenesten og hvor stor andel som kommer fra fastlege og andre. Også samarbeidet mellom BUP og henvisende instans varierer mellom de BUP-ene som omfattes av undersøkelsen, men i de tilfeller der barneverntjenesten selv henviser, etableres det raskere og tidligere et samarbeid mellom barneverntjenesten og BUP. Hvis ikke barneverntjenesten har henvist, vil BUP i anamnesesamtalen om barnet spørre om det har kontakt med barneverntjenesten og etablere samarbeid dersom familien samtykker til det.

En BUP-ansatt beskriver at de bruker mye tid på arbeidet med å vurdere henvisninger og i noen tilfeller må be om utfyllende informasjon fra henvisende instans og sjekke ut hva som tidligere har vært gjort i saken. Dersom henvisninga er diffus og det har vært gjort lite i saken, kan BUP returnere den med forslag om at f.eks. PPT i kommunen gjennomfører kartlegging/tester for å avklare hvorvidt saken hører hjemme der eller hos BUP.

4.2.2 BUPs beskrivelse av behandlingstilbudet sitt: «BUP er en psykiatrisk institusjon, en spesialisthelsetjeneste»

Gjennom intervjuene med de BUP-ansatte kom det tydelig fram at de tenker noe forskjellig om hva som er BUPs oppgaver, og at det tilbudet barn og foreldre får vil variere fra BUP til BUP. Samtidig understreker alle BUP-ansatte i denne undersøkelsen at de er en del av spesialisthelsetjenesten og at fokuset deres i første rekke er den barnepsykiatriske utredninga og behandlinga. En av dem poengterer også at tilbudet er frivillig, i motsetning til barneverntjenestens tiltak som kan innebære tvang. Gjennomgående forutsetter de på BUP at det er ei ansvarsdeling mellom dem og barneverntjenesten som går ut på at de forholder seg til barnet, mens barneverntjenesten tar seg av foreldrene:

Vi her på BUP ivaretar den psykiatriske problematikken, og barneverntjenesten avklarer omsorgssituasjonen i hjemmet. Når det gjelder foreldreveiledning f.eks., så har jo vi også foreldreveiledning, men den tar utgangspunkt i det som er barnets problematikk, om det nå er ADHD, depresjon eller angst... Vi driver ikke med hjemmeobservasjon eller næromsorg eller miljøterapi i hjemmet.

BUP avgrensar derfor sitt mandat til å ivareta den barnepsykiatriske diagnostiseringa og behandlinga, og mener at barneverntjenesten skal vurdere barnets situasjon i familien og hjemmet og eventuelt sette inn nødvendige tiltak der. Samtidig ser de ikke på sitt eget tilbud som tilstrekkelig, og ser et klart behov for at barneverntjenesten skal ivareta hjemmesituasjonen. Som en av dem uttrykker det: «Polikliniske samtaler en gang i uka eller annenhver uke er ofte ikke nok om man skal få gjort noe med problematikken».

Alle de BUP-ansatte beskriver å ha et familiefokus og involvere foreldrene i barnas behandling i den grad de anser det som hensiktsmessig. En av dem har erfaring med at BUP tidligere hadde en egen familiepost. Da den ble nedlagt, ble poliklinikkene tilført flere familieterapeuter som de bruker i saker der det er behov for å arbeide mer direkte i familiene. En annen har erfaring fra barnepsykiatrisk avdeling der de har mulighet til å legge inn barn for utredning, noe som gir et mye bredere grunnlag for vurderingene enn det man får gjennom

polikliniske samtaler. De gir alle uttrykk for at de er klar over at tilbudet til barnets foreldre og familie varierer mye fra sted til sted.

En BUP-ansatt sier at hvorvidt og hvordan barnas foreldre involveres i et behandlingsopplegg, varierer med barnets alder. Jo yngre barnet er, jo viktigere vurderer BUP at det er å ha foreldrene med, mens ungdommer som holder på å løsrive seg fra foreldrene og ikke ønsker å involvere dem, langt på vei blir respektert på dette ønsket: «Hvis du har et barn som er i den verste frigjøringsprosessen og ikke ønsker å ha foreldrene med, da må vi respektere det også, hvis det er faglig forsvarlig».

De BUP-ansatte trekker fram at de også har flere kurstilbud som omfatter både barn og foreldre, og noen psykoedukative kurs rettet mot foreldre til barn med ulike diagnoser f eks ADHD. Foreldreveiledningsprogrammet «De utrolige årene» (DUÅ) med Dinosaurusskolen for barn med atferdsvansker, blir framhevet som et veldig viktig, godt og faglig velfundert tilbud.

En av de BUP-ansatte forteller at de har et ambulant team som kan reise ut i hjemmene, men dette begrenser seg til de alvorligste sakene, f eks suicidalvurderinger og alvorlig depresjon der man ikke greier å få barnet/ungdommen til å komme til BUP. Da kan det ambulante teamet dra ut og gjøre vurderingene hjemme hos dem. Kapasiteten til teamet er imidlertid svært begrenset.

Mot slutten av intervjuet formidler en av intervjupersonene at hun ser for seg ei utvikling i retning av at den kommunale 1. linjetjenesten vil få økt ansvar for de lettere psykiske vanskene der foreldrene trenger en del veiledning, mens BUP vil bli enda mer spesialisert og i større grad få ansvar for de alvorlige tilstandene som ADHD, selvskading, alvorlig depresjon, spiseforstyrrelser, alvorlig angst, bipolar lidelse osv. Bakgrunnen for dette er i følge intervjupersonen signaler som kommer ovenfra:

Det blir tydeligere og tydeligere nå fra statlig hold, et skille mellom hva som er spesialisthelsetjenestens ansvar og hva som er de kommunale barne- og familietjenestene sitt ansvar, og da må kanskje barneverntjenesten gå inn i en helhetlig kommunal innsats. Sånn tenker altså vi, og vi tenker nok mer og mer at de alvorlige sakene med utredningsbehov og behandlingsbehov (...) de skal uten tvil være i BUP. Men så er det de lettere psykiske vanskene (...) Det blir mer og mer slik at vi avslår

dem, og så må kommunen ta dem, men da må barneverntjenesten gå inn sammen med resten av det kommunale hjelpeapparatet.

4.2.3 Barneverntjenestens opplevelse av behandlingstilbudet hos BUP

De barnevernsansatte har ulik erfaring med hvilke tilbud BUP kan gi, og bekrefter dermed det de BUP-ansatte har gitt uttrykk for, nemlig at tilbudet varierer fra BUP til BUP.

Gjennomgående bekrefter de også at BUP i første rekke gir samtaletilbud til barn, eventuelt mer spesialisert individuell behandling, for eksempel traumebehandling. Alle har erfaring med at dette tilbudet kan fungere godt for enkelte barn, mens det ikke har noen effekt for andre barn, og at alle ikke klarer å nyttiggjøre seg et samtaletilbud på samme måte. En av dem uttrykker tydelig at barneverntjenesten savner et behandlingstilbud som i større grad inkluderer foreldrene og er retta mot dem.

Når det gjelder barn med som utredes for ADHD og får diagnosen, har hun erfart at barnas behandlingstilbud primært består av medisinerings, og at BUP overlater videre oppfølging til kommunen, som ikke opplever at de har tilstrekkelig kompetanse til å ivareta foreldrenes veiledningsbehov:

Jeg har erfaring med at når det gjelder medisinerings, så er de inne en stund og prøver ut, så det er ikke nødvendigvis slik at de slipper dem for fort, men veiledningsbiten blir overlatt til kommunene, og det kan hende at andre kommuner er bedre rusta til det, men her er det litt skralt.

Den samme intervjupersonen trekker også fram at hun i enkelte saker opplever barneverntjenesten sitter med en annen informasjon og forståelse av familien enn det BUP gjør, og at det blir feil å behandle barnet, når det ikke er der problemet ligger. Hun er opptatt av at man må ha fokus på både barn og foreldre, ikke bare på barnet: «I de familiene der barneverntjenesten er inne, eller burde vært inne, er det noe med at foreldrene må ha hjelp, de også».

En av de andre barnevernsansatte holder i den forbindelse fram at selv om den BUP-en de bruker er opptatt av familien barna vokser opp i, og på å sette inn målrettede tiltak der, så burde de hatt enda større fokus på de voksne i familien og f eks etablere samarbeid med voksenpsykiatrien i enkelte saker.

I intervjuene med de barnevernsansatte er det tydelig at omfanget av og tilgangen til manualbaserte metoder, som DUÅ, PMTO, MST, COS og Marte Meo varierer fra

barneverntjeneste til barneverntjeneste og fra BUP til BUP. Men det gjør også kjennskapen til disse metodene. En beskriver at barneverntjenesten selv har flere metoder tilgjengelige innenfor egen tjeneste og at de da kan drøfte med BUP hvilke behandlingstilbud som er aktuelle og hvem som skal gi dem. Andre kjenner ikke til at den BUP-en de tilhører har et variert tilbud av slike metoder og i tillegg flere psykoedukative kurstilbud for foreldre med utgangspunkt i bestemte diagnoser.

En av de barnevernsansatte er kritisk til BUPs bruk av maler, standardiserte kartleggingsskjema og manualer i utredning og behandling og mener at dette ikke passer for alle, og at noen trenger større grad av fleksibilitet og tilpasning, f.eks. noen av barnevernsfamiliene. Hun mener det er fare for at BUP på denne måten kanskje ikke klarer å nå de mest utsatte barna og familiene. I denne sammenhengen trekker hun spesielt fram ungdomsgruppa og stiller følgende spørsmål:

Hvordan kan BUP svare på kritikken eller tilbakemeldingene om at veldig mange, spesielt ungdommer, opplever at de ikke får hjelp, fordi de sitter og fyller ut mange skjemaer som BUP skal ha, men som ungdommene ikke skjønner noe av.

I denne sammenhengen er hun også opptatt av at BUP må være mer tilgjengelig og utadretta. Hun etterlyser mulighetene for at BUP, for å møte de barna og ungdommene som ikke ønsker å komme til dem, kan forlate kontorene sine og møte dem på andre steder, dersom det kan bidra til at de kommer i posisjon til å gi hjelp.

Flere tar opp at de opplever det vanskelig å få kontakt med og hjelp fra BUP i akutte saker eller krisesituasjoner. En uttrykker at man nesten må ha personlige kontakter i systemet for å nå fram. En annen mener det må være mulig for BUP å gi hjelp til barn og familier i krise, selv om hun forstår at en del rammefaktorer og en viss stabilitet må være til stede for å kunne gå inn i en terapiprosess. Det oppleves som et paradoks at man blir avvist når hjelpebehovet egentlig er størst: «Jeg stiller meg jo spørsmål om når samfunnet skal gå inn og hjelpe de mest utsatte, hvis vi ikke skal gi dem hjelp når de er som mest utsatt».

4.3 Faglig ståsted og forståelse

4.3.1 Om årsakene til psykiske vansker

Samtlige av intervjupersonene har en forståelse av at utvikling av psykisk helse og psykiske vansker har sammenheng med forholdene i hjemmet, med oppvekstbetingelsene og omsorgen barna får fra foreldrene. Flere, både i barneverntjenesten og BUP, uttrykker at psykiske vansker utvikles i et samspill mellom barnets genetiske arv og omsorgsmiljøet. Noen barn er i

utgangspunktet mer robuste enn andre, mens mange av barna i barnevernet er veldig sårbare, og dersom de opplever belastningsfaktorer i omsorgsmiljøet, f eks i form av psykiske lidelser eller rusmisbruk hos foreldrene, vil dette ha ei negativ innvirkning på barnas utvikling og psykiske helse. De barnevernsansatte formidler at de i arbeidshverdagen ser mange eksempler på hvordan mangler i foreldrenes omsorgsevne påvirker barna:

Jeg har veldig klare tanker om at det [barnevernsbarnas psykiske helse] henger sammen med oppvekstmiljø og hva de har med seg. Vi vet jo at der hvor det skorter på omsorgsevnen og foreldrene har vansker i en eller annen form, der påvirker det i veldig stor grad. Så har du noen som tåler det bedre enn andre, men mange av de barna vi har er veldig sårbare, og det er jo en grunn til det, og vi ser sammenhengene. Så for oss er det på en måte hverdagen, det at barn påvirkes av foreldrene.

De BUP-ansatte forteller at BUP skal ha ei biopsykososial tilnærming i forståelsen og behandlinga av psykiske vansker og lidelser, og én sier at de ønsker å legge mer vekt på det sosiale, selv om de er en del av en medisinsk tradisjon. Særlig når de har med barnevernsbarn- og familier å gjøre, har de nok mer fokus på psykososiale faktorer enn ellers.

Både barnevernsansatte og BUP-ansatte berører spørsmål rundt hvordan man kan eller skal forstå ulike symptomer/symptomuttrykk, om de primært skyldes forhold ved barnet selv eller er et uttrykk for eller en reaksjon på omsorgssituasjonen eller forhold i miljøet rundt barnet. En av de BUP-ansatte forklarer hvordan enkelte diagnoser primært handler om arv, slik som oppmerksomhetsvansker/ADHD, Tourette syndrom og lignende, som kan forstås som medfødte, mens andre diagnoser, som ulike former for tilknytningsproblematikk, eksempelvis reaktiv tilknytningsforstyrrelse, har nær sammenheng med omsorgen. Det samme gjelder traumeproblematikk. BUP er oppmerksom på dette og savner en diagnose som kan fange opp utviklingstraumer eller komplekse traumer, noe dagens diagnosesystem ikke gjør. Noe som kompliserer det hele er at symptomene på de diagnosene man er arvelig disponert for, f eks ADHD, og symptomene ved tilknytningsforstyrrelser, kan være til forveksling like.

Både barnevernsansatte og BUP-ansatte refererer til nyere forskning om sammenhengen mellom omsorgsbetingelser og hjernens utvikling, og hvordan følelsesmessig stress som blant annet kan være forårsaka av frykt, over tid vil prege hjernens måte å fungere og arbeide på. En av de BUP-ansatte er imidlertid opptatt av å holde fram at hjernen er

fleksibel og hele livet kan endre seg gjennom å bygge opp nye nevronkoblinger dersom barnet får en ny trygg base i livet å utvikle seg fra.

Vedkommende trekker også fram at symptombildet og problematikken hos barn som kommer til BUP i en krisesituasjon, kan endre seg betydelig når de får stabilisert forholdene rundt barnet, og at det er sjelden hun erfarer at barnevernsbarn som blir innlagt har helt klare symptomdiagnoser. Samtidig har hun erfart at noen barn er så skadet fra tidlig alder at de etter hennes mening vil ha behov for en profesjonell omsorgsbasis under hele oppveksten.

4.3.2 Endringer i teori og metoder over tid – som vinder som blåser over fagfeltet

Flere av intervjupersonene har lang erfaring og formidler at de har sett hvordan ulike forståelser og metoder har endra seg over år. De erkjenner også at både arbeidsplassen og de selv blir påvirket av dette, og at de er opptatte av å holde seg oppdatert faglig og tilegne seg ny kunnskap. En av de barnevernansatte har f.eks. blitt introdusert for COS (Circle of Security), som hennes arbeidsplass har tatt i bruk, men er samtidig opptatt av at dette ikke «svaret på alt»:

Jeg tenker at vi som andre blir prega av det som er i vinden. Vi får det jo med oss, og det er klart at når det er noe som er høyt oppe, som f.eks. COS, så red vi litt på den bølgen, selv om det ikke gjaldt hele kontoret. Men når det gjelder COS, som vi har integrert både i barneverntjenesten, på helsestasjonen og i psykiske helsetjeneste og har litt felles, så er vi veldig bevisst på at det ikke er svaret på alt, i alle saker, selv om det er veldig stort fokus på det akkurat nå.

En av de BUP-ansatte ser tilbake og forteller hvordan det tidligere var veldig stort fokus i BUP på familierapi og en familierapeutisk forståelse av familien. Dette bidro etter hennes mening i større grad til et psykososialt perspektiv. Senere kom den medisinske forståelsen inn og stod veldig sterkt en periode. Så slo den kognitive teorien og terapien inn for fullt, og da skulle alle ha kognitiv terapi, fordi det hadde vist seg å ha så store positive effekter. Ulike forståelsesmodeller har for eksempel ført til at man i perioder ikke har ønska å sette diagnoser på barn med atferdsvansker, fordi man har forstått det som uttrykk for noe annet, mens man i andre perioder har vært raske til å sette «merkelapper» på barna.

Vedkommende avslutter det historiske tilbakeblikket med å si at det nå er traumefokusert kognitiv atferdsterapi (TF-CBT) som gjelder etter at man de siste åra har hatt økt fokus på traumer og på stress og stresshåndtering, og på de konsekvensene dette har for

barnas psykiske utvikling og fungering. Dette inntrykket støttes av en av de andre BUP-ansatte som tidligere har arbeidet i barneverntjenesten og slår fast at begrepet komplekse traumer er relativt nytt innenfor fagfeltet, og ikke noe hun hadde hørt om da hun var ansatt i barneverntjenesten.

Flere nevner også gjennom ulike eksempler at det er blitt strengere krav til bruk av spesifikke metoder: «Vi skal jo ha evidensbaserte metoder, og det skal være ordentlige greier», som en av de BUP-ansatte uttrykker det. Både de som har lang og de som har kortere erfaring, er samstemte om at tidligere teorier og forståelsesmodeller avløses av nye, og at ekspertrådene varierer i ulike perioder.

4.3.3 Likheter og forskjeller i faglig forståelse og kompetanse

Flere av intervjupersonene er kjent med at det kan være store variasjoner innad i både BUP og barneverntjenesten mht hvordan man forstår barnas ulike vansker og hvordan man arbeider med dem. En av de barnevernansatte påpeker at det også kan være til dels store forskjeller på dette området internt i den enkelte tjeneste. Det er ikke nødvendigvis slik at skillelinjene går mellom barnevernet og BUP; den kan godt gå tvers gjennom en barneverntjeneste eller en BUP. En av de andre barnevernansatte formidler på bakgrunn av erfaring at hun tenker at BUP og barneverntjenesten langt på vei har den samme grunnleggende forståelsen av hvordan dårlig omsorg kan føre til psykiske vansker hos barna og at de tilbakemeldingene hun får fra BUP om deres utredning og konklusjon jevnt over gir mening og stemmer med hennes egne vurderinger. En av de BUP-ansatte deler dette synet når det gjelder kunnskap om traumer, men gjør ei viktig presisering: «Den generelle forståelsen av at det kan foreligge traumer, er vel ganske lik. *Vi måtte ha gått litt nærmere inn på hvordan håndtere det, før vi hadde sett noen ulikheter, tror jeg*» (mi utheving).

Begge instanser har imidlertid flere eksempler på at man hverken har felles forståelse av årsaken til vanskene eller av hvilke tiltak eller hvilken behandling det er mest hensiktsmessig å iverksette. Uenighet om hvorvidt barnet først og fremst trenger endringer i omsorgssituasjonen i form av stabilisering, trygge rammer og en eventuell ny omsorgsbasis, eller om det trenger psykiatrisk behandling er tydeligvis fortsatt til stede:

Jeg tror at flere av innleggelsene i forbindelse med prosjektet og en god del av sengepostoppholdene her [på BUP] ender med at vi tenker at her er det barnevernsarbeid først... Det har vært en del frustrasjon før, for barneverntjenesten har sagt at dette skal dere ta, for dette er psykiatri, og så sier vi at her er det faktisk en del

basic ting som må på plass først som ikke vi kan, men som dere må stille opp med.

Men når vi jobber nærmere, så får vi en felles forståelse av det....

En annen BUP-ansatt forteller om uenighet i valg av metode som bunner i ulik forståelse av barnets vansker. Hun har opplevd at barneverntjenesten har igangsatt veiledning basert på atferdsregulering overfor barn med ganske alvorlige traumatiske erfaringer. Når BUP så har protestert på det, har de selv måttet overta veiledninga.

De BUP-ansatte uttrykker på forskjellig vis at de er usikre på barneverntjenestens kompetanse og forutsetninger for å vurdere når en sak bør henvises til BUP og at barneverntjenesten ofte tenker at problemene skyldes forhold i familien eller ved omsorgen. En uttrykker at hun har fått bekrefta sitt inntrykk av at det mangler mye faglighet i barneverntjenesten sammenligna med BUP, men at det ikke er noe man kan bruke mot dem, fordi det henger sammen med at de har en annen utdanningsbakgrunn enn BUP-ansatte.

Som en kontrast til dette formidler barnevernsansatte at de i mange tilfeller har hatt forventninger til at BUP skal ha en betydelig høyere kompetanse enn det de faktisk besitter, og at barnevernsansatte i enkelte tilfeller kan ha like lang utdanning og formelt sett den samme kompetansen som enkelte BUP-ansatte:

Noen ganger tror jeg at kommunal 1. linje tenker og tror at BUP sitter på mer kompetanse enn de faktisk gjør, og at vi kan bli litt skuffa. (...) Mange ganger opplever jeg at de nesten sitter med mindre kompetanse enn det jeg gjør på en del områder.

Det oppleves da som frustrerende at barnevernsansattes kompetanse ikke blir verdsatt på samme måte og gjentatte ganger har vært under kritikk, f eks i media.

Flere av intervjupersonene holder fram at barneverntjenesten har kunnskap og kompetanse innenfor andre områder enn BUP, og ofte mye mer omfattende kontakt med og inngående kjennskap til de familiene de jobber med enn det BUP har. På den måten kan de utfylle hverandre. En BUP-ansatt oppsummerer at barneverntjenesten og BUP er spesialister på hver sine områder, barneverntjenesten på å vurdere omsorgsevnen til foreldrene, og BUP på barne- og ungdomspsykiatri.

Fra barneverntjenesten trekker én fram at de i liten grad er vant til å diskutere på et generelt nivå hvordan de tenker og begrunne valgene sine faglig, både innad i barneverntjenesten og mellom BUP og barneverntjenesten. Det er derfor også vanskelig å vite i hvilken grad man har samme forståelse eller om det er motsetninger mellom

barneverntjenestens og BUPs teoretiske plattform. En annen barnevernsansatt sier at det ideelle hadde vært å innlede ethvert samarbeid med å avklare hvilket faglig ståsted man har, men at hun per i dag ikke opplever at det er noen mulighet for det. Det er en vanskelig diskusjon å ta, «for hvis en prøver å begynne å diskutere det, så blir det nesten tatt litt som kritikk (...) det oppleves som veldig sånn personlig, tror jeg».

4.4 Å finne veien uten kart og kompass – om samarbeid mellom BUP og barneverntjenesten

Det dominerende temaet i intervjuene var intervjupersonenes erfaringer med og tanker om ulike sider av samarbeidet mellom BUP og barneverntjenesten, både ulike former for samarbeid, hva som er viktig for å få til et godt samarbeid og hva som skaper utfordringer og hindringer for et godt samarbeid. Som det går fram av det følgende var det på enkelte områder store sprik mellom de ulike personenes erfaringer, mens de på andre områder delte både erfaringer og meninger om samarbeidet, og dette var uavhengig av om de arbeidet i barneverntjenesten eller BUP.

4.4.1 Samarbeidsformer

4.4.1.1 Samarbeid på systemnivå

Ingen av dem som deltok i undersøkelsen hadde erfaring med systematisk samarbeid på administrativt nivå, dvs samarbeid mellom BUP og barneverntjenesten som faginstanser eller organisasjoner. To av de barnevernsansatte tar et forbehold om at de kanskje ikke har helt oversikt: «Jeg trur ikke at det har vært et tema en gang» og «Jeg har ikke vært borti at det har vært et samarbeid på mer sånn generelt nivå», noe som illustrerer at det i alle fall ikke er noe de ansatte har kjennskap til. Disse to beskriver et fravær av rutiner for samarbeid, f eks i form av faste møtepunkter i løpet av året, men som den ene uttrykker det: «Jeg kunne tenkt meg det [å ha faste møter med BUP]. Dårlig tid burde ikke være noen hvilepute. Man burde kunne greie å ha to treffpunkt i året; det hadde vi jo hatt tid til.»

En av de barnevernsansatte er også opptatt av at samarbeid mellom BUP og barneverntjenesten forutsetter samarbeid mellom deres to respektive departementer f eks i form av juridiske og praktiske avklaringer av rammer for samarbeidet, slik at ikke den ene parten forutsetter at den andre skal ivareta oppgaver og funksjoner de ikke har:

Hvis vi ser på overordna nivå, så har kanskje ikke Helsedepartementet og BLD snakka så godt sammen, slik at du ikke får noe helhetlig system, fordi begge systemene

bestemmer ting som får implikasjoner for det andre, uten at de først snakker sammen og blir enige om at det er greit at vi tenker sånn.

De BUP-ansatte kjenner heller ikke til at det er etablert noe samarbeid av mer generell karakter mellom BUP og de barneverntjenestene som sogner til deres ansvarsområde. Unntaket er en BUP-ansatt som har vært engasjert i et relativt nytt prosjekt nettopp mtp å utvikle samarbeidsrutiner mellom BUP og barnverntjenesten i utvalgte saker. Men der er samarbeidet, i alle fall foreløpig, begrensa til prosjektet og omfatter ikke det generelle samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP.

En av de andre BUP-ansatte beskriver at BUP ikke tar seg tid til å drøfte saker av mer generell faglig karakter med barneverntjenesten, da hovedfokuset ligger på de pasientene de samarbeider om. Vedkommende tenker imidlertid det kunne være kjempespennende med slike drøftinger og at: «Det kunne være interessant å liksom ha et metaperspektiv på det».

4.4.1.2 Samarbeid i enkeltsaker

Det samtlige av deltakerne i undersøkelsen har mest erfaring med, er samarbeid i enkeltsaker, det vil si på klient-/pasientnivå. Både barneverns- og BUP-ansatte beskriver at disse erfaringene er delte, men gjennomgående positive. Det vil si at det har vært enkeltsaker der samarbeidet ikke har fungert, noe som ofte kan være knytta til vansker med enkeltpersoner, men disse sakene er ikke representative. De gir uttrykk for at når de faktisk får etablert en dialog og samarbeider, så fungerer det oftest godt; det er fraværet av samarbeid som er den største utfordringa. Som en barnevernansatt uttrykker det:

Det er jo den her dialogen da, at kanskje begge parter kan være flinkere til å ta opp med foreldrene at vi ønsker et samtykke til å kunne snakke sammen og utveksle informasjon. For det er jo veldig vanskelig å jobbe når den BUP-biten ikke er med, når du ikke får tilgang til den. Så jeg trur at man hadde kommet lenger gjennom en tettere dialog, for jeg erfarer jo at den dialogen fører fram.

De barnevernansatte beskriver at deres kontakt med BUP i hovedsak er knytta til at de henviser barn til BUP, og at de da samarbeider i disse sakene. Dette samarbeidet følger likevel ikke noen faste rutiner eller prosedyrer og kan som nevnt variere fra sak til sak. En barnevernansatt forteller at både BUP og barnevernansatte kan ta initiativ til samarbeidsmøter og evalueringer av utviklinga i en sak. En annen sier:

Når vi er henvisende instans, pleier vi i hvert fall å bli invitert med på inntaksmøtet, eller det avklaringsmøtet om de skal ta [barnet/ungdommen] inn, og så blir vi brukt som informanter underveis, hvis BUP vurderer at det er hensiktsmessig.

De BUP-ansatte beskriver heller ikke noen faste rutiner for hvordan de skal samarbeide med barneverntjenesten i enkeltsaker, men det pleier å være felles møter mellom barnet/familien og de to instansene. En av de BUP-ansatte framholder betydninga av å innhente samtykke fra foreldrene til et samarbeid i de tilfeller der barneverntjenesten allerede er inne i saken, også når det ikke er barneverntjenesten som er henvisende instans. Dersom barneverntjenesten ikke er inne i saken fra før, men BUP vurderer at det kunne være behov for det, prøver de å etablere et samarbeid på frivillig grunnlag:

Sånn ordinært vil jeg gjerne ha foreldrene og barnet sitt samtykke til at vi kontakter barneverntjenesten frivillig, og at vi kan invitere til en uforpliktende samtale her på mitt kontor f eks, med ønsker, spørsmål og undringer, og der saksbehandleren eller den som kommer hit kan beskrive litt hva man kan tilby og hva som er realistisk å forvente, og hvordan man kan få til et samarbeid.

Vedkommende er også opptatt av at barnet/familien som hovedregel skal ha innsyn i hvilken informasjon man som samarbeidsinstanser utveksler, f eks gjennom journalen. Unntaket er saker som f eks handler om vold eller overgrep, der det er egne, spesielle rutiner.

4.4.1.3 Ulike samarbeidsformer

Når det gjelder samarbeidet i enkeltsaker, beskriver både barneverns- og BUP-ansatte at det i hovedsak foregår i form av møter med og uten klienter/pasienter, telefonkontakt, og for noen per e-post. Begge instanser formidler også at forutsetninga for å kunne ha møter uten at barn/foreldre er til stede, er at de har samtykka til det på forhånd. Av rasjonelle hensyn skjer ofte slike møter uten klienter/pasienter til stede, i forkant av ordinære samarbeidsmøter. Både enkelte barneverns- og BUP-ansatte formidler en viss ambivalens til slike møter. På den ene sida er det viktig å gjøre enkelte avklaringer av f eks organisatorisk karakter på forhånd. På den andre sida er man opptatt av størst mulig grad av åpenhet og medvirkning. Som en barnevernsansatt uttrykker det:

Det er jo viktig at vi har fagmøter, slik at vi ikke blir sittende å krangle og diskutere foran foreldrene, og slike møter synes jeg ofte at vi får til. Det er vanskeligere å få til

åpne møter der vi også har med barn og foreldre i slike drøftinger; det er i hvert fall jeg opptatt av.

En god del av kontakten mellom BUP og barneverntjenesten skjer via e-post eller telefon, og den dreier seg utelukkende om enkeltsaker. Selv om det er travle dager, og det kan være vanskelig å oppnå kontakt, gir flere uttrykk for at de prøver å følge opp slike henvendelser for å ivareta samarbeidsrelasjonen: «Hvis jeg får en henvendelse, enten på e-post eller på telefonen min, så er jeg kjapp tilbake for å undersøke hva det er. De slipper å vente på meg da». En av de BUP-ansatte forteller hvordan det å opparbeide en samarbeidsrelasjon over tid, fører til økt kontakt også per telefon: «De ringer ellers og, som jeg sa, i andre sammenhenger også, så ringer de om vurderinger og er takknemlige (...) Ja, og jeg ringer jo dem også og spør hva de tenker. Vi snakker jo og samarbeider jo sammen».

En barnevernsansatt og en BUP-ansatt, som tilhører ulike regioner, beskriver også samarbeidsmøter av mer generell karakter. I det ene tilfellet har BUP faste møter med ulike kommunale tjenester, inkludert barneverntjenesten, der de som ønsker det på forhånd kan melde inn saker til anonym drøfting. Dette karakteriseres som «lavterskeltilbud» knytta til enkeltsaker. I det andre tilfellet har BUP gitt konsultasjon til kommunale tverrfaglige skolebarns-team, som også barneverntjenesten var en del av. To av de BUP-ansatte beskriver også at de har gitt veiledning til ulike kommunale tjenester som skolehelsetjeneste og barneverntjeneste i mer eller mindre systematisk form: «Det er ikke noe systematikk å gi veiledning til barneverntjenesten, og det er kanskje ikke vår oppgave å gjøre det heller. Så det er enkelte saker». På den andre sida er det ingen av de barnevernansatte i undersøkelsen som har opplevd å få veiledning fra BUP, f eks på sitte eget arbeid overfor en familie: «Jeg har aldri opplevd å få det tilbudet, nei, om at jeg skal få veiledning for å veilede videre (...) Jeg vet ikke om andre har fått tilbud om det, men jeg har ikke hørt om det».

Et par av intervjupersonene beskriver erfaring med undervisning: En BUP-ansatt forteller at de har internundervisning som de inviterer barneverntjenesten til å delta på, men at det er lenge siden sist noen fra barnverntjenesten var med. En barnevernansatt beskriver at BUP på forespørsel fra barneverntjenestens leder hadde et par undervisningsbolker der den BUP-ansatte ga dem ei innføring i ulike diagnoser, noe de opplevde som svært nyttig, og som førte til at de knytta en kontakt som i ettertid gjorde det enklere å henvende seg med spørsmål til denne personen.

Samla sett formidler både BUP- og barnevernsansatte at det samarbeidet de har, varierer fra sak til sak og at det ikke foreligger noen rutiner eller avtaler om hvordan

samarbeidet skal foregå. Det virker som om samarbeidet etableres og gjennomføres på saksbehandler-behandlernivå og at det i all hovedsak dreier seg om enkeltklienter/-pasienter.

4.4.2 Faktorer som både kan fremme og hemme samarbeidet.

4.4.2.1 Avklaring av roller og forventninger

Alle intervjupersonene trekker fram betydninga av at man har avklart hva den enkelte samarbeidspartner har ansvar for, hvilke oppgaver man ivaretar, og hvilken rolle man har overfor pasienter/klienter og overfor hverandre i samarbeidsrelasjonen. I saker der man har brukt tid på å avklare dette, fungerer samarbeidet godt. I saker der dette er uavklart og det f eks er motsetninger mellom det barneverntjenesten forventer av BUP, og det BUP selv definerer som sitt ansvar og sine oppgaver, skjer det motsatte; det blir vanskelig å få til en god samarbeidsrelasjon. En barnevernansatt beskriver det slik:

Det jeg synes er viktig for at et samarbeid skal være godt, det er at vi har en overordna forståelse av hvert vårt arbeidsfelt, hva det er vi egentlig holder på med. (...) I det tilfellet som jeg nevnte i sted [eksempel på ent sak der vedkommende opplevde et godt samarbeid med BUP], var det sånn at jeg hadde avklart godt på forhånd og visste hva BUP skulle gjøre, og jeg visste hva min eller barneverntjenestens rolle skulle være.

Begge instanser har imidlertid eksempler på at dette er et tema som ofte kan skape problemer. Slik opplever en av de barnevernansatte det:

Og det gir noen utfordringer, når en i mange settinger blir nødt til å bruke starten av møter til litt posisjonering, nesten, og få landa hvem og hvordan vi gjør dette og hvorfor vi gjør det. Og mange slike forventningsavklaringer som jeg synes er forvirrende, der både BUP og barnevern mener mye om hva de andre skal og kan gjøre.

Begge parter formidler, fra hvert sitt ståsted, at det nok hersker størst usikkerhet om hva som er BUPs ansvar og arbeidsoppgaver og hva man kan forvente av dem. Et eksempel på dette er spørsmålet om hvorvidt og hvordan BUP arbeider med familien til barna de har som pasienter. En barnevernsarbeider formidler at de ansatte i barneverntjenesten forventinger om at BUP skal gi mer veiledning til foreldre enn de faktisk gjør, og ser det som et uttrykk for

manglende avklaring av forventninger. Hun spør også om hvem som har ansvar for å gi veiledning når BUP avviser det og barneverntjenesten selv ikke har kompetanse til det.

En av de BUP-ansatte, fra en annen region, omtaler det samme tema fra sitt ståsted:

«Jeg opplever forventning om at vi skal drive med foreldreveiledning og familiearbeid, og samtidig behandling av barnet. Hvilket vi jo også gjør der barnet har en uttalt angstproblematikk, ADHD eller depresjon, og så komme man jo innom normalpsykologi og veiledning også, men det er ikke det som er vår hovedoppgave. Og der opplever jeg at det kan være en misforståelse hos en del saksbehandlere, at de nesten blir overraska over at vi ikke gjør det.

Fra samtlige intervjupersoner blir det trukket fram at utdanningene er mangelfulle mtp å lære om ulike deler av tjenesteapparatet sine roller og funksjoner og at det hele tida er stort behov for informasjon ettersom det stadig kommer nye arbeidstakere inn i stillingene. Særlig i barneverntjenesten opplever de at det er stor utskifting. Bedre kunnskap om og kjennskap til hverandre holdes fram som ei viktig forutsetning for godt samarbeid.

4.4.2.2 Opplevelse av gjensidig respekt

Alle intervjupersonene berører på ulike måter og med forskjellige begreper det som omhandler gjensidig respekt, tillit, anerkjennelse eller likeverd. Gjennomgående beskriver de at de opplever å bli møtt med respekt av hverandre som samarbeidspartnere, men det er noen unntak. En av de barnevernansatte har erfart møtet med BUP som vanskelig og kjenner på at BUP har en høyere status som spesialisthelsetjeneste og at deres synspunkt og meninger har forrang og tillegges større vekt enn barneverntjenestens. Spesielt er unge og uerfarne saksbehandlere i barneverntjenesten utsatt:

(...) Spesielt kanskje de ferske saksbehandlerne, eller de som er yngst; de tør ikke å dra alene i møte med BUP, fordi det er noen behandlere der folk blir fullstendig duperte og kan oppleve at de rett og slett blir skikkelig parkerte. (...) Vi klarer ikke å diskutere det som kanskje er den egentlige utfordringa, og det kan fort være at barneverntjenesten føler at de kommer med lua i handa og at de blir behandla dårlig.

Dette kan føre til at de «føler seg litt underlegne fra start av». Denne erfaringa skiller seg fra de andre som beskriver at de både opplever å ha respekt for barneverntjenesten/BUP og bli møtt med respekt av den andre part i relasjonen. De uttrykker også at de erfarer at de har bruk

for hverandre og utfyller hverandre med sine respektive erfaringer, roller og kunnskap, selv om de er forskjellige. Fra BUP si side formidler imidlertid flere at de vurderer at barnevernsansatte generelt har begrensa kunnskap om og forståelse av psykiatri, f eks når det er grunnlag for å henvise et barn til BUP, og at særlig unge uerfarne barnevernsarbeidere som sitter med komplekse og alvorlige saker har dårlige forutsetninger for å kunne håndtere dem. På tross av dette anerkjenner de barnevernsansattes utfordrende og krevende jobb. Som en av de andre BUP-ansatte uttrykker det:

Jeg har veldig høye forventninger til barneverntjenesten, og har opplevd at de har høye forventninger til oss [BUP], og jeg synes de viser stor respekt for oss på BUP. Jeg synes jeg at har stor respekt for saksbehandlerne i barneverntjenesten også. (...) Det er mange som er utrolig flinke, og jeg har respekt for dem som har overlevd med å jobbe i barneverntjenesten, for det trur jeg ikke at jeg hadde klart.

4.4.2.3 Å etablere dialog når «vi sitter på hver vår tue»

Kommunikasjon, det å etablere og holde jevnlig kontakt, blir av alle sammen trukket fram som en viktig suksessfaktor for et godt samarbeid. Gjennom kommunikasjonen opplever intervjupersonene å få tilgang til samarbeidspartnernes kunnskap og vurderinger, noe som er ei forutsetning for å kunne nyttiggjøre seg denne informasjonen i eget arbeid med felles klienter/pasienter. Både BUP og barnevernsansatte har flere eksempler på at manglende kontakt eller dårlig kommunikasjon har ført til at BUP f eks har brukt lang tid på å få innsikt i forhold i en familie som barneverntjenesten visste om allerede da barnet ble henvist, eller at barneverntjenesten har avslutta sine tiltak og henlagt en sak der BUP er involvert, uten at BUP har fått beskjed om det.

Flere ser også fravær av kommunikasjon som en årsak til uenighet eller misforståelser. Som en barnevernsansatt uttrykker det: «Vi har jo forskjellig syn på ting, og det er kanskje fordi vi er lite flinke til å gi tilbakemeldinger til hverandre om hvor man står i forhold til problemstillinger som vi er oppe i». En annen forteller om en sak der det ble viktig å kjenne til BUPs begrunnelse for å avvente å gi behandlingstilbud til et barn «Så hvis vi ikke hadde hatt den dialogen, så hadde jeg kanskje vært litt irritert, og tenkt at nå må BUP gjøre noe. Men vi har snakka sammen, så vi forstår hverandre...».

Kommunikasjon beskrives dermed også som et middel til komme fram til felles forståelse og omforente tiltak, noe følgende utsagn fra hhv en barnevernsansatt og en BUP-ansatt er uttrykk for: «Så jeg tenker at gjennom en tettere dialog, så trur jeg at man hadde

kommet lenger, for jeg erfarer jo at dialogen fører fram» og: «... men jeg opplever bestandig at når vi kommer i dialog, så kommer vi til enighet».

4.4.3 Faktorer som hemmer samarbeidet

4.4.3.1 Barn som kasteballer mellom systemene

Forsøk på å skyve ansvaret for barnas behandlingstilbud mellom instansene blir av flere nevnt som en kilde til frustrasjon og konflikter i samarbeidet mellom BUP og barneverntjenesten.

Dette kan ses i sammenheng med viktigheten av å avklare roller og forventninger; der det er uklart hvem som skal gjøre hva, blir det kanskje lett i en travel hverdag å prøve å plassere ansvaret for ulike tiltak hos andre. En barnevernsansatt ser dette selv og uttaler blant annet: «Så tenker vi at nei nå har vi henvist det [barnet] til BUP, og nå tar vi en pause i denne saken og puster litt ut». To av de BUP-ansatte beskriver at de har erfart dette og ser det i sammenheng med manglende avklaring av ansvar og med arbeidspress i barneverntjenesten:

Der vi ikke har avklart det [ansvarsforholdet], blir det ofte misforståelser, og jeg har opplevd flere ganger at barnevernet har trukket seg, fordi de tenker at barnet ivaretas av BUP. (...) I perioder når barneverntjenesten er veldig pressa, da ser jeg en større tendens til å trekke seg når barnet ivaretas psykisk her da, og da tenker de også psykososialt og forskjellige ting.

En annen BUP-ansatt beskriver at det at BUP kommer inn og gir tilbud til barnet, kan representere ei sovepute for barneverntjenesten, som fører til at de reduserer sin innsats og gjør minst mulig. I denne sammenhengen beskriver to av de BUP-ansatte at manglende tiltak og oppfølging fra barneverntjenesten mens barnet er i behandling hos BUP, i verste fall fører til at man totalt sett ikke klarer å skape de nødvendige endringer i familien. En av dem har erfart at det har ført til at et barn måtte plasseres utenfor hjemmet.

På den andre sida opplever barnevernsansatte som tidligere nevnt, at barn som de mener sårt trenger et behandlingstilbud hos BUP, av ulike grunner ikke får det. Den begrunnelsen de oftest får er at situasjonen i familien ikke er stabil nok, og at barnet derfor ikke vil være mottakelig for behandling. For klientene blir dette en svært vanskelig situasjon. Som en barnevernsansatt beskriver det: «Jeg tror at det er mange familier som opplever at dette er skyving, og at de til slutt lurere på: Hvem i Herrens navn som skal gi oss hjelp da! Finnes det noen flere ledd som jeg ikke har vært innom, eller hvordan skal jeg gjøre dette?».

4.4.3.2 Forsøk på å instruere hverandre

Det er i størst grad de barnevernsansatte som beskriver en opplevelse av at BUP prøver å instruere dem, både gjennom å stille krav til dem, sette betingelser for at barnet/familien kan få et behandlingstilbud, og «bestille» spesielle tiltak/tilbud. Som en av de barnevernsansatte uttrykker det: «I det øyeblikket at BUP begynner å sette krav til oss [i barneverntjenesten], kan det hende at vi setter piggene ut og tenker: Hvorfor det? Tenker dere at vi ikke gjør jobben vår?» Vedkommende fortsetter med å si: «Jeg har kanskje av og til reagert der hvor de [BUP] har vært ganske steil på utsagn der de har sagt: Hvis ikke dere gjør sånn, så kan ikke vi fortsette samtalene med dette barnet. Dét kan jo ikke vi sette oss ned og si».

En av de andre barnevernsansatte opplever også at BUP uttaler seg om forhold som barneverntjenesten opplever som sitt ansvarsområde: «BUP har noe klare forventninger om at de kan si når ting er bra eller ikke bra nok i hjem, sånn at de også kan gi oss beskjed om når vi bør gjøre ting og når vi ikke gjør det de tenker at vi bør gjøre».

Bildet er imidlertid ikke entydig; fra BUP si side opplever de også at forslagene deres overfor barneverntjenesten blir avvist, og at meldinger og søknader om hjelpetiltak blir henlagt, uten at familiene får den hjelpa BUP mener at de har behov for. To av de BUP-ansatte synes at terskelen for å få hjelp i barneverntjenesten er svært høy; det må nærmest være «fare for liv eller helse» dersom en skal få hjelp. De har inntrykk av at barneverntjenesten jobber så mye med de alvorligste sakene og at «det er så ufattelig streng prioritering i barnevernet». Dermed blir saker som BUP vurderer som alvorlige, f eks med høyt konfliktnivå i hjemmet, rus eller psykiske vansker, ikke prioritert.

4.4.3.3 Kapasitetsbegrensninger

Både blant BUP- og barnevernsansatte trekkes ulike kapasitetsproblemer inn som et sentralt hinder for godt samarbeid. Oppfatninga av hvem som har det travlest og som har størst arbeidspress varierer nok noe, men enkelte barnevernsansatte og BUP-ansatte ser ut til å dele oppfatninga av at barneverntjenesten har større arbeidspress og mindre styring over saksmengden enn de har på BUP, noe som den barnevernsansatte uttrykker slik: «Vi har jo en mengde saker, mye større enn det BUP egentlig har. Jeg vet jo at de også har mange saker, men vi har jo et mye større påtrykk».

Flere trekker også fram dårlig tid og arbeidspress som den viktigste årsaken til at de ikke tar initiativ til kontakt med samarbeidspartnere. Samtidig beskriver samtlige at nettopp tilgjengelighet og jevnlig kontakt er avgjørende for et godt samarbeid. En BUP-ansatt uttrykker det slik:

Man må ha og holde kontakten. Man må ha jevn kontakt, og man må kunne være tilgjengelig på telefon og sånne ting, og det er vel det som har gått dårligst, det er der man ikke har følt at man har fått tak i barnevernet, for å få den jevne kontakten.

Tid er også et aspekt ved den prosessuelle sida av samarbeidet. En barnevernsansatt er opptatt av at dersom man har hatt lite med hverandre å gjøre og negative forestillinger om samarbeidsparte har bygd seg opp, så tar det lengre tid å utvikle en god samarbeidsrelasjon. Det er med andre ord enighet om at det tar tid både å bygge opp og vedlikeholde en samarbeidsrelasjon. Som en barnevernsansatt uttrykker det: «Godt samarbeid (...) er ferskvare; jeg trur vi er nødt til å gjøre det hele tida». Samtidig er tid et knapphetsgode i begge tjenestene, og begge instanser er enige om at dette også påvirker omfanget av og kvaliteten på samarbeidet, noe som har betydning for det samlede tilbudet til barna/familiene. En BUP-ansatt uttrykker det slik:

Tidligere år, når det ikke har vært det [så stort press i barneverntjenesten], så har jeg opplevd et tettere samarbeid og tettere oppfølging i hjemmet, som også er bra for behandlinga her. Så det [samarbeidet] avhenger både av tid, altså presset, og av den enkelte saksbehandler.

4.5 Oppsummering av resultatene

På tross av motstand hos både barneverns- og BUP-ansatte mot å se på barnevernsbarn som ei gruppe med spesielle karakteristika og utfordringer, er de relativt samstemte i at de er mer sårbare og utsatte enn andre barn, og at dette både er knytta til psykososiale vansker, psykiatriske tilstandsbilder og til familiesituasjonen, da kanskje særlig oppfølginga fra foreldrenes side. Det virker imidlertid ikke som denne forståelsen av barnevernsbarnas særlige utfordringer får noen konsekvenser for utforminga av behandlingstilbudet deres. Intervjuene tyder for øvrig på at det både hersker forvirring om hvilke behandlingstilbud BUP egentlig gir, og at dette tilbudet faktisk varierer til dels betydelig mellom de ulike BUP-ene.

Når det gjeler samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP, har ingen, bortsett fra den BUP-ansatte som har vært involvert i et spesielt prosjekt, kjennskap til at det foregår noe samarbeid mellom de to instansene på et overordna administrativt nivå. Det foreligger heller ingen beskrivelser av rutiner for samarbeid eller noen avtaler om dette mellom partene; det er opp til den enkelte behandler/saksbehandler om og hvordan de skal etablere det. Det er heller ingen arena for å snakke om hvordan samarbeidet fungerer eller om hvilken teoretisk eller

faglig forståelsesramme man har for arbeidet. Man forutsetter langt på vei at man har en felles forståelse, men denne forståelsen ligger på et så vidt generelt nivå at det er vanskelig å si hvorvidt det stemmer og på hvilke områder det eventuelt ikke gjør det.

Det synes som om BUP har forventninger til at barneverntjenesten skal ivareta viktige funksjoner i barnets familie, f eks gjennom veiledningstilbud til foreldrene, uten at dette er tydelig uttrykt eller at barneverntjenesten er innforstått med det og har tatt på seg denne oppgaven. Barneverntjenesten på si side forventer at BUP skal gi et behandlingstilbud som omfatter både barn og foreldre, noe BUP-ene som er med i denne undersøkelsen i liten grad gjør. Denne uklarheten med hensyn til roller og oppgaver kan også ha sammenheng med at de to tjenestene langt på vei befatter seg med mange av de samme problemene og oppgavene og at det kan være vanskelig å trekke noe klart skille mellom dem. Noe følgende utsagn fra en av de BUP-ansatte illustrerer: «Når vi har et parallelt samarbeid med barnevernet, kan det jo være vanskelig å skille [hva som er psykiatri og hva som er barnevern]. (...) Det går veldig mye inn i hverandre, hva som er vårt og hva som er barnevernet sitt».

5. Drøfting

I det følgende vil jeg med utgangspunkt i resultatene fra undersøkelsen, drøfte hvordan forståelsen av barnevernsbarns psykiske lidelser og deres behov for behandling virker inn på det tilbudet de får hos BUP. Videre vil jeg se på hvordan samhandlinga og samarbeidet mellom BUP og den kommunale barneverntjenesten foregår og oppleves av de to instansene, da dette ut fra foreliggende empiri på feltet, er ei viktig forutsetning for at barnevernsbarna skal få den hjelpa de har behov for (Bai, Wells & Hillemeier, 2009; Bufdir & Hdir 2016; Kristofersen, 2007; Lurie & Ulset, 2010; Lurie, 2011).

5.1 Forståelse av psykiske lidelser generelt og hos barnevernsbarn spesielt

Som presentert i forrige kapittel er det på et generelt plan stor grad av enighet mellom de ansatte i BUP og barneverntjenesten om hvordan psykiske vansker oppstår; at de utvikles i et samspill mellom genetiske disposisjoner og omsorgsmiljø (Broberg et al., 2006; Smith, 2010; Tetzchner, 2012). Flere holder også fram at det er forskjell på det enkelte individs medfødte sårbarhet når det gjelder hvordan man tåler ugunstige oppvekstbetingelser og belastninger. De BUP-ansatte er bevisste på den biopsykososiale modellen som premiss for utredninga av psykiske lidelser gjennom det multiaksiale diagnosesystemet (Grøholt et al., 2015; Hdir, 2015). Det undersøkelsen min ikke gir noe svar på, er hvordan denne forståelsen materialiseres i arbeidet med enkeltklienter. Aktivitetsdata fra Helsetilsynet viser at BUP i flere tilfeller ikke gjennomfører ei fullstendig utredning langs alle aksene og at det i mange saker mangler utredning/vurdering av akse V og VI som omhandler psykososiale forhold og barnets globale funksjonsnivå (Hdir, 2016). Disse tallene kan tyde på at hovedfokuset i BUPs utredninger på nasjonalt nivå ligger på den psykiatriske diagnosen som kommer fram på akse I: Klinisk psykiatrisk syndrom, og i mindre grad sosiale og relasjonelle forhold.

En av de BUP-ansatte i undersøkelsen har erfart at barnevernsbarn som kommer til utredning ikke nødvendigvis har symptomer som er forenlig med en bestemt diagnose, og en annen formidler at diagnosesystemet (ICD 10) ikke fanger opp f eks «komplekse traumer» eller «relasjonstraumer», begreper som etter hvert har bidratt til en ny forståelse av mange barnevernsbarns psykiske fungering og sammensatte symptombilde. I følge Nordanger og kolleger (2011) har man gjennom diagnosen «developmental trauma disorder» forsøkt å få inn både en ny forståelse av årsaksforholdene og det komplekse symptombildet man ofte ser hos barn utsatt for alvorlige traumatiske erfaringer i nære relasjoner. Den er imidlertid ikke blitt anerkjent og tatt inn som diagnose i DSM-5 (Nordanger et al., 2011). Bak denne diagnosen ligger en forståelsesmodell som ved å kombinere traume psykologi og utviklingspsykologi

bidrar til å forklare hvordan negative barndomserfaringer setter strukturelle nevrologiske «spor» i hjernen og dermed preger oss på en gjennomgripende måte når det gjelder emosjons- og atferdsregulering og følgelig også konsentrasjon, oppmerksomhet, læring og vår sosiale fungering i relasjon til andre mennesker (Blindheim, 2012; Grøholt et al., 2015; Nordanger et al., 2011; Walhovd & Fjell, 2010).

Det var ikke rom i intervjuene for å gå i dybden på hva intervjupersonene la i et begrep som «relasjonstraume», eller hvorvidt en slik forståelsen er en del av BUPs felles teorigrunnlag, men utsagnene deres kan ses som et uttrykk for at det diagnostiske rammeverket vi har per i dag ikke fanger opp en del tilstandsbilder som de ansatte møter i den kliniske hverdagen, noe flere forfattere har påpekt. Mange barnevernsbarn fyller kriteriene for flere diagnoser, det vil si det er stor grad av komorbiditet og kompleksitet i problematikken (Havnen, 2013; Kayed et al., 2015; Lehmann 2015; Nordanger et al., 2011). Med et diagnosesystem som nesten utelukkende er deskriptivt, mister en imidlertid muligheten til å se den etiologiske sammenhengen mellom de komorbide psykiatriske tilstandene, og at ulike diagnoser kan bunne i samme årsaksforhold. (Broberg et al., 2006; Nordanger et al., 2011).

Det er vanskelig på bakgrunn av uttalelsene til intervjupersonene å få et klart bilde av hvordan BUP og barneverntjenesten forstår utviklinga av psykiske lidelser. Man kunne kanskje forvente at barnevernsansatte ville legge større vekt på betydninga av barnas omsorgssituasjon, mens BUP ville ha en tendens til å forklare psykiske lidelser ut fra en medisinsk forståelse, som medfødte, genetiske disposisjoner ved individet. Det er eksempler på dette i materialet mitt, der en BUP-ansatt refererer til en sak der barneverntjenesten oppfatter seksualisert språk og atferd hos et barn som et mulig tegn på seksuelle overgrep, mens de BUP-ansatte forstår det som symptomer på Tourettes syndrom. Et annet eksempel er en barnevernsansatt som opplever at foreldre gjerne vil ha en diagnose på barnet som kan forklare vanskelig atferd og dermed frita dem for skyld eller ansvar for vanskene, mens den barnevernsansatte tenker at atferden kan være et uttrykk for foreldrenes manglende omsorgsferdigheter. Bildet er imidlertid ikke entydig: Både fra BUP og barneverntjenesten si side er det eksempler på at BUP ser barnets psykiske vansker i sammenheng med en vanskelig omsorgssituasjon, og at barneverntjenesten opplever atferds- eller symptomuttrykk som ikke kan forklares ut fra foreldrenes omsorgsutøvelse, og som de da ser behov for å henvise til BUP med tanke på utredning av for eksempel nevropsykiatriske lidelser. *Med det vi vet i dag om de komplekse prosessene som ligger bak utviklinga av psykisk helse og sykdom er det vel grunn til å hevde at omsorgsmiljøet alltid har betydning for hvordan psykiske vansker utvikles og hvordan de mestres og ikke se på tradisjonelle*

Selv om mine samtaler med intervjupersonene ga begrensede muligheter for å gå grundig inn på dette temaet, er inntrykket mitt at dette kanskje ikke er noe man i en travel arbeidshverdag tar seg tid til å snakke så mye om. Flere, både BUP og barnevernansatte nevner at teorier og metoder kommer og går, uten at disse endringene i faglig forståelse problematiseres eller drøftes i institusjonene de tilhører, men de ville gjerne hatt mulighet for å snakke mer om det. Når det gjelder traumeforståelse er det også en av de BUP-ansatte som nevner at traumeforståelsen på et generelt nivå kan være lik, men at forskjellene kanskje ville kommet fram dersom man hadde gått nærmere inn på hvilke konsekvenser en slik forståelse får for behandlingsopplegget.

Både når det gjelder den grundig dokumenterte forekomsten av psykiske vansker og lidelser blant barnevernsbarn (Havnen, 2013; Iversen et al., 2007; Kayed, 2015; Lehmann 2015), og den øvrige problematikken når det gjelder sosioøkonomiske forhold og lav skåre på en rekke levekårsvariabler, virka det i undersøkelsen som det var relativt liten bevissthet om blant intervjupersonene (Bunkholdt, 2015; Clausen & Kristofersen, 2008; Egelund & Hestbæk, 2007; Vinnerljung, 2006). Kanskje har dette sammenheng med ønsket om å møte hvert barn som et unikt individ og dermed en motvilje, som flere av intervjupersonene uttrykte, ved tanken på å plassere alle barnevernsbarn i «samme bås», noe som kan fungere stigmatiserende. I denne sammenhengen er det vel grunn til å understreke betydninga av å kunne kombinere disse to perspektivene i arbeidet med barnevernsbarna og la dem utfylle hverandre. I hermeneutisk tradisjon vil en kunne si at helheten har betydning for hvordan vi forstår biten, og de ulike bitene har betydning for hvordan vi forstår helheten (Kvale & Brinkmann, 2015; Malterud, 2011; Thurén, 2009).

5.2 Behandlingstilbudet i BUP

Som nevnt innledningsvis foreligger det ikke undersøkelser som har fulgt barnevernsbarns vei inn i og gjennom et utrednings- og behandlingstilbud hos BUP (Helsetilsynet, 2012; Kristofersen, 2007). Dermed finnes det heller ikke statistikk eller tallmateriale som gir oss grunnlag for å si noe sikkert om hvorvidt barnevernsbarn skiller seg fra øvrige pasienter i BUP når det gjelder diagnoser eller tilstandsbilder, type behandlingstilbud, eventuelt frafall underveis i behandling eller varighet av behandling. Det som kommer fram i denne undersøkelsen er derfor basert på erfaringene og inntrykket til de som jobber i BUP og barneverntjenesten.

Intervjupersonene synes imidlertid å være relativt enige om at barnevernsbarn har en mer kompleks problematikk, at det oftere er knyttet bekymring til hjemmesituasjonen deres og

at de ikke får den samme oppfølging og støtte fra foreldrene sine som øvrige BUP-pasienter. Det er imidlertid lite som tyder på at dette får noen konsekvenser for behandlingstilbudet BUP gir. Flere av intervjupersonene, både i BUP og barneverntjenesten, bekrefter at BUP ser på seg selv som en spesialisttjeneste og at deres ansvar er begrensa til det som handler om barnepsykiatrisk behandling. BUP-ansatte formidla i undersøkelsen at de opplever at barneverntjenesten misforstår hva som er BUPs oppdrag og har forventninger om at de skal gå inn og arbeide med familien rundt barnet, noe de selv mener ikke er deres ansvar, men derimot barneverntjenestens. Dette synspunktet ser ut til å variere litt med fagpersonellet ved den enkelte BUP, men også der BUP har ansatte med f eks familieterapeutisk kompetanse, ser det ut til at den brukes i begrensa utstrekning. BUP definerer sitt oppdrag til å være barnepsykiatrisk behandling relatert til bestemte diagnoser.

Det kan dermed se ut som BUP forventer at barneverntjenesten skal gi tilbud til foreldre der forholdene i hjemmet tilsier at det er behov for det, mens det som barneverntjenesten i størst grad etterlyser fra BUP si side, nettopp er veiledning til foreldre. På dette området ser det derfor ut til å være et betydelig misforhold mellom den behandlinga som etterspørres og den som tilbys. Flere BUP-ansatte ser behov for tett oppfølging av foreldre og av hjemmesituasjonen til barnet, én uttrykker at det er ei forutsetning for at den behandlinga BUP gir, skal ha nødvendig effekt. Det er imidlertid ikke inngått noen avtale om ei slik oppgavefordeling mellom partene; det er snarere slik at barneverntjenesten opplever å ikke selv ha kompetanse til å møte dette behovet og nettopp derfor henviser barnet til BUP.

Også spørsmål rundt BUPs forutsetninger for og mandat til å mene noe om barns omsorgssituasjon blir tatt opp av begge parter i intervjuene. Mens BUP-ansatte formidler at de anser utredning av foreldres omsorgsevne som barneverntjenestens ansvar, er det motstridende synspunkter blant de barnevernsansatte. En av dem stolte på at BUP kunne vurdere dette og ville gi barneverntjenesten beskjed dersom de mente at et barn var utsatt for omsorgssvikt, noe som for så vidt er i tråd med rundskriv fra Bufdir og Hdir (2015, s 19) der det forutsettes at BUP «har kunnskap og kompetanse i å vurdere samspill mellom barn og foreldre og vurdere om barnets atferd skyldes omsorgssvikt eller ikke». En annen opplevde dette som et av de områdene der BUP av og til «trør over» på barneverntjenestens arena og overprøver barneverntjenestens faglige vurderinger, noe som kan være en kilde til konflikt.

Det ser med andre ord ut som det både er store variasjoner mellom ulike BUP-er med hensyn til hvilke behandlingstilbud de gir, og at det, kanskje også på grunn av disse variasjonene, er uklart hva slags behandling en kan forvente å få av BUP, både ut fra BUP- og barnevernsansattes uttalelser i intervjuene. En får inntrykk av at det mest vanlige tiltaket er

individualsamtaler med barna, i tillegg til en del programmer som DUÅ og PMTO, som også omfatter foreldre, og de rene psykoedukative tilbudene knytta til bestemte diagnoser.

Det sentrale spørsmålet her er om det er samsvar mellom barnas behov og det behandlingstilbudet de får. Det kan synes som at den kompleksiteten og alvorlighetsgraden som karakteriserer barnevernsbarnas psykiske helseproblemer ikke i tilstrekkelig grad gjenspeiles i det behandlingstilbudet de får, men at de langt på vei blir møtt og behandla på samme måte som andre BUP-pasienter. Nordanger og kolleger (2011) peker på at forskjellig etiologisk forståelse av et psykiatrisk tilstandsbilde, også fører til forskjellig behandlingstenkning. De framholder at det både er nødvendig å utvikle bedre diagnoseverktøy for å utrede denne typen sammensatte vansker, og spesialtilpassa behandlingssopplegg og intervensjoner for barn som har vært utsatt for alvorlige utviklingstraumer (Nordanger et al., 2011). Behovet for større forståelse, både i BUP og barneverntjenesten, for sammenhengen mellom belastende barndomserfaringer og psykiske helseplager, blir også understreka av Lehmann (2015). Hun mener at dette må få konsekvenser både for barnevernsbarns tilgang til psykisk helsehjelp og for utforminga av behandlingstilbudet. Med bakgrunn i det som kom fram i intervjuene kan det synes som barneverntjenesten av og til opplever det motsatt: Når årsaken til barnets psykiske problemer ligger i sviktende omsorg, er det primært barneverntjenestens ansvar å gjøre noe med det; foreldre- og familierelaterte vansker hører hjemme hos dem. En av dem reiser blant annet spørsmålet om barneverntjenesten selv må leie inn noen andre til å gi et behandlings- eller veiledningstilbud i de tilfellene der BUP avviser det med at det ikke er deres oppgave. Ei slik holdning fra BUP si side står i sterk kontrast til offentlige føringer om at BUP skal prioritere psykisk helsehjelp til utsatte grupper som barnevernsbarna og tilby veiledning til barneverntjenesten og andre i 1. linje i saker der dere kompetanse er nødvendig (Hdir, 2008).

Dette spørsmålet leder over til ei anna problemstilling som kan synes å ha blitt stadig mer aktuell ettersom både Bufetat og de kommunale barneverntjenestene, blant annet på bakgrunn av NOU 2012:5 (2012) som hadde sterkt fokus på foreldreveiledning og bruk av evidensbaserte tiltak, har tatt i bruk flere metoder som tradisjonelt har vært brukt i BUP, slik som PMTO, Marte Meo, DUÅ og etter hvert også COS. Man kan derfor spørre om det er slik at denne tilnærminga mellom BUP og barneverntjenesten, både i teori og metodebruk, kan ha bidratt til større klarhet om ansvars- og oppgavefordeling mellom instansene. En av de BUP-ansatte ga i intervjuet uttrykk for at det kan være vanskelig å skille hva som er psykiatri og hva som er barnevern, fordi det går veldig over i hverandre. Bidrar den økte kompetansen i barneverntjenesten til flere avslag på henvisningene til BUP, fordi det forventes at

barneverntjenesten selv skal kunne gi et tilbud til barna og familiene? I så fall er det viktig at denne problemstillinga løftes opp på et overordna nivå og avklares. Faren ved at barnevernsbarn avvises av BUP er at de ikke blir grundig utreda og at en da heller ikke får vurdert hvilket behandlingsbehov de har. Selv om det har skjedd ei betydelig utvikling i barneverntjenestens tiltaksapparat, er det fortsatt slik at de færreste barneverntjenester har kompetanse til å foreta utredning og diagnostisering av psykiske lidelser. Som Lehmann (2015) påpeker i si doktorgradsavhandling er dette nettopp et område barneverntjenesten burde skoleres på, slik at de gjennom ulike standardiserte kartleggingsskjema kan bli i stand til å fange opp de barna som har behov for videre klinisk utredning og eventuelt behandling.

5.3 Samarbeidet mellom BUP og den kommunale barneverntjenesten

Det som kanskje var mest overraskende både under og etter intervjuene var den gjennomgående mangelen på samarbeidsavtaler og -rutiner mellom BUP og barneverntjenesten på et overordna organisatorisk nivå. På tross av det fokuset som har vært på dette de siste årene, er situasjonen helt i tråd med tidligere undersøkelser (Kristofersen, 2007; Lurie & Tjelflaat, 2009; Myrvold et al., 2011). Intervjupersonene utelukker ikke kategorisk at det kan være noen form for kontakt på ledernivå, men de har ikke noe kjennskap til det. Dermed kan man vel gå ut fra at det heller ikke har noen betydning for det samarbeidet som faktisk finner sted. Det synes derfor som det er lang vei fra de ideelle samarbeidsforholdene som skisseres i rundskriv og veiledere fra sentrale myndigheter, til den virkeligheten som preges arbeidshverdagen til BUP- og barnevernsansatte (Bufdir & Hdir, 2015). Det kan også synes som om de sentrale føringene på dette området er lite kjent; selv om intervjupersonene ikke ble spurt direkte om det, var de heller ingen som nevnte dem. Hvorvidt dette er representativt for øvrige BUPer og barneverntjenester er vanskelig å si, men for så vidt i samsvar med en elektronisk undersøkelse som viste at 30 % av barnevernsansatte og 40 % av BUP-ansatte ikke kjente til det nye samarbeidsrundskrivet som kom i 2015 (Bufdir og Hdir, 2016). Dette handler nok i stor grad om at svært mange opplever det som utfordrende i en pressa arbeidssituasjon å selv holde seg orientert om de omfattende utviklings- og omstillingsprosessene som initieres og gjennomføres i regi av deres respektive fagdirektorater. Dette betyr imidlertid at mange av de endringene som igangsettes, ikke når fram til dem det gjelder, og som det forutsettes skal realisere dem. For eksempel går det fram av Hdirs veileder (2008) for poliklinikker i det psykiske helsevernet for barn og unge at BUP-ene bør etablere et nært samarbeidsforhold til barnevernet i sine opptakskommuner og tilby sin kompetanse både direkte og indirekte i saker der partene finner behov for det. I veilederen

fra Bufdir og Hdir fra 2015 anbefales det at samarbeid mellom instansene forankres på ledelsesnivå og at det også utveksles kunnskap om hverandres tjenester og samarbeid om kompetanseheving (Bufdir & Hdir, 2015).

Det er imidlertid samarbeid i enkeltsaker, på pasient-/klientnivå, særlig i saker der barneverntjenesten er henvisende instans. Men også dette varierer ifølge de intervjupersonene jeg snakka med, uten at det var enkelt å få tak i hva som var årsaken til disse variasjonene, både i kontaktformer og møtehyppighet. Samarbeidet synes å være basert på at en av partene opplever behov for det, og at den andre parten blir med på det. Ønsket om sterkere involvering og tettere samarbeid kan initieres fra begge parter; det ser ikke ut til å være noen systematiske forskjeller mellom BUP og barneverntjenesten her.

Dette er i samsvar med det som blant annet Kristofersen (2007) og Myrvold og kolleger (2011) har kommet fram til i tidligere undersøkelser. Det betyr at det ikke har skjedd noen vesentlige endringer på dette området de siste 5-10-årene, på tross av det fokuset som har vært satt på samarbeidsrelasjonen mellom BUP og barneverntjenesten.

Selv om det fortsatt er en viss frustrasjon å spore mellom samarbeidspartnerne, virker den ikke så stor som det som er kommet fram i tidligere undersøkelser (Aamodt, 2011; Kristofersen, 2007; Myrvold et al., 2011). Samtlige er opptatt av behovet for bedre tid til samarbeid, klargjøring av ansvarsforhold, oppgaver og roller, og for større kunnskap om og forståelse av hverandres fagområder. Dette er helt i tråd med tidligere undersøkelser på området (Fossum et al., 2014; Kristofersen, 2007; Kaasbøll et al., 2017; Lurie & Tjelflaat, 2008; Myrvold et al., 2011; Ådnes et al., 2016). De fleste i denne undersøkelsen har imidlertid erfart at det å faktisk samarbeide, møtes, bli kjent med hverandre og snakke sammen, fører fram, og at det bidrar til å utvikle et godt samarbeidsklima. De har med andre ord tru på dialogen og på samarbeidet, og opplever mangelen på tid og på kontakt som den største hindringa for samarbeid.

Man kan imidlertid også stille spørsmål om mangelen på kontakt kan bidra til at eventuelle konflikter og motsetninger i liten grad kommer til overflata, og at intervjupersonenes positive holdning er basert på at de i liten grad har gått inn i reelle faglige drøftinger og diskusjoner, eller at de, som Aamodt (2012, s. 51-52) beskriver det, ubevisst har akseptert forskjellene i status mellom de to tjenestene og innretter seg etter det. BUPs symbolske makt i relasjonen er da anerkjent og gjør seg gjeldende uten at partene stiller kritiske spørsmål til den. Makten er dermed miserkjent, men virksom i relasjonen. Intervjuene gir ikke noe entydig bilde av hvordan de to instansene opplever dette med gjensidig respekt og likeverd i relasjonen. De BUP-ansatte er gjennomgående kritiske til barneverntjenestens

fagkunnskaper, særlig når det gjelder kunnskap om og forståelse av psykiatri. De uttrykker imidlertid respekt for den arbeidsinnsatsen barneverntjenesten gjør og for barnevernsansattes evne til å stå i en belastende og krevende jobb over år. De barnevernsansatte opplever dette forskjellig; fra «å stå med lua i handa» i møte med spesialisthelsetjenesten, til å bli møtt med tillit og respekt i samarbeidsrelasjonen. Barneverntjenesten innehar ofte en bredere kunnskap om barn og familier de har jobba med over tid enn det BUP gjør; de kjenner hverdagen og miljøet deres, de har vært på gjentatte hjemmebesøk og sett hele familien sammen og har mange observasjoner og samtaleerfaringer fra ulike situasjoner. I tillegg har de innhenta opplysninger om familiemedlemmene fra ulike andre offentlige instanser. Dette er viktig kunnskap, men av en annen karakter enn den kunnskapen BUP besitter, og en type kunnskap som ikke verdsettes like høyt i faghierarkiet fra 1. til 2. og 3. linje (Aamodt, 2011).

De nye prosjektene som har prøvd ut ulike former for samarbeid mellom BUP og barneverntjenesten, som f eks på Levanger eller i Kristiansand, viser imidlertid at det er mulig å utvikle og etablere samarbeid mellom BUP og barneverntjenesten som begge parter opplever som positivt og faglig tilfredsstillende å delta i (Kaasbøll et al., 2016; Lurie, 2017). Det som kjennetegner disse vellykka prosjektene er en engasjert ledelse, klar og tydelig ansvars- og oppgavefordeling og beskrivelse av rutiner og prosedyrer, og jevnlig evaluering av om samarbeidet fungerer. Dette er faktorer som både tidligere undersøkelser og de som deltok i undersøkelsen min har trukket fram som avgjørende for å få til et godt samarbeid (Kristofersen, 2007; Lurie & Ulset, 2010; Myrvold, 2011; Ådnanes et al., 2016).

5.4 Samarbeidets betydning for behandlingstilbudet til barnevernsbarna

Samtlige av intervjupersonene i undersøkelsen har som utgangspunkt at BUP og barneverntjenesten bør samarbeide om felles pasienter/klienter, og at det er nødvendig med tiltak fra begge instanser for at barnevernsbarna skal få tilfredsstillende hjelp, hjelp som virker. De forutsetter dermed at begge instanser skal bidra med sin fagkunnskap og sine tiltak i et felles tilbud til det aktuelle barnet og familien. Det ser imidlertid ut som de mangler nødvendige verktøy for å få dette til i praksis. I den grad det er utvikla noen rutiner for dette, virker det som de er basert på enkeltansattes erfaringer i konkrete saker, og i liten grad er systematiserte og institusjonaliserte på de ulike arbeidsplassene. Det foreligger ikke noen beskrivelser av hvordan man skal gå fram eller hva som forventes av de respektive partene i samarbeidet.

Det synes derfor som det tilbudet barnevernsbarna får fra de to instansene blir for fragmentert og tilfeldig til at det kan fungere som et samla og enhetlig tilbud i tråd med

sentrale føringer om samordning av tjenestetilbudet for barn og unge og «ei dør inn» (Bufdir & Hdir 2016; NOU 2009:22). Det er heller ikke rutiner for å se på de ulike tiltakene som deler av et helhetlig tilbud og evaluere dem sammen, og dermed ikke utarbeidet noen kriterier å vurdere samarbeidet opp mot. Dette gjør det også vanskelig å vurdere hvilken betydning samarbeidet mellom instansene har for det totale behandlingstilbudet barna får. I følge Rambøll (2012) er det ikke tidligere forska noe i Norge på samarbeidets betydning for det tilbudet barn og unge faktisk mottar, men flere forutsetter at det er viktig (Bufdir & Hdir 2016; Lurie & Ulset, 2010; Lurie, 2011; Kristofersen, 2007; NOU 2009:22). En amerikansk studie fra 2009 viser imidlertid at økt samarbeid mellom barneverntjenesten og det psykiske helsevernet for barn og unge både førte til bedre tilgang til og hyppigere bruk av psykiske helsetjenester for barnevernsbarna og til bedring i deres psykiske helse (Bai et al., 2009).

Et spørsmål som har dukka opp underveis er hvorvidt manglende samarbeid og koordinering av tiltak også fører til en slags dobbeltarbeid og dermed dårlig utnyttelse av ressursene. Ettersom barneverntjenesten har gjennomgått store endringer de senere år, både på grunn av forvaltningsreformen (Myrvold et al., 2011), og i kjølvannet av den også ei heving av den faglige kompetansen og tilegnelse av nye, evidensbaserte tiltak, har den kanskje selv blitt i stand til å ivareta noen av de funksjonene BUP tradisjonelt har hatt. Dette kan ha bidratt til at de to instansene delvis jobber på samme måte med de samme utfordringene og problemene ved sida av hverandre, det Kristofersen (2007) beskriver som parallell-løp.

Det er imidlertid ingen prosesser rundt avklaring av felles målsettinger/ oppgavefordeling/ ansvar og evaluering, som Aamodt beskriver som så viktig for samarbeidet i den modellen de utvikla i Bærum (Aamodt, 2011). Spissformulert kan man si at hvis de ulike partenes tiltak fungerer hensiktsmessig og er virkningsfulle, så er det mer et lykketreff enn et resultat av et systematisk og strukturert samarbeid.

6. Konklusjon og videre implikasjoner

At barnevernsbarn er ei svært utsatt og sårbar gruppe med mange risikofaktorer over et bredt spekter, og at forekomsten av psykiske lidelser er mange ganger høyere enn hos den øvrige barnebefolkninga er godt dokumentert gjennom forskning (Egelund & Hestbæk, 2007; Havnen, 2013; Kayed et.al, 2015; Lehmann, 2015, Vinnerljung, 2006). Det har vært forska mest på barn som er plassert i fosterhjem eller institusjon, men det faktum at disse barna allerede på plasseringstidspunktet har erverva en omfattende psykiatrisk problematikk, noe som for manges vedkommende har skjedd mens de har mottatt hjelpetiltak i hjemmet fra barneverntjenesten, burde føre til økt oppmerksomhet med tanke på videre forskning på hjemmeboende barnevernsbarn (Havnen, 2013; Iversen et al., 2008; Lehmann, 2015). Det hviler derfor også et stort ansvar på barneverntjenesten for på et tidlig tidspunkt å fange opp barn som står i fare for å utvikle psykiske vansker. Dersom de skal bli i stand til det, formidler både BUP- og barnevernsansatte i min undersøkelse at det er behov for å øke den barnepsykiatriske kompetansen deres, og Lehmann (2015) mener de må settes i stand til å bruke standardiserte kartleggingsskjema av psykisk fungering hos barna.

På tross av det bio/psyko/sosial/pedagogiske perspektivet på psykiske lidelser som skal ligge til grunn for BUPs virksomhet (Hdir, 2015), kan en gjennom min undersøkelse få inntrykk av at BUP ser på psykiske lidelser som noe som kan isoleres og behandles av BUP, mens andre må ta seg av de øvrige sider av barnets og familiens liv. Det tradisjonelle fokuset på symptomdiagnoser synes fortsatt å dominere, noe som kan føre til at barnevernsbarnas komplekse psykiatriske problematikk og årsaken bak den ikke fanges opp i tilstrekkelig grad (Nordanger et al., 2011). En dypere forståelse av hvordan omsorgssvikt og traumatiske relasjonserfaringer preger den totale funksjonen til barn som har opplevd dette, må også føre til at det utvikles behandlingsopplegg som er tilpassa disse barnas særlige behov (Lehmann 2013). Også i barneverntjenesten er det i følge Bunkholdt (2015, s. 310) viktig å ikke glemme at mange av barnevernsfamiliene på grunn av de totale belastningene i livssituasjonen ikke har utbytte av flere av de evidensbasert metodene som barneverntjenesten også har tatt i bruk. Dette synspunktet støttes av en amerikansk metaanalyse som viser at slike metoder ikke har signifikant effekt for barn med komplekse diagnostiserte lidelser (Weisz et al., 2013).

På tross av erkjennelsen av at barnevernsbarna har større og andre behov enn øvrige BUP-pasienter synes det i min undersøkelse som dette i liten grad avspeiles i det behandlingstilbudet de får. Barnas og foreldrenes motivasjon for å ta imot og stå i et behandlingsopplegg blir beskrevet som svakere enn hos andre pasienter, slik at det er behov

for å tenke nytt om hvordan BUP skal nå dem, for eksempel ved å gi mer arenafleksible tilbud og møte barn og foreldre der de er (Lurie, 2016; Bufdir & Hdir 2016). Det er viktig at de med den mest komplekse problematikken og de største belastningene også får et tilbud hos BUP og at ansvaret for psykisk helsehjelp til denne gruppa ikke overlates til barneverntjenesten og psykiske helsetjeneste i kommunene.

Barnevernsbarnas komplekse og sammensatte problemer krever koordinert innsats fra ulike instanser, men resultatene i min undersøkelse tyder på at det fortsatt er langt fram til et tett og forpliktende samarbeid, og at det er stor avstand mellom den ideelle situasjonen som tegnes opp i utredninger og veiledere fra sentrale myndigheter på fagområdet, og den virkeligheten som BUP og barneverntjenesten erfarer i sin arbeidshverdag. De prosjektene som har vært igangsatt i løpet av de siste 2-3 årene for å utvikle samarbeid på ulike nivåer, viser imidlertid både at det er mulig å få det til og at det gjennomgående er stor tilfredshet blant dem som har deltatt i prosjektene. Det blir derfor viktig å prøve å overføre de erfaringene som er gjort til nye arenaer. Prosjektet «Familien i sentrum» i Bærum har identifisert noen viktige forutsetninger for et godt samarbeid mellom kommunal barneverntjeneste og BUP: Felles kompetansebygging, utvikling av samarbeidsavtaler og rutiner og jevnlig evalueringssmøter som holder samarbeidsprosessen i gang (Aamodt, 2011). For at dette skal kunne realiseres ser det ut som det er ei viktig forutsetning at det tilføres nye ressurser, da mangel på tid og kapasitet av mange oppleves som den alvorligste hindringa for samarbeid (Kristofersen, 2007; Lurie & Tjelflaat, 2009; Mydland et al., 2011).

De signaler som Bufdir og Hdir (2016) har gitt om behovet for å bedre tilbudet om psykisk helsehjelp til barnevernsbarn, og de tiltakene de foreslår, virker i min undersøkelse å være lite kjent blant intervjupersonene. Dersom dette skal virkeliggjøres ser det derfor ut som man må gå offensivt ut overfor målgruppene og føre BUP- og barnevernsansatte sammen for eksempel gjennom dialogkonferanser og felles kompetanseheving. Behovet for kunnskap om hverandres tjenester, arbeidsoppgaver og behandlings- og tiltaksapparat er fortsatt stort. I denne sammenhengen kan for eksempel RKBU-ene som er begge instansers felles kompetansemiljø være en sentral aktør. Ut fra de erfaringene som er gjort er det mye større sannsynlighet for å lykkes med å møte de utfordringene man står overfor, dersom man møter dem i felleskap og ikke hver for seg.

Litteraturliste (Referansestil: APA 6 utg)

- Bai, Y., Wells & R., Hillemeier, M. (2009): Coordination between child welfare agencies and mental health service providers, children's service use, and outcomes. *Child Abuse & Neglect* 33 (2009)372-381. doi:10.1016/j.chiabu.2008.10.004
- Barnevernpanelet (2011): *Barnevernpanelets rapport*. Oslo: Barne-, likestillings- og integreringsdepartementet. Henta fra:
https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Barnevern/2011/barnevernpanel_ets_rapport.pdf
- Barnevernloven (1992): *Lov om barneverntjenester*. Henta fra:
<https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=barnevernloven>
- Berg-Nielsen, T. S. (2010): Følsom, formbar og uferdig: Epigenetikk, utvikling av hjernen og stressbarhet. I Befring, E., Frønes, I. & Sørli, M.-A. (Red): *Sårbare unge. Nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Blindheim, A. (2012): Eftervirkninger av traumatiserende hendelser i barndom og oppvekst. I NOU 2012:5: *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Oslo: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet
- Braun, V. & Clarke, V. (2006): Using thematic analysis in psychology. *Quality Research in Psychology*, 2006; 3, 77-101. Doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Broberg, A., Almqvist, K. & Tjus, T. (2006). *Klinisk barnpsykologi. Utvikling på avveier*. Bergen: Fagbokforlaget A/S
- Braarud, H. C. (2012): Oppdatert kunnskap om tidlig utvikling med tanke på kompenserende tiltak, inkludert å hente barnet. I: NOU 2012:5: *Bedre beskyttelse av barns utvikling*. Oslo: Barne- likestillings- og inkluderingsdepartementet
- Buudir (2017): Barnevern. Statistikk. Henta 20.10.17 fra:
https://www.buudir.no/Statistikk_og_analyse/Barnevern/Barn_og_unge_med_tiltak_fra_barnevernet/
- Buudir & Hdir (2015): Samarbeid mellom barneverntjenester og psykiske helsetjenester til barnets beste (Rundskriv IS-11/2015). Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektorat

- Bufdir & Hdir (2016): *Oppsummering og anbefalinger fra arbeidet med helsehjelp til barn i barnevernet*. Oslo: Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet og Helsedirektorat
- Bunkholdt, V. (2015): Tilknytningsteori og metoder. *Tidsskriftet Norges barnevern*, vol 92, nr 4, 2015. Oslo: Universitetsforlaget
- Clausen, S. E. & Kristofersen, L. B. (2008): *Barnevernsklienter i Norge 1990-2005. En longitudinell studie*. Oslo: NOVA Rapport nr 03/08
- Dalland, O. (2012): *Metode og oppgaveskriving*. (5. utg) Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Egelund, T. & Hestbæk, A.-D. (2007): Små børn anbragt uden for hjemmet. Resultater fra et dansk longitudinelt studie af anbragte børn fra 1995-kohorten. *Nordisk Sosialt Arbeid* vol 27, nr 2 2007, s 120-133. Universitetsforlaget.
- Fossum, S., Lauritzen, C. & Vis S. A. (2014): *Samhandling og samarbeid mellom barnevern og psykisk helsevern – en kunnskapsoversikt* (Rapport nr. 5 2014). Tromsø: Regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord. Henta 31.10.17 fra:
<https://uit.no/Content/395822/Rapport5.2014.pdf>
- Fylkesmannen i Hordaland (2016): «*Dei forstod meg ikkje*». Tilsynsrapport 19.september 2016. Fylkesmennene i Hordaland, Rogaland og Troms. Henta fra:
<https://www.fylkesmannen.no/Hordaland/Barn-og-foreldre/Barnevern/Ida-fekk-ikkje-forsvarleg-hjelp/>
- Grøholt, B., Garløv, I., Weidle, B. & Sommerschild, H. (2015): *Lærebok i barnepsykiatri*. (5. utg) Oslo: Universitetsforlaget
- Havnen, K. S., Jakobsen, R. & Stormark K. M. (2009): Mental Health Problems in Norwegian School Children Placed Out-of-home: The Importance of Family Risk Factors. *Child Care in Practice*, Vol 15, No 3, 235-250. doi:10.1080/13575270902891115
- Havnen, K (2013): *Mellom psykisk helse og barnevern - Ein studie av psykiske vanskar hos barn plasserte utanfor heimen; førekomst, variasjon og utvikling*. Doktorgradsavhandling, ved NTNU, Trondheim, SVT-fakultetet
- Havnen, K. S., Breivik, K. & Jakobsen, R: (2014) Stability and change - a 7- to 8-year follow-up study in Norwegian children in long-term out-of-home care. *Child and Family Social Work* 19, 292-303. doi:10.1111/cfs.12001

- Heiervang, E., Stormark, K. M., Lundervold, A. J., Heimann, M., Goodman, R., Posserud, M.-B., ... Gilberg, C. (2007): Psychiatric Disorders in Norwegian 8- to 10-Year-Olds: An Epidemiological Survey of Prevalence, Risk Factors, and Service Use. *American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 46:4, April 2007. doi: 10.1097/chi.0b013e31803062bf
- Heiervang, E. (2008): Riktigere prioritering i psykisk helsevern. I: *Barn i Norge 2008: Sårbar og sist i køen*, Oslo: Voksne for barn
- Helsedirektoratet (2016): *Aktivitetsdata for psykisk helsevern for barn og unge 2015*. Oslo: Helsedirektoratet, Norsk pasientregister. Henta fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/aktivitetsdata-for-psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet (2008): *Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge* (Veileder IS- 1570). Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedirektoratet (2015): «Prioriteringsveileder – psykisk helsevern for barn og unge». Oslo: Helsedirektoratet. Henta fra: <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/psykisk-helsevern-for-barn-og-unge>
- Helsedirektoratet (2017): *Forsvarlig helsehjelp til 13 år gammel jente*. Henta 14.10.17 fra <https://www.helsetilsynet.no/no/Toppmeny/Presse/Nyhetsarkiv/Forsvarlig-helsehjelp-til-13-ar-gammel-jente/>
- Helsetilsynet (2012): *Mytar og anekdotar eller realitetar? Barn med tiltak frå barnevernet og tenester frå psykisk helsevern for barn og unge. Ei kunnskapsoppsumming*. (Rapport 5/2012). Oslo: Helsetilsynet:
- Iversen, A. C., Jakobsen, R., Havik, T., Hysing, M. & Stormark, K. M. (2007): Mental Health Problems among Child Welfare Clients Living at Home. *Child care in Practice*, Vol 13, No 4, 387-399. doi: 10.1080/13575270701488790
- Iversen, A. C., Jakobsen, R., Havik, T., & Stormark, K. M. (2008): Psykiske vansker hos hjemmeboende barn med tiltak fra barnevernet. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, Nr 1, s. 3-9
- Kayed, N. S., Jozefiak, T., Rimehaug, T., Tjelflaat, T., Brubakk, A. M. & Wichstrøm, L. (2015): *Psykisk helse hos barn og unge i barneverninstitusjoner*. Trondheim: NTNU

Henta fra:

https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Barnevernrapport_RKBU.pdf/fb0b753b-bdab-4224-b607-5bfe2f1ee32e

- Kristofersen, L. B. (2007): *Tilgjengelighet og samarbeid: mer fleksible hjelpetjenester?* NIBR-rapport 2007:13. Oslo: Norsk institutt for by- og regionforskning
- Kvale, S. & Brinkmann, S: (2015): *Det kvalitative forskningsintervju*. (3. utg) Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kvællø, Ø. (2010): *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk
- Kaasbøll, J., Melby, L. & Ådnanes, M. (2017): *Evaluering av pilotprosjektet "Kartlegging av barn og unges psykiske helse ved inntak i barnevernsinstitusjon og samhandling om videre tilbud ved behov"*. Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn. Rapport nr 2017:00169
- Lehmann, S., Havik, O. E., Havik, T. & Heiervang, E. R. (2013): Mental disorders in fosterchildren: A study of prevalence, comorbidity and risk factors. *Child and Adolescent Psychiatry and Mental Health* 2013, 7:39. doi:10.1186/1753-2000-7-39
- Lehmann, S. (2015): *Mental Disorders in Foster Children: A Study of Prevalence, Comorbidity, and Risk Factors*. Doktorgradsavhandling ved Universitetet i Bergen, Psykologisk fakultet, RKBU Vest
- Lurie, J. & Tjelflaat, T. (2009): *Samarbeid og samordning mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatri i Norge. Kunnskap om forskning, offentlige føringer, avtaler og nyere tiltak* (Rapport 14/2009). Trondheim: NTNU Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge
- Lurie, J. & Ulset, G. (2010). *Child Protection Services and Child and Adolescent Psychiatry in Trøndelag: A study of families' experience with help from both services* (Rapport 17/2010) Trondheim: NTNU Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge
- Lurie, J. (2011). *Access to Child and Adolescent Psychiatry for Users of Child Protection Services in Mid-Norway – A study of employees' experiences with access* (Rapport 19/2011). Trondheim: NTNU Barnevernets utviklingscenter i Midt-Norge

- Lurie, J. (2016): *Erfaringer med etablering av felles institusjoner for psykisk helse og barnevern* Rapport 5/2016. Trondheim: NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge. Henta fra: <https://www.ntnu.no/documents/10293/1263899358/Rapport+5-2016+LURIE+-+WEB.pdf/dae794fa-114a-4432-86fe-0726a39f39e1>
- Lurie, J. (2017): *Evaluering av "Akutten i Nord-Trøndelag"* (Rapport 8/2017). Trondheim: NTNU Regionalt kunnskapssenter for barn og unge.
- Malterud, K (2011): *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K (2012): Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Journal of Public Health, 2012, 40: 795-805*. doi:10.1177/1403494812465030
- Moe, R., G. & Mothander, P., R. (2010): Kartlegging og diagnostisering av vansker hos sped- og småbarn. I Moe, V., Slinning K. & Hansen, M. B. (red.). I *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 610-635). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Mykletun, A., Knudsen, A., K. & Mathisen, K., S. (2009): *Psykiske lidelser i Norge*. Oslo: Fokkehelseinstituttet
- Myrvold, T. M., Møller, G., Zeiner, H. H., Vardheim, I., Helgesen, M. K. & Kvinge, T. (2011). *Den vanskelige samhandlingen. Evaluering av forvaltningsreformen i barnevernet*. Oslo, NIBR-rapport 2011:25
- Nordanger, D. Ø. & Braarud, H. C. (2011): Kompleks traumatisering hos barn: En utviklingspsykologisk forståelse. *Tidsskrift for den norske psykologforening 2011, 48, 968-972*
- Nordanger, D. Ø., Braarud, H. C., Albæk, M. & Johansen, V. A. (2011): Developmental trauma disorder: En løsning på barnetraumatologifeltets problem? *Tidsskrift for den norske psykologforening 2011, 48, 1086-1090*
- NOU 2009: 22 (2009): *Det du gjør, gjør det helt. Bedre samordning av tjenester for utsatte barn og unge*. Oslo Barne- og likestillingsdepartementet
- Nøvik, T. S. & Lea, R. A. (2010): Diagnostikk i barne- og ungdomspsykiatri. I: *Veileder i BUP*. Del 1, kap 1 (3. utg). Norsk barne- og ungdomspsykiatrisk forening. Oslo <http://legeforeningen.no/Fagmed/Norsk-barne--og-ungdomspsykiatrisk-forening/Faglig-veileder-for-barne-og-ungdomspsykiatri>

- Rambøll Management Consulting (2012): *Forvaltningsreformen. Deloppdrag E*. Oslo: Rambøll Management Consulting. Henta fra: https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/BLD/Barnevern/2012/Evaluering_for_valtningsreformen.pdf
- Riedl, T. (2008): Samhandling mellom barneverntjenesten og BUP - sett fra en juridisk synsvinkel. *Barn i Norge 2008: Sårbar og sist i køen*. Oslo: Voksne for barn
- Smith, L. (2010). Tidlig utvikling, risiko og patologi. I Moe, V., Slinning K. & Hansen, M. B. (red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 29-52). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Sosial og helsedirektoratet (2007): *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene* (Veileder IS-1405). Oslo: Sosial- og helsedirektoratet
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999): *Lov om spesialisthelsetjeneste m.m.* Henta fra: <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61?q=spesialisthelsetjenesteloven>
- Starks, H. & Brown Trinidad, S. (2007): Choose Your Method: A Comparison of Phenomenology, Discourse analysis and Grounded Theory. *Qualitative Health Research Volume 17*, 10. doi: 10.1177/1049732307307031
- Stormark, K. M. (2010). Fysiologiske responsystemer for emosjonsregulering hos sped- og småbarn. I Moe, V., Slinning K. & Hansen, M. B. (red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 157-170). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Tetzchner, S. (2012). *Utviklingspsykologi* (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk forlag AS
- Thurén, T. (2009): *Vitenskapsteori for nybegynnere* (2. utg). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS
- Vinnerljung, B. (2006): Fosterbarn som unga vuxna – en översikt av resultat från några nationella registerstudier. *Socialmedicinsk tidsskrift* 1/2006. Henta 31.10.17 fra <http://www.socialmedicinsktidsskrift.se/index.php/smt/article/viewFile/1178/970>
- Walhovd, K. B. & Fjell, A. M. (2010). Tidlig sentralnervøs utvikling og betydningen av ytre forhold, stimulering og omsorgsmiljø. I Moe, V., Slinning K. & Hansen, M. B. (red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s 67-91). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag

- Weisz, J. R., Kuppens, S., Eckstein, D., Ugueto, A. M., Hawley, K. M. & Jenssen-Doss, A. (2013) Performance of Evidence-Based Youth Psychotherapies Compared With Usual Clinical Care A Multilevel Meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2013,7(7): 750-761
- Zachrisson, H. D. (2010): Tilknytning og psykisk helse hos sped- og småbarn. I Moe, V., Slinning K. & Hansen, M. B. (red.). *Håndbok i sped- og småbarns psykiske helse* (s. 285-302). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag
- Ådnanes, M., Dalseng Haugen, G.M. & Melby, L. (2016). *Forsøk på felles tverrfaglig akuttjeneste for barnevern og psykisk helsevern. Evaluering av Akuttprosjektet i Kristiansand* (Rapportnr 2017:00169). Trondheim: SINTEF Teknologi og samfunn Avdeling Helse.
- Aamodt, I. (2009): Grenser for makt og ansvar. Institusjonelle rammebetingelser og praktisk handling i samarbeidet mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP). *Fokus på Familien*, volum 37 1/2009, s. 3-19
- Aamodt, L. G. (2011). *Samhandling mellom barnevern og BUP: Kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal akademiske
- Aamodt, L. G. (2012): Forholdet BUP – barnevern. *Tidsskriftet Norges barnevern*, volum 89 nr 1-2, s 46-56. Oslo: Universitetsforlaget

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i intervjuundersøkelse: «Samarbeid mellom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien»

Jeg er masterstudent på deltid i «Barn og unges psykiske helse» ved det medisinske fakultet ved NTNU. I masteroppgaven min ønsker jeg å se nærmere på barnevernsbarns tilbud om psykisk helsehjelp og i den forbindelse på ulike sider ved samarbeidet mellom barneverntjenesten og barne- og ungdomspsykiatrien (BUP). Dette er et tema det har vært mye oppmerksomhet rundt de siste åra og også er blitt forsket en del på, noe som jeg vil bruke som bakgrunnsstoff i oppgaven min. Jeg ønsker imidlertid å intervju personer som arbeider i den kommunale barneverntjenesten og i BUP for å høre hvordan de opplever samarbeidet, hvilke forventninger de har til hverandre, hva de mener fremmer eller hindrer et godt samarbeid, hvordan de ser på ulike sider ved barnevernsbarns psykiske helse og behandlingsbehov og hvordan dette kan ivaretas på best mulig måte i framtida.

Godkjenning

Prosjektet er godkjent av personvernombudet ved Norsk Senter for forskningsdata (NSD) 31.10.16.

Metode

I undersøkelsen vil jeg benytte kvalitativ metode og ønsker å intervju 3-4 BUP-ansatte som har erfaring fra samarbeid med barneverntjenesten og 3-4 barnevernsansatte som har erfaring fra samarbeid med BUP. For å sikre at de som blir intervjuet har erfaring av et visst omfang, bør de som et minimum ha hatt 5 saker med barn som både har tilknytning til BUP og barneverntjenesten.

Som utgangspunkt for intervjuet vil jeg bruke en intervjuguide, men det er ønskelig at de som blir intervjuet opplever at de kan snakke relativt fritt om de temaene som blir tatt opp, mao et semistrukturert intervju. Intervjuet vil ta inntil 1 time.

Det vil bli gjort lydopptak av intervjuet som i ettertid vil bli transkribert til tekst for videre behandling/analyse. Lydfilene lagres midlertidig på en ekstern harddisk som krypterer filene, og disse vil bli sletta så snart de er ferdig transkriberte. Informantene vil være anonyme, det vil si det vil hverken bli brukt navn på informantene eller på arbeidsstedene deres, og informasjonen vil ikke kunne føres tilbake til de som har deltatt.

Videre bearbeiding og presentasjon av resultatene

Informasjonen som kommer fram i intervjuet vil bli analysert og bearbeidet mtp å finne likhetstrekk og forskjeller, tema som går igjen eller merker seg ut som vesentlige osv. Resultatene vil bli presentert i masteroppgaven som skal ferdigstilles innen 01.05.17 og etter hvert blir tilgjengelig ved NTNU. Dersom deltakerne i undersøkelsen ønsker det, vil de kunne få tilgang til oppgaven når den er ferdig.

Deltakelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen, og samtykke til å delta kan på ethvert tidspunkt trekkes tilbake uten nærmere begrunnelse (jf samtykkeerklæring nedenfor)

Kontaktinformasjon

Student: Tone Strømholt, e-post: tstromholt@gmail.com tlf nr 47256025

Vegleder: Torill Tjelflåt, e-post: torill.tjelflaat@ntnu.no

Bivegleder; Frode Stenseng, e-post: frode.stenseng@samfunn.ntnu.no

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt skriftlig informasjon om studien som er presentert ovenfor og samtykker med dette til å delta. Jeg er informert om at jeg på hvilket som helst tidspunkt av studien kan trekke samtykket mitt tilbake uten nærmere begrunnelse.

.....

Sted/dato

Navn

Intervjuguide

Deltakerne vil innledningsvis bli informert om at formålet med undersøkelsen er å få større forståelse for hvordan samarbeidet mellom barneverntjenestene og BUP fungerer og hvilken betydning samarbeidet kan ha for det tjenestetilbudet barna får fra begge instansene. De vil bli minna om at de har taushetsplikt og at de må unngå å bruke eksempel som vil kunne identifisere andre personer, både fra pasient-/klientgruppa og blant andre ansatte/samarbeidspartnere.

Tema for sjølve intervjuet:

- Erfaring med samarbeid på pasient/klientnivå og på systemnivå
- Gode og dårlige samarbeidserfaringer; hindringer og suksessfaktorer i samarbeidet
- Kunnskap om og forståelse av hverandres roller og arbeidsoppgaver
- Forventninger til hverandre som fagpersoner/-instanser
- Opplevelse av likeverd/gjensidig respekt for hverandre og tillit til hverandres kompetanse
- Forståelse av barnevernsbarnas problematikk/utfordringer; likheter/forskjeller mellom dem og andre grupper, særlige utfordringer og behov
- Forståelse av/syn på årsakene til psykiske vansker hos denne gruppa av barn
- Forståelse av behandlingstilbudet som blir gitt – begrunnelse og forventa effekt av behandling

Torill Tjellfaat

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge - Psykisk helse og barnevern (RKBU Midt-Norge) NTNU
PB 8905 MTFS
7491 TRONDHEIM

Vår dato: 31.10.2016

Vår ref: 50402 / 3 / AH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 05.10.2016. Meldingen gjelder prosjektet:

50402	<i>Barnevernsbarn i barne- og ungdomspsykiatrien - en studie av behandlingstilbud og samarbeid mellom mellom den kommunale barneverntjenesten og BUP</i>
Behandlingsansvarlig	NTNU, ved institusjonens øverste leder
Daglig ansvarlig	Torill Tjellfaat
Student	Tone Strømholte

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.05.2017, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Kjersti Haugstvedt

Åsne Halskau

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