

MASTEROPPGAVE

Emnekode: SO330S

Dato: 15.11.2016

Barnevernets tiltak for og ivaretagelse av barn med
foreldre med alvorlig psykisk sykdom

Master i sosialt arbeid

Navn på kandidat: Ane Silje Arntzberg Eger

Forord

Prosesen med denne masteroppgaven har vært veldig lærerik og spennende, og den har bidratt til å gi meg mye kunnskap om hvordan barnevernet jobber. Prosesen har likevel vært lang, og det har vært både oppturer og nedturer. Jeg er glad for at jeg ikke visste hvor mye tid og arbeid det lå i å få ferdigstilt en masteroppgave før jeg begynte. Til tross for at det har vært mye slit og lange netter, har arbeidet vært så interessant at jeg tror jeg hadde valgt å gjøre det på nytt.

Jeg vil takke alle som har gjort det mulig for meg å gjennomføre en så omfattende masterstudie. Først og fremst vil jeg takke mannen min for all støtte og sønnen min for at han har vært så flink til å sove, slik at jeg har fått tid til å skrive mellom amming og bleieskift. Så vil jeg takke mammaen min for all hjelp med diskusjoner, korrekturlesning og peptalk. Jeg må også takke informantene som har delt sine tanker og erfaringer med meg. Sist, men ikke minst, vil jeg takke veilederen min, Kate Eileen Mevik, for at hun har vært tilgjengelig for meg gjennom hele skriveprosessen, og for all den hjelpen jeg har fått slik at jeg har blitt ferdig.

Sammendrag

Denne studien handler om hvilke tiltak som iverksettes overfor barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Studien er gjennomført ved bruk av kvalitativ metode, og seks informanter fra fem forskjellige kommuner har deltatt. Ellers har jeg brukt relevant litteratur i oppgaven.

I analysen tar jeg opp fire tema:

1. Barns rettigheter
2. Melding og kartlegging av familier
3. Tiltak barnevernet bruker mest
4. Hvilke behov har barna – blir barna ivaretatt?

Har barn egentlig noen rettigheter? Barnevernloven er ikke en rettighetslov. Er loven til for å beskytte foreldrene eller barna? Hvem er det som melder fra til barnevernet? Hvilke behov har barnet for tiltak? Hvilke tiltak er det som oftest brukes? Dette er noen av spørsmålene som tas opp og drøftes i analysen.

Ut fra det faktum at det finnes lite litteratur på feltet om barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom som bakgrunn, har jeg ut ifra den informasjonen jeg har samlet inn, funnet ut at det er råd og veiledning som er det mest brukte tiltaket som iverksettes overfor barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Disse barna blir ikke behandlet på noen spesiell måte, og det er ikke noe som skiller dem fra andre barn innenfor barnevernet. Jeg mener ikke at det nødvendigvis bør finnes tiltak som bare er for barn med foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Det bør likevel alltid vurderes om det er behov for tiltak når det er snakk om foreldre med alvorlig psykisk sykdom, og i de tilfellene det er behov, bør det iverksettes tiltak, for å sikre disse barna en trygg og god oppvekst.

Ifølge lov om spesialisthelsetjenester § 3-7a skal det være en barneansvarlig som skal kartlegge hvorvidt pasienten har barn, og gi informasjon til barnet. Ifølge Ruud m.fl. (2015) er det ofte slik at helsepersonell ikke melder fra til barnevernet om at det finnes et barn med psykisk syke foreldre i andre tilfeller enn der det har gått så langt at det er snakk om alvorlig omsorgssvikt. Min mening er at helsepersonell som jobber med psykisk syke foreldre, alltid bør melde fra til barnevernet, så kan barnevernet ta en vurdering om barnet trenger hjelp. I

min undersøkelse kommer det frem at det ofte er råd og veiledning som er det tiltaket som oftest settes i verk når det er foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Det er dermed ikke tiltak som iverksettes direkte overfor barnet. Hvis helsepersonell alltid hadde meldt fra til barnevernet om at de har pasienter som er psykisk syke og som har mindreårige barn, kunne barnevernet ha kommet mye tidligere på banen og gjort forebyggende tiltak som ville ha vært til reell hjelp for barnet. Barnevernet har mange gode tiltak, som også kan støtte barn med foreldre med alvorlig psykisk sykdom. De bør sette inn tiltak for å forebygge at barna utvikler psykisk sykdom selv eller får andre problemer. Det kan for eksempel iverksettes tiltak som familieråd for å inkludere hele familien og der det kartlegges hvem som kan bidra med hva. Det kan iverksettes tiltak som leksehjelp, hjelp i hjemmet, barnehage eller SFO. Det kan være snakk om besøkshjem, samtalegruppe for barn eller psykolog til barn. Selv om dette er mange flotte tiltak, kan man spørre om det også burde finnes evidensbaserte tiltak? Evidensbaserte tiltak er tiltak eller metoder som er vitenskapelig dokumentert som effektive. Det vil jeg drøfte videre i oppgaven.

Innhold

| | |
|--|-----------|
| 1 Innledning | 6 |
| 1.1 Valg av tema og problemstilling | 6 |
| 1.2 Begrepsavklaring | 9 |
| 1.3 Denne oppgavens oppbygning | 9 |
| | |
| 2 Teoretisk forankring | 11 |
| 2.1 Barn som pårørende – en landsomfattende studie..... | 11 |
| 2.2 Barnevernets oppgaver | 13 |
| 2.2.1 Hjelpetiltak | 13 |
| 2.2.2 Barnets beste | 15 |
| 2.3 Kunnskapssynet i barnevernet..... | 16 |
| 2.4 Risiko- og beskyttelsesfaktorer | 18 |
| 2.4.1 Risikofaktorer..... | 19 |
| 2.4.2 Beskyttelsesfaktorer | 23 |
| 2.4.3 Tilknytning | 24 |
| 2.5 Foreldrefungering | 25 |
| 2.5.1 Omsorgssituasjon | 30 |
| 2.6 Forebygging | 32 |
| | |
| 3 Metode | 35 |
| 3.1 Datainnsamling..... | 36 |
| 3.1.1 Intervjuguide | 37 |
| 3.1.2 Rekruttering..... | 39 |
| 3.1.3 Gjennomføring og transkribering av intervjuene | 40 |
| 3.2 Forskerens førforståelse | 42 |
| 3.3 Analysen..... | 43 |
| 3.4 Etikk og personvern | 44 |
| 3.5 Kvaliteten i forskningen | 45 |
| 3.6 Kilde- og metodekritikk | 46 |

| | |
|---|------------|
| 4 Analyse | 50 |
| 4.1 Introduksjon | 50 |
| 4.2 Barns rettigheter | 51 |
| 4.3 Melding og kartlegging av familier | 59 |
| 4.4 Tiltak barnevernet bruker mest | 65 |
| 4.5 Hvilke behov har barna – blir de ivaretatt? | 73 |
| | |
| 5 Sammenfatning og avslutning | 86 |
| | |
| Litteraturliste | 90 |
| Vedlegg 1 | 100 |
| Vedlegg 2 | 102 |
| Vedlegg 3 | 103 |

1 Innledning

1.1 Valg av tema og problemstilling

Jeg har en bachelorgrad i barnevern og tar nå mastergraden i sosialt arbeid med erfaringsbasert fordypning i barnevern. Siden det studiet jeg tar, omhandler barnevern, er det naturlig at mye av undervisningen handler om barnevernet. Det er fra disse forelesningene min interesse for å bruke barnevernet som undersøkelsesplattform ble til. Det ble da naturlig for meg å velge tema og problemstilling innenfor barnevernet. Temaet jeg har valgt er: ivaretagelse av barn innenfor barnevernet med alvorlig psykisk syke foreldre. Grunnen til at det var akkurat foreldre med psykisk sykdom som interesserte meg, var at psykisk sykdom er et veldig aktuelt tema nå. Media inneholder mye omtale om psykisk sykdom, og veldig mye om at forekomsten av psykiske lidelser blant unge øker. Blant annet viser en rapport fra «ungdata» (2013) at det er en økning av psykiske helseplager blant ungdom. Hva er årsakene til dette? Er det fordi mange barn og unge vokser opp med foreldre med psykisk sykdom og ikke får den hjelpen og støtten de trenger? Eller er det rett og slett fordi det er blitt større åpenhet rundt temaet?

Jeg kom tidlig inn på dette temaet i og med at vi har hatt mye undervisning om psykisk syke foreldre og om tiltak i barnevernet. Jeg kom blant annet også opp i temaet psykisk syke foreldre til en muntlig eksamen i bachelorutdanningen. Jeg leste mye litteratur om psykisk syke foreldre, barnevernets arbeidsoppgaver og tiltakene barnevernet benytter seg av. Jeg fant lite forskning som gikk direkte på hvilke tiltak som ble iverksatt overfor barn innenfor barnevernet, som hadde foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Dette betyr ikke at det ikke finnes litteratur på dette området, men jeg fant lite, og informantene jeg snakket med visste ikke om forskning på området. Jeg ville derfor finne ut om det fantes en sammenheng mellom det «problemet» at barn har alvorlig psykisk syke foreldre, og hvilke tiltak som blir iverksatt.

I denne masteroppgaven har jeg derfor valgt å undersøke hvilke tiltak som settes i verk og hvordan disse barna blir ivaretatt. Dette ønsker jeg å gjøre fordi situasjonen for barn med foreldre som har psykiske lidelser har fått økt oppmerksomhet de siste årene. Det har for eksempel vært økt fokus på behovet for mer kunnskap om barns situasjon når foreldre er psykisk syke (Torvik og Rognmo, 2011). Det kommer også jevnlig frem at pasientens barn ikke blir ivaretatt innen psykisk helsevern for voksne, selv om foreldre som har psykiske lidelser ønsker at behandlerne snakker med dem om barna (Grøsfjeld, 2004). I en undersøkelse gjort av Ruud m.fl. (2015), kommer det frem at 85 % av helsepersonell snakker

med pasienter om foreldrerollen i løpet av en tomåneders periode. Det kan altså tyde på at helsepersonell er blitt flinkere på dette området de siste årene.

Problemstillingen jeg skal forsøke å besvare, er:

«Hvilke tiltak iverksettes overfor barn innenfor barnevernet, som har foreldre med alvorlig psykisk sykdom, og hvordan ivaretar barnevernet disse barna?»

For å belyse problemstillingen min har jeg satt meg inn i et bredt spekter av litteratur. Jeg har også hatt fokus på barnekonvensjonen, barnevernloven og helsepersonelloven. Videre har jeg brukt mye stoff fra resultatene fra en multisenterstudie fra 2015 som heter «Barn som pårørende» av Ruud m.fl. Jeg har også benyttet meg en del av boken «Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid» fra 2015 av Bunkholdt og Kvaran. Selv om det kanskje er disse kildene jeg har vektlagt mest, har jeg også lest og brukt mye annen relevant litteratur.

Foreldre har selv i økende grad gitt uttrykk for at de ønsker å snakke om foreldrerollen og vanskene ved å mestre den, de har også reist kritikk mot helsevesenet for at det i liten grad inkluderer familien og spesielt barnas situasjon i behandlingen. Det kan virke som om behandlere i psykisk helsevern og det øvrige personalet i liten grad har interessert seg for situasjonen til pasientens barn. De hevder at det kan virke som at det nærmest er tilfeldig om psykisk helsevern for voksne ser det som sin oppgave å ivareta pasienters barn (Mevik og Trymbo, 2002). Helsepersonell ønsker ofte ikke å samtale med pasienters barn, og de er utrygge når det gjelder å snakke med pasientene om foreldrerollen. Mangel på livserfaring eller frykt for å tråkke over i den private sfære kan være grunnen til dette (Ruud, 2015).

I 2008 var det ca. 65 000 barn som hadde foreldre som fikk behandling for psykiske lidelser, viser pasienttellingene fra SINTEF (Lilleeng m.fl., 2009). I en rapport fra 2011 beregnet Torvik og Rognmo at 410 000 barn hadde en eller to foreldre med en psykisk lidelse. Det er dermed naturlig å regne med at det er et ukjent antall barn med foreldre som ikke søker hjelp for problemene sine (Torvik og Rognmo, 2011). Ifølge helsedirektoratet 2014 (samdata spesialisthelsetjenesten, 2013) var det 128 001 innen psykisk helsevern for voksne.

Dette førte til økt satsing på psykisk helse blant barn og unge, deriblant gjennom opptrappingsplanen for psykisk helse. Den hadde som formål å fremme uavhengighet, selvstendighet og evne til å mestre eget liv. Hovedtiltakene var å gi brukerstyring og informasjon, styrke de kommunale tilbudene, omstrukturering og utbygging av psykisk

helsevern for voksne, utbygging av psykisk helsevern for voksne, stimulering av utdanning og forskning og styrking av tilbudet om arbeid og sysselsettingstiltak (www.regjeringen.no).

Den 19. juni 2009 vedtok Stortinget endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Formålet med disse endringene var å sikre at helsepersonell skulle ivareta det informasjons- og oppfølgingsbehov som barn har som pårørende.

Endringene trådte i kraft 1. januar 2010. Bestemmelsene skal sikre at barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke eller skadede skal bli fanget opp tidlig.

Hensikten med lovendringene er at det blir igangsatt prosesser som setter foreldre og barn i bedre stand til å mestre situasjoner som kan oppstå når foreldre blir alvorlig syke, samt å forebygge problemer hos foreldre og barn (Rundskriv 15-5/2010).

Jeg ser det som veldig interessant å se nærmere på hvilke tiltak som settes i verk overfor barn av alvorlig psykisk syke foreldre, og da spesielt barn med alvorlig psykisk syke foreldre som allerede er innenfor barnevernet. Jeg ønsker å finne ut om disse barna som har foreldre med alvorlig psykisk sykdom, blir fulgt opp slik som det står i loven. Hvem kvalitetssikrer dette arbeidet? Hvilke tiltak iverksettes overfor disse barna? Ifølge barnevernloven § 6-4 kan barnevernet innhente opplysninger fra alle rundt barnet, også om psykisk helse, både når det gjelder barnet og foreldrene.

Det kommer blant annet frem gjennom forskning at foreldre ønsker at barna skal inkluderes i behandlingsopplegget (Mevik og Trymbo, 2002). Det er også en økende grad av foreldre som søker hjelp for psykiske lidelser. Stortinget har vedtatt lovendring som skal fange opp og ta hånd om barn av psykisk syke ifølge helsepersonelloven § 10a. Denne loven plikter psykisk helsevern å fange opp og melde fra om de har pasienter med barn. Dette bidrar til at barnevernet lettere fanger opp barn som har psykisk syke foreldre.

I denne oppgaven vil jeg forsøke å belyse hvorvidt barn som er innenfor barnevernet og har alvorlig psykisk syke foreldre, spesielt ivaretas innenfor barnevernet, eller om de møtes på samme måte som ethvert barn innenfor barnevernet. Hvis disse barna ikke blir spesielt ivaretatt innenfor barnevernet, hva er årsaken? Er barnevernet flinke nok til å se og forstå barnet ut fra den bagasjen barnet har med seg, uansett hva den bagasjen er? Har disse barna noen krav utover det alle sårbare barn har krav på? Her må også barnekonvensjonen legges til grunn – blir disse barna virkelig hørt, og jobber barnevernet med utgangspunkt i barnets beste når foreldrene er psykisk syke, eller ut fra hva som er foreldrenes beste? Dette er noen av spørsmålene jeg skal forsøke å besvare i oppgaven.

1.2 Begrepsavklaring

I denne oppgaven har jeg valgt å benytte samlebetegnelsen «alvorlig psykisk syke foreldre», som omfatter foreldre som har en alvorlig psykisk lidelse. Jeg skiller dermed ikke mellom forskjellige psykiske lidelser eller foreldre som har fullt eller delt ansvar for barnet. Det disse barna har til felles, er at de er innenfor barnevernet og at de har en eller to foreldre som har en alvorlig psykisk lidelse. Teorien jeg benytter meg av, omhandler ikke nødvendigvis barn innenfor barnevernet med alvorlig psykisk syke foreldre, men barn av alvorlig psykisk syke foreldre generelt og barn innenfor barnevernet generelt.

Psykiske lidelser defineres slik:

Psykiske lidelser, sykdommer og lidelser av psykisk eller mental karakter; ofte medfører de endret oppførsel og væremåte hos pasienten. Årsaken kan være genetisk, fysiokjemisk, psykologisk eller sosial. (Malt, Ulrik. 2015, 25. september).

Barn innenfor barnevernet:

Med barn innen barnevernet menes det barn i familier som er i en undersøkelse eller barn som mottar hjelp i ulike former fra barnevernet.

1.3 Denne oppgavens oppbygning

Jeg har valgt å dele oppgaven inn i fem ulike kapitler med flere underkapittel.

I det første kapitlet har jeg en innledning til oppgaven. Her blir problemstilling og bakgrunn for valg av tema presentert, samtidig som jeg avklarer viktige nøkkelbegrep.

I det andre kapitlet blir oppgavens teoretiske forankring presentert. Først ser jeg i punkt 2.1 nærmere på barnet som pårørende. I punkt 2.2 ser jeg så på barnevernets oppgaver når det gjelder hjelpetiltak og barnets beste. Deretter tar jeg for meg kunnskapssynet i barnevernet, før jeg i punkt 2.4 skriver litt om ulike risiko- og beskyttelsesfaktorer og om tilknytning. Foreldrefungering og omsorgssituasjonen omtales i punkt 2.5. Kapittel 2 avsluttes med punkt 2.6, der jeg tar for meg forebygging.

I oppgavens kapittel 3 vil jeg gjøre rede for de ulike metoder jeg har lagt til grunn for undersøkelsen, både når det gjelder datainnsamling, intervjuguide, rekruttering av informanter og gjennomføring og transkribering av intervjuene. Jeg vil også redegjøre for hvordan

datamaterialet er tolket og analysert, og for forskerens førforståelse. Videre i dette kapitlet tar jeg for meg etikk og personvern, kvaliteten i forskningen og kilde og metodekritikk.

I kapittel 4 vil jeg analysere funnene og drøfte dem opp mot problemstillingen, samtidig som jeg ser dem i lys av forskjellig teori. Jeg vil i underkapitlene her ta for meg barns rettigheter, melding og kartlegging av familier og hvilke tiltak barnevernet bruker mest. Jeg avslutter dette kapitlet med å se litt på hvilke behov barna har, og om barna blir ivaretatt

I kapittel 5 vil jeg komme med en oppsummering av de funnene jeg har gjort og presentere noen tanker rundt det jeg mener bør gjøres fremover for disse barna.

2 Teoretisk forankring

I dette kapitlet skal jeg trekke frem teori som jeg anser som relevant i forhold til å besvare problemstillingen min: *Hvilke tiltak iverksettes overfor barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom, og hvordan ivaretar barnevernet disse barna?* I litteratursøkene jeg har gjort, finner jeg ut at teoriene rundt dette temaet stort sett er generelle, de omfatter altså alle barn som lever med en eller flere foreldre med psykisk sykdom, og ikke spesielt for de barna som er innenfor barnevernet. Mye av litteraturen omhandler også barn innenfor barnevernet, ikke bare de som har foreldre med psykisk syke foreldre. Jeg fant en Fafo-rapport av Gjerustad m.fl. (2006), som tar for seg kommunens bruk av hjelpetiltak i barnevernet, der det blir sett nærmere på hvilke tiltak barnevernet iverksetter når foreldre er psykisk syke.

For å finne relevant litteratur har jeg primært søkt på søkemotorene «Bibsys» og «Oria», men også noe på Google. Jeg har funnet frem til litteratur og masteroppgaver/doktoravhandlinger fra ulike universiteter i Norge, som har vært relatert til min problemstilling. Jeg har brukt søkeord som: barn + barnevern, psykisk sykdom + barn + foreldre, barn av psykisk syke, tilknytning, og mange flere. Målet med denne litteratursøkingen har vært å finne litteratur jeg kunne benytte, men også å finne ut hvorvidt det allerede har vært skrevet noe om det problemområdet som jeg jobber med.

2.1 Barn som pårørende – en landsomfattende studie

Fra 1998 gjennomførte organisasjonen Voksne for barn, på oppdrag fra Helsedirektoratet, et tverrfaglig kompetansehevingsprogram, «Når mor eller far er psykisk syk», i alle landets fylker. I en landsomfattende kartlegging finner en at det er utviklet en rekke ulike tiltak, de fleste i etterkant av opplæringsprogrammet «Voksne for barn». Disse tiltakene er imidlertid fortsatt i stor grad knyttet til ildsjeler og ulike prosjekter, og det er et sterkt behov for en klarere forankring i arbeidet og strukturer som sikrer stabil drift. Det er også et stort behov for videre evaluering av de ulike tiltakene. Det er behov for samarbeid mellom etatene som har med barn og den syke forelderen å gjøre. Ingen har ansvar for å kjenne hele familien. At hjelpeapparatet er fragmentert, er en utfordring for familier som lever med sykdom (Aamodt og Aamodt, 2005).

Ruud m.fl. (2015) gjennomførte nylig en stor undersøkelse som viser at helsevesenet mangler både kompetanse og systemer som ivaretar barn som pårørende blant annet når foreldrene er

psykisk syke. Noen av hovedfunnene i rapporten *Barn som pårørende* er at behovene for informasjon og tilpasset hjelp er betydelige, men i stor grad udekkede. Barn og ungdom har behov for å snakke om sin situasjon, men mange får ikke tilstrekkelig informasjon til å forstå sine foreldres sykdom og konsekvensene av denne. Barn av psykisk syke foreldre rapporterer også lavere livskvalitet enn normalbefolkningen, og foreldrene tror at barnas livskvalitet er bedre enn barna selv beskriver. Familiene har generelt stort behov for praktisk hjelp i hjemmet, men får nesten ikke slik hjelp av kommunale instanser. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten følger bare delvis opp helsepersonelloven § 10a.

På bakgrunn av funnene de gjorde i undersøkelsen, har de kommet frem til en rekke tiltak for å bedre situasjonen rundt barn og foreldre. Tiltakene går i stor grad ut på å støtte familien, gi dem den kunnskapen de trenger, og se og høre barna. De peker på at det er viktig å arbeide forebyggende, og å ha klare mål og strategier for forbedring og kvalitetssikring. Det bør utvikles modeller for tverrfaglig samarbeid, og det bør benyttes kunnskapsbaserte modeller som følges av forskning slik at det kan utvikles evidensbaserte tiltak. Familiene bør møtes der de er, få økonomisk trygghet og følges opp over tid, familiene bør få helhetlig oppfølging (Ruud m.fl. 2015).

I samme rapport, *Barn som pårørende* av (Ruud m.fl. 2015), kommer det frem at bare 1/10 av helsepersonell som møter syke foreldre, sender henvisning om oppfølging av barnet til barnevernet. Det kommer frem at det bare er 10 % av barna som har syke foreldre, som blir meldt til barnevernstjenesten, og i de få tilfellene de blir det, er det som oftest gått så langt at det er snakk om alvorlig omsorgssvikt. Kommunikasjonen om henvisning er dårlig mellom helsepersonell og pasientene.

En fjerdedel av barna svarer at de ikke vet nok om foreldrenes sykdom og at den informasjon de har fått, har vært utilstrekkelig. 16 % av barna med foreldre innenfor psykiatrien svarte at de fikk noe eller mye hjelp fra barnevernet, mens av foreldrene til de samme barna svarte 9 % at barna deres fikk hjelp fra barnevernet. Av den friske voksne svarte 5 % at barna fikk hjelp fra barnevernet. Helsepersonellet svarte at 15 % av barna med foreldre innenfor psykiatrien får hjelp av barnevernet. Helsepersonellet ser altså ut til å tro at barna får mer hjelp enn hva foreldrene mener. Dette kan muligens medvirke til at helsepersonell melder ifra til barnevernet så sjelden som de gjør. Det er veldig stor forskjell etter hvem som blir spurt. Uansett hvem av de spurte som har rett, er tallet altfor lite. Vi vet at foreldrene ønsket at barna skulle få hjelp og at barna har behov for hjelp, både ut fra et ønske om at barna ikke skal ta

direkte eller indirekte skade av foreldrenes sykdom eller symptomer, men også for at sykdommen ikke skal generasjonsoverføres. Hele 33 % av barna som har foreldre med psykisk sykdom sier at de er misfornøyde med hjelpen de får fra barnevernet (Ruud m.fl. 2015).

2.2 Barnevernets oppgaver

Barneverntjenestens hovedoppgave er å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid, samt å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår. Omsorg for og oppdragelse av barn er i første rekke foreldrenes eller foresattes ansvar. Foreldre/foresatte kan likevel ha behov for hjelp i kortere eller lengre perioder, for eksempel på grunn av en vanskelig livssituasjon. Her kan barnevernet komme inn for å bistå barn og familier slik at barn sikres gode levekår og utviklingsmuligheter (Barne- og likestillingsdept, 2009).

Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet har et overordnet ansvar for barnevernet, mens forvaltningen av barnevernet i hovedsak er lagt til den kommunale barneverntjenesten og staten ved Barne-, ungdoms- og familieetaten (www.bufetat.no).

Barnevernets viktigste oppgaver er å gi hjelp, støtte og å ta vare på utsatte barn. De har ansvar for å gripe inn, eventuelt mot foreldrenes vilje. Barneverntjenesten skal sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det. Barneverntjenesten skal gjøre det som til enhver tid er nødvendig for å beskytte barn mot omsorgssvikt og motvirke at barn lider fysisk og/eller psykisk overlast. Denne hjelpen kan gis i form av råd og veiledning, eventuelt i kombinasjon med andre hjelpetiltak. Vanlige hjelpetiltak er for eksempel barnehageplass, støttekontakt og avlastningstiltak i hjemmet (Barne- og likestillingsdept, 2009).

2.2.1 Hjelpetiltak

Barnevernloven § 4-4 første og andre ledd lyder slik:

Barneverntjenesten skal bidra til å gi det enkelte barn gode levekår og utviklingsmuligheter ved råd, veiledning og hjelpetiltak. Hjelpetiltak skal ha som formål å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien.

Barneverntjenesten skal, når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien (Lov om barneverntjenester 1992).

Når barnet på grunn av forholdene i hjemmet eller av andre grunner har særlig behov for det, skal barneverntjenesten sørge for å sette i verk hjelpetiltak for barnet og familien. Formålet med hjelpetiltak er å bidra til positiv endring hos barnet eller i familien. Det kan benyttes både omsorgsendrende og kompenserende hjelpetiltak. Hovedregelen er at hjelpetiltak bare kan iverksettes ved samtykke fra familien. Barnevernloven § 4-4 tredje ledd lyder slik:

Fylkesnemnda kan, når det er nødvendig for å sikre barnet tilfredsstillende omsorg eller av andre grunner, beslutte at opphold i barnehage eller andre egnede dagtilbud, opphold i besøkshjem eller avlastningstiltak, leksehjelp, fritidsaktiviteter, bruk av støttekontakt eller andre lignende kompenserende tiltak skal settes i verk ved pålegg til foreldrene. Når det er nødvendig for å sikre barnet tilfredsstillende omsorg, kan fylkesnemnda gi pålegg om tilsyn, meldeplikt og urinprøver. På samme vilkår kan fylkesnemnda gi pålegg om omsorgsendrende tiltak. De omsorgsendrende tiltak som anvendes, skal være faglig og etisk forsvarlige og bygge på et allment akseptert kunnskapsgrunnlag (Lov om barneverntjenester 1992).

Tiltak i hjemmet kan dermed pålegges, hvis det er nødvendig for å sikre barnet tilfredsstillende omsorg eller av andre grunner. Det er bare fylkesnemndene for barnevern og sosiale saker som kan fatte vedtak som pålegger foreldrene å ta imot hjelpetiltak. Ved utgangen av 2013 mottok om lag 30 000 barn hjelpetiltak fra barnevernet (Barne- og likestillingsdept, 2009).

Kvelling (2015) har klare synspunkter på hvordan tiltak i barnevernstjenesten skal være. De må være behovsstyrt – altså innrettes ut fra barnets behov. Tiltakene skal verken være tilgangsstyrt: styrt ut fra hva som er lett tilgjengelig, eller vanestyrt: styrt ut fra det man ofte pleier å tilby. De skal heller ikke være behagsstyrt: styrt ut fra det som er lett å selge inn som tiltak, eller tilbudsstyrt: styrt ut fra det som det fra ulike hold presses på for å tilby ut fra ledig kapasitet, skapertrang og ledelseskåthet. Tiltakene som barnevernet tilbyr skal ikke være preget av «det vi har er det du får».

Ved valg av hjelpetiltak skal det blant annet legges vekt på å gi barnet stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen. Hvilke tiltak som er aktuelle, må vurderes opp mot det enkelte barns behov. I tillegg til de tiltakene som er nevnt i barnevernloven § 4-4 kan barneverntjenesten også formidle plass i fosterhjem og i senter for foreldre og barn. Videre

må barneverntjenesten i samarbeid med foreldre og barn bruke skjønn og kreativitet for å avklare hvilke hjelpetiltak det er aktuelt å ta i bruk (Barne- og likestillingsdept, 2009).

Det er ikke nødvendigvis slik at alle barn som har negative oppvekstforhold trenger hjelp fra barnevernet, mange forskjellige faktorer spiller inn på barns omsorgssituasjon, for eksempel faktorer i familie, nærmiljø og nettverk (Kvaran, 2009). For å kvalifisere til hjelpetiltak i barneverntjenesten må barnet ha et hjelpebehov utover det som er vanlig for andre barn på samme alder (Ofstad m.fl, 2004).

Barnekonvensjonen angir hva som må ligge til grunn for å sikre barn en trygg og god oppvekst, og er en viktig rettesnor. Barnets beste er det prinsippet som skal ligge til grunn for alle avgjørelser som tas, og skal veie tyngre enn hensynet til andre når det gjelder avgjørelser om barnets liv (www.fn.no).

Det er 300 000 barn som lider under foreldrenes psykiske sykdom og rusmiddelbruk i Norge. Det har vært en kraftig økning av antall barn i barnevernet som mottar tiltak, fra ca. 20 000 i 1996 til 30 000 ved utgangen av 2013. De fleste barna mottar forskjellige hjelpetiltak fra barnevernet, for eksempel økonomisk støtte, besøkshjem eller barnehageplass.

Hovedforklaringen på den kraftige veksten av antall barnevernsbarn er økningen av barn som mottar hjelpetiltak. Intensjonen med den nye barnevernloven, som kom i 1992, var nettopp at flere barn skulle få rett hjelp til rett tid (Kvaran, 2009).

2.2.2 Barnets beste

Hva som forstås ut fra begrepet barnets beste, endrer seg med tiden. Det endrer seg også ut fra hvilket perspektiv man tar utgangspunkt i. Prinsippet barnets beste skal veie tungt i alle avgjørelser som tas. Noe av det mest krevende barnevernet står overfor, er avveininger der barnets beste ikke er det samme som det foreldrene ønsker eller mener selv er barnets beste (Bunkholdt og Kvaran, 2015).

I barnevernloven kapittel 4 om særlige tiltak er det en paragraf som tar for seg hensynet til barnets beste. I § 4-1 står det blant annet at:

Ved anvendelse av bestemmelsene i dette kapitlet skal det legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til beste for barnet. Herunder skal det legges vekt på å gi barnet stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen (Lov om barneverntjenester 1992).

Tiltakene som skal iverksettes, skal altså være tiltak som er til det beste for barnet. Det er barnet som er fokuset. Tiltakene skal være en støtte, slik at barnet har trygge omgivelser. Barnet har også rett til medvirkning, det skal derfor tilrettelegges for samtaler slik at barnet kan få mulighet til medvirkning.

2.3 Kunnskapssynet i barnevernet

Det er gjentatte ganger slått fast at det satses på at det kommunale barnevernet skal være kunnskapsbasert. Det faktum at det fremdeles pågår faglige debatter rundt temaet, indikerer imidlertid at det er tvil om hva et kunnskapsbasert barnevern egentlig omhandler og hva det eventuelt vil komme til å medføre av endringer for barnevernets fremtidige praksis (Backe-Hansen, 2009). Selv om det foreligger kunnskap om tiltakene barnevernet benytter seg av, argumenteres det fra flere hold at barnevernet mangler grunnleggende kunnskap om hvordan de ulike tiltakene virker på forskjellige barn i ulike sammenhenger (Backe-Hansen og Havik, 1997).

Lichtwarck og Clifford (2010) beskriver hvordan politiske tiltak, reformer og statlige programmer siden midten av 1980-tallet har hatt fokus på hele barnevernet i den hensikt å styrke og modernisere barnevernet. Denne moderniseringen har gitt barnevernet et løft. I denne endringsprosessen har faglig utvikling og kompetanseheving stått i fokus. Dette oppleves som positivt på bakgrunn av at folk flest har fått større tillit og tiltro til barnevernet. De sier videre at i de senere tiår har fagutvikling stått sterkt i barnevernet. Denne fagutviklingen preges av importering av ulike metoder og generelt av kunnskap som hentes fra andre land. Tilbudene som rettes mot barn og deres familier, oppleves som kvalitativt bedre.

Forskningsstrategien «Et kunnskapsbasert barnevern» utgitt av Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet og Bufdir (Barne- ungdoms- og familiedirektoratet), forventes å øke kunnskapsnivået i hele barnevernssektoren. Hovedhensikten med denne strategien er ikke først og fremst å tilføre barnevernet et eksplisitt kunnskapssyn, men er snarere å gjøre forskning attraktivt og initiere til forskning. I strategien fremstilles målet om et kunnskapsbasert barnevern som et overordnet begrep med følgende definisjon:

Med kunnskapsbasert barnevern mener vi at barnevernet skal basere fagutøvelsen på best mulig tilgjengelig vitenskapelig kunnskap sammen med utøvers erfaringer, kritiske og etiske vurderinger, brukerens preferanser og med kontekstuelle hensyn (FoU 2009–2012:4).

Målet med dette er å skape et barne- og ungdomsvern som utøver behandling og viser omsorg basert på kunnskapsbaserte tiltak av god kvalitet som er tilpasset hvert enkelt barns behov. Bufetat skal utarbeide egne tiltak og tjenester for å videreutvikle kvaliteten og det kunnskapsbaserte tilbudet. De skal bidra til å bedre kvaliteten i barnevernet ved å ta utgangspunkt i gjeldene regelverk og spre kunnskap (Tildelingsbrev til Bufdir, 2013).

Ulike definisjoner og måter å forstå evidens på har skapt forvirring i forhold til hva evidens egentlig innebærer. Fagfolk har ulike synspunkt på, forståelse av og argumentasjon rundt evidensdiskusjonen. Evidensprogrammer er utviklet for å håndtere den store mengden kunnskap vitenskapen har fremskaffet.

Ifølge Melberg (2002) dreier begrepet evidensbasert seg om noe mer enn de tradisjonelle begrepene som dokumentert kunnskap, forskningsbasert eller vitenskapelig bevist. Det dreier seg om en helt spesiell metode hvor man stiller spesifikke krav før resultatene godkjennes. Forskingen som godkjennes i evidensbaserte programmer, bygger på randomiserte studier (tilfeldige utvalgsstudier) som legges inn i databaser hvor en foretar metastudier (studier av studiene) for å finne ut hvilken behandling som gir de beste resultatene. Det blir derfor unyansert å oversette evidensbasert med kunnskapsbasert. Marthinsen (2004) mener at evidensbegrepet i norsk sammenheng ofte oversettes feil: Det er ikke bevis som i det engelske ordet «proof», men kan heller forstås som en empirisk, vitenskapelig basert praksis der man «beviser» at noe virker.

Utgangspunktet for evidens innebærer en tro på at vitenskapelig og teoretisk kunnskap har egenskaper som er egnet til å løse problemer, ifølge Angel (2003). Han mener videre at evidens er en måte å skape orden i kaoset på, eller å gjøre det som er uoversiktlig, overkommelig. Dette mener han gjøres ved å forene teori og praksis. Han hevder videre at kunnskapssynet i evidensbaserte programmer krever at en kan lokalisere og definere problemer på individnivå. Denne type fornuft bygger på en antagelse om at mennesket kjennetegnes ved en del målbare størrelser. Uavhengig av hvem som gjennomfører målene, vil de gi de samme resultatene, så lenge de er gjennomført på en riktig måte. Ved å bruke vitenskapelige målemetoder gir man et inntrykk av objektivitet. Slik kan man gi inntrykk av at man som profesjonell bygger sin praksis på allmenngyldige kunnskaper om lovmessige sammenhenger.

Ifølge Bunkholdt og Sandbæk (2011) er det hensynet til barnets beste som er grunnen til at kunnskapsbaserte tiltak verdsettes høyt. De begrunner dette i at om barn utsettes for tiltak som

ikke har god nok dokumentert effekt, kan det resultere i at det behovet barnet har for hjelp, ikke blir dekket, og i tillegg kan barnet bli mer skadet.

Bunkholdt og Larsen (1995) hevder derimot at denne evidensbaseringen medfører at barnevernsarbeidere blir mer opptatt av å finne den riktige løsningen og den riktige fremgangsmåten i stedet for å finne en hvilken som helst riktig løsning eller fremgangsmåte. I stedet for å se på de reelle behov til barnet og familien, har barnevernet ofte en kultur for å tenke på teori og utarbeide eventuelle tiltak ut fra denne. Barnevernet må erkjenne og ta utgangspunkt i det mangfoldet som finnes i de ulike familier.

Jeg mener at dette kan bidra til barnevernet i større grad vektlegger det kunnskapsbaserte og benytter seg av evidensbaserte programmer, som kan medføre kvalitetssikring av de tiltakene som blir iverksatt. Barn som lever under skadelige forhold i familien, vil kunne få den behandling som gir de beste resultatene dersom barnevernet benytter metoder som er basert på forskning. En uheldig effekt er likevel at det kan føre til at barnevernet blir rigid og bindes opp av skjema og ikke ser enkeltmennesket og den enkeltes behov.

Det har blitt nedsatt et utvalg av Barne- og likestillingsdepartementet. Dette utvalget hadde som mandat å se på kvalifiserings- og kompetansebehov i barnevernet. Utvalget har kommet med noen forslag som er bygd på barnevernets historie, rolle og dagens situasjon. De mener at barnevernet på mange måter står i en paradoksal situasjon. Det er barnevernet som skal på banen og prøve å finne løsninger når familie, barnehage, skole eller helsestasjon svikter. Her kan barn bli kasteballer hvis det oppstår konflikter mellom foreldre og fagfolk (NOU 2009:8). Videre kom dette utvalget med flere tilrådinger for å styrke bachelorutdanningene til barnevernet, en turnusordning og økt innsats på forskning innenfor barnevern. Dette mente de kunne oppnås ved å innføre master- og doktorgrad i barnevernutdanningen.

2.4 Risiko- og beskyttelsesfaktorer

I Norge lever de fleste barn under gode levekår, de har gode oppvekstforhold og en god omsorgssituasjon. Barn som lever med at en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse, er en av de viktigste risikofaktorene, sammen med fattigdom, mobbing, foreldre med rusproblemer og vold. Ifølge forskning er det ikke diagnosen som foreldrene har i seg selv, som er utslagsgivende eller avgjørende for hvordan barna har det, men konteksten barnet lever i og foreldrenes omsorgsutøvelse. (Kvaran, 2009). Helgesen (2013) sier at beskyttende

faktorer er forhold som samspiller med risikofaktorer og reduserer deres negative innflytelse, slik at utviklingen kan bli mer positiv enn den ville vært uten disse.

2.4.1 Risikofaktorer

En risikofaktor kan defineres som:

En hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med økt sannsynlighet for negativ psykososial utvikling i fremtiden (Nordahl m.fl., 2005).

En risikofaktor er altså en hvilken som helst faktor hos individ eller miljø som øker sannsynligheten for en negativ utvikling. Det omfatter altså alt som kan hindre barn i å få dekket grunnleggende behov.

I rapporten *Børn af psykisk syge forældre* (1997) har Aalbæk og Glistrup gitt en grundig analyse av mye av den dokumenterte empirien som fantes om barn, foreldre og familie når det er psykisk sykdom hos den voksne i familien. Forskningen deres viser at psykisk sykdom generelt, og på tvers av spesifikke diagnoser, synes å innvirke på forelderatferd og forelderevnen. Foreldrenes psykiske lidelse kan påvirke barnets psykososiale utvikling både direkte og indirekte. Indirekte ved at den psykiske lidelsen påvirker forelderfungeringen og samspillet i familien, og direkte ved at barnet involveres i de psykiske symptomene. Det fremkommer også at en del barn har en utrygg tilknytning, er mye engstelige, triste og har dårlig impuls kontroll. Resultatene av undersøkelsene bekrefter også at barn av psykisk syke ofte har vansker med å holde oppmerksomheten over lengre tid.

Borge (2003) beskriver familiebasert risiko som er knyttet til foreldrene og forelderrollen. Det kan for eksempel være mentale eller somatiske helseproblemer, alkoholmisbruk, disharmoniske ekteskap, hyppige alvorlige krangler, mangelfull evne til å oppdra og sette grenser for barna, omsorgssvikt og mishandling. Disse er direkte risikofaktorer fordi de berører barnas hverdag. I tillegg eksisterer det indirekte risikofaktorer som kan forverre forholdene i hjemmet, som for eksempel samfunnsforhold eller forhold ved arbeidsplassen til foreldrene.

Ifølge Reupert (2013) kan ulike psykiske lidelser ha forskjellige påvirkninger på barn. Risikoen avhenger av en rekke individuelle faktorer hos foreldre, familie og samfunnet. Barna er utsatt for økt risiko for å utvikle angst, depresjon, internaliserings- og eksteraliseringsvansker. Den økte risikoen kan komme av både genetiske og miljømessige

forhold. Aalbæk og Glistrup (1997) hevder derimot at risikoen varierer for at barn av psykisk syke foreldre selv utvikler psykisk sykdom, blant annet med hva slags problemer foreldrene har, lidelsens varighet, barnas egen alder og ikke minst om den syke voksne er alene med omsorgen for barnet eller ikke. Barn reagerer forskjellig på foreldres sykdom, noen barn vil virke velfungerende og ikke vise tegn på psykososiale forstyrrelser. Flere studier, blant annet Becker (2007) og Stamatopoulos (2015), peker på at barn som har foreldre med alvorlig eller langvarig sykdom, er i risiko for økt ansvar for belastende omsorgsoppgaver og praktisk hjelp.

Forskning har vist at barn med psykisk syke foreldre er en av de mest utsatte risikogrupperne for selv å utvikle ulike psykiske lidelser og alvorlige sosiale og emosjonelle vansker. Det er imidlertid ikke slik at barna arver foreldrenes lidelse direkte. Depresjon, for eksempel, kan ha en negativ innvirkning på små barns psykiske helse, men utfallet har ikke sammenheng med mors depresjon i seg selv, men i hvilken grad depresjonen påvirket morens evne til å være sensitiv overfor barnet (Bergum, Hansen og Jacobsen, 2008). Det er en påkjenning å leve med en forelder som er deprimert. Depresjonen til forelderens kan virke inn på barnets egen glede. Barnet kan også bli bekymret for den nedtrykte forelderens. Disse barna utvikler over tid ulike mestringsstrategier i forhold til å leve med foreldrenes vansker (Skerfving, 2005).

Utviklingspsykopatologi har bidratt til å øke vår forståelse av risiko- og beskyttelsesfaktorer assosiert med atferdsproblemer og emosjonelle vansker hos barn. En risikofaktor er en karakteristikk av individet eller miljøet, som må møte følgende kriterier: Det må være en eller flere faktorer til stede før lidelsen, denne faktoren må øke sannsynligheten for en fremtidig lidelse hos individer som blir utsatt for risikoen, sammenlignet med de som ikke blir utsatt for risiko (Offord og Bennett, 2002). Risikoen er altså til stede når barn utsettes for situasjoner eller hendelser som øker sannsynligheten for et negativt utfall.

Det er flere årsaker til barns negative utvikling. Skerfving (1996) peker på psykososiale og sosioøkonomiske problemer, samt relasjonsproblemer og misbruk hos foreldre som vesentlige.

Vanskene som følge av foreldres psykiske plager forsterkes betydelig gjennom ytre stressfaktorer som liten sosial støtte fra omgivelsene, dårlig økonomi, dårlige boforhold og foreldres økte usikkerhet i arbeidslivet (Dalgard m.fl. 1995).

Rutter (1990) sin studie viser at risikofaktorer som misbruk, samlivskonflikter, mishandling, isolering og oppbrudd ofte forekommer i familier hvor en av foreldrene har psykiske vansker.

Disse barna som i utgangspunktet er mer sårbare, utsettes dermed for flere påkjenninger enn majoriteten av alle barn. Det er likevel vanskelig å trekke noen direkte årsakssammenhenger mellom foreldrenes psykiske sykdom og barns utviklingsforstyrrelser. Det er en dynamisk prosess der flere faktorer påvirker hverandre.

Det er også påvist, til tross alle negative faktorer i noen barns liv, at det likevel er mange som klarer seg bra som voksne. Skerfving (1996) nevner fire faktorer som har særlig betydning for hvordan det går med barnet:

- Personlige egenskaper ved barnet
- Relasjonen mellom barnet og foreldrene
- Et godt sosialt nettverk
- Barnets kunnskap om og forståelse av situasjonen

I tillegg til et godt sosialt nettverk vet vi også at materielle og økonomiske forhold som igjen henger sammen med den enkeltes forhold til arbeidslivet, er avgjørende for barnas psykiske helse (Skerfving, 1996). Det er flere studier som viser betydningen av nærværet og kontakten med den forelderen som ikke er psykisk syk. Granath og Granath (1995) beskriver i sin studie hvordan en velfungerende andre forelder kan være til støtte for barnet der den ene forelderen har psykiske plager. Det er derfor veldig viktig å støtte og oppfordre fedrene til barn som lever alene med sine mødre, om å fastholde kontakten med barna sine og å ta hånd om dem når mødrene ikke fungerer.

Å ha en forelder som er psykisk syk, er en signifikant risiko for negativ utvikling hos barn og unge. Tidligere studier av risiko fokuserte ofte på en enkelt risikofaktor. Det er vanlig at barn som erfarer én type risikofaktor, også erfarer en rekke andre risikofaktorer, dette er fordi de er sårbare for utviklingsproblemer grunnet biologi- og miljøkarakteristikk som skaper en multippel risikosituasjon (Rutter, 2000). Andre risikofaktorer kan være rusproblemer, psykiske vansker hos den andre forelderen, alvorlige familiekonflikter og fattigdom (Aalbæk og Glistrup, 1997; Rutter og Quinton, 1984; Skerfving 2005).

Det er veldokumentert at barn som har foreldre med psykiske plager, rusproblemer, konflikter i parforholdet og eller manglende foreldreferdigheter, har større sannsynlighet enn andre barn for å utvikle psykiske problemer. Denne sammenhengen er godt dokumentert, men det har likevel vært vanskelig å finne frem til de spesifikke elementene i hvordan denne risikoen opptrer (Killèn, 2000; Skerfving, 1996). Selv om at det er klart individuelle forskjeller på hva

barn påvirkes av og hvordan de mestrer eget liv, er det likevel enkelte risikofaktorer som går igjen ved forskning på mennesker som ikke har klart å mestre eget liv. Når det blir kartlagt hvilke faktorer som har spilt inn gjennom oppveksten, er det barnas alder, egenskaper ved barnet selv, familiesituasjon og hvordan nettverket rundt virker inn på sårbarheten og hvordan belastninger takles, som går igjen (Waaktaar og Christie, 2000).

Utrygghet, uforutsigbarhet og en uoversiktlig fremtid er en risiko for mange barn. Når foreldrenes atferd grunnet sykdom endres, blir livet uforutsigbart og utrygt. En mor eller en far som av barnet har blitt opplevd som stille og rolig, kan endre seg og bli aggressiv og voldelig på grunn av en psykisk lidelse. Barnet kan da føle seg truet og utvikle angst for at atferden gjentas samt at rutiner i livet endres og blir uforutsigbare (Glistrup, 2004).

Masten (2007) skiller mellom tre store grupper av belastende forhold som kan medføre risiko for barnets utvikling

- Fysiske, somatiske eller psykologisk betingede egenskaper ved barnet selv (for eksempel følge av ruspåvirkning i svangerskapet, et vanskelig temperament, funksjonshemninger eller dårlig impuls kontroll)
- Belastende familieforhold (for eksempel negativt samspill mellom barn og foreldre, negativ og inkonsekvent oppdragelsesstil, alvorlig psykisk eller fysisk sykdom hos forelder, vansker i foreldrenes parforhold, dårlige sosiale og økonomiske vilkår, hyppige flyttinger, vold, rus og kriminalitet i oppvekstmiljøet)
- Ytre rammebetingelser (for eksempel belastende skoleerfaringer, lite støttende nettverk, utrygt nærmiljø og liten tilgang på offentlige tjenester)

Effekten av risikofaktorer blir blant annet påvirket av den kapasiteten barnet har til å tåle og å tilpasse seg negative livshendelser. Dette kan variere sterkt fra barn til barn (Masten, 2007).

Risiko- og omsorgssviktsituasjonene kan gjøre seg gjeldende allerede fra fødselen, eller de kan oppstå på senere tidspunkter i barnets oppvekst. De kan være kortvarige eller langvarige. Jo yngre barnet er og jo mer alvorlig risiko- eller omsorgssviktsituasjonen er, desto mer alvorlige konsekvenser har den for barnets videre utvikling (Killén, 2012).

Det er ikke enkelt å vurdere hva risikofaktorene rundt et enkelt barn vil bety på lang sikt. Studier fra USA viser at rundt 50 % av barna man har sterk bekymring for, vil det gå rimelig bra med i voksen alder. Problemet er at en ofte ikke har klare holdepunkter for å vite hvem som utgjør disse 50 %, og hvem som virkelig står i fare for å få en alvorlig skjevutvikling.

Fordi det i det hele tatt er en fare for problemutvikling, vil en nesten alltid tenke forebyggende tiltak når en har identifisert risikofaktorer. Gjennom å sette i verk tiltak vil en forsøke å øke beskyttelsen mot en mulig skjevutvikling hos barnet. Iverksetting av forebyggende tiltak må nødvendigvis innebære at en er villig til å yte hjelp til flere barn enn dem en er helt sikker på har et hjelpebehov. En satser bredt og håper også på å fange opp dem med reelle hjelpebehov (Masten, 2007).

2.4.2 Beskyttelsesfaktorer

En beskyttelsesfaktor kan defineres slik:

En hvilken som helst faktor hos individet eller i oppvekstmiljøet som kan assosieres med redusert sannsynlighet for fremtidig negativ utvikling (Nordahl m.fl., 2005).

Brandt og Grenvik (2010) viser til fire hovedgrupper innenfor beskyttelsesfaktorer: 1. personlighetstrekk, 2. selvbestemmelse, selvfølelse og positiv sosial orientering, 3. familie, varme og fravær av uoverensstemmelser, 4. samfunnsmessige forhold som for eksempel tilgang på støtte.

Barn som utvikler ferdigheten til å se hva de kan klare og har realistiske forventninger ut fra dette, utvikler mestring i forhold til faktisk kompetanse og kan ha en aktiv medvirkning på hvordan de løser vanskelige og problematiske situasjoner. Dette gir mindre grobunn for angst og hjelpeløshet når de ytre belastningene er til stede (Lande og Lande, 2000). Det er også påpekt av flere forskere, blant annet Lancaster (1999), at selv om disse barna er utsatt for større risiko enn andre barn, har de en evne til å klare seg på tross av vanskelig oppvekst. Man skal på den andre siden være forsiktig med å anta at barn er usårlige. Det er ofte slik at skjevutvikling og manglende omsorg gir størst utslag når barna selv blir voksne og spesielt når de blir foreldre selv. Helgesen (2013) er enig i at det er individuelle forskjeller; noen barn, selv under tunge risikofaktorer, klarer seg bedre enn man skulle forvente. Et barn kan være utstyrt med beskyttelsesfaktorer som reduserer effekten av risiko. Sosiale egenskaper hos barnet selv kan fungere som beskyttelse. Det er en klar sammenheng mellom barnets beskyttende egenskaper og den sosiale beskyttelsen. Bakgrunnen for dette mener Helgesen kan være fordi det er langt enklere for et åpent og utadvendt barn å knytte kontakter som gir sosial støtte, enn for et mer tilbaketrukket og innadvendt barn.

Alle tiltak som er rettet mot barn, har som mål å øke barnets beskyttelse mot skjevutvikling. Beskyttelsesfaktorene skaper nye utviklingsmuligheter for barnet. At et barn er utsatt for

«risiko», innebærer at det rent statistisk er økt sannsynlighet for at barn med ulike kjennetegn og/eller som utsettes for ulike former for belastende påvirkninger, kommer til å utvikle problemer (Drugli, 2008).

Brandt og Grenvik (2010) beskriver trygg tilknytning som en viktig beskyttende faktor i barnets utvikling. De hevder at tilknytningsprosessen er dynamisk. Den tidlige tilknytningen legger grunnlaget, men den trenger forsterkninger hvis det dysfunksjonelle mønstret skal vedvare. Det betyr altså at den kan påvirkes også i positiv retning mot mer trygghet.

2.4.3 Tilknytning

Barns utvikling påvirkes av tilknytningen til omsorgspersonen. For at barn skal føle seg trygge, må omsorgspersonen være følelsesmessig tilgjengelig. Trygg tilknytning er vesentlig fordi det kan påvirke barns utvikling, uten trygg tilknytning vil ikke barnet utforske (Bunkholdt og Sandbæk, 2008). Dersom barnet har utviklet en trygg tilknytning som følge av tilstrekkelig utviklingsstøtte, vil også videre utvikling preges av høy egenverd, gode relasjoner og trygghet på egen mestring. Slike barn oppleves som flinke til å samarbeide, de utvikler høy sosial kompetanse, og de oppleves som empatiske. De vil ikke nødvendigvis få et liv uten komplikasjoner, men risikoen for at de vil slite med psykisk helse senere i livet, minsker som en følge av det grunnlaget de har (Bunkholdt og Kvaran, 2015).

John Bowlby (1969) er mest kjent for sin teori om hvordan tidlig tilknytning til omsorgspersoner er fundamental for barns psykologiske utvikling. Tilknytning er hvordan barn fra fødselen av knytter seg følelsesmessig til andre og danner relasjoner. Det finnes, ifølge ham, to typer tilknytningsatferd: Signalatferd, som går på kroppsspråk, og tilnæringsatferd, som kan beskrives som den terskelen barn har for å søke trøst hos en omsorgsperson når de er syke, engstelige eller trenger andre former for beskyttelse.

Tilknytning kan defineres som:

Et emosjonelt bånd som dannes mellom barnet og en spesifikk annen person. Dette båndet binder dem sammen og varer over tid, og kommer til uttrykk i forskjellige former for tilknytningsatferd (Ainsworth, Bell og Stayton 1991, i Bergum Hansen og Jacobsen 2008: 42).

Bowlby (1969) beskriver tilknytning som et målkorrigert kontrollsystem, som er innstilt på at barnet skal føle seg trygt. Når tilknytningspersonen er tilgjengelig og gir respons, fungerer han eller hun som en trygg base. Dette gir barnet en sterk følelse av sikkerhet, og får det til å

verdsette relasjonen. Denne måltilstanden innebærer at atferden blir regulert slik at det er større sannsynlighet for å oppnå og opprettholde fysisk nærhet og kontakt, med en eller noen få personer. Tilknytningsatferden er lettest å observere når barnet er redd, trett eller sykt.

Tilknytningssystemet på alle alderstrinn er rettet mot at individet skal oppnå fysisk nærhet til tilknytningspersonen. Det er beskrevet fire former for tilknytningsmønstre som benyttes innen klinisk praksis og forskning (Ainsworth, Blehar, Waters og Wall, 1978, i Bergum Hansen og Jacobsen, 2008):

- *Trygg tilknytning*, som innebærer at barnet opplever at forelderen er tilgjengelig for barnet, og at det vil ha en selvfølgelig forventning om å bli trøstet når det er nødvendig
- *Utrygg tilknytning*, som finnes i to ulike former: unnvikende og ambivalent. Barn med unnvikende tilknytning vil være i tvil om foreldrene er emosjonelt og fysisk tilgjengelige. De vil ofte vende seg bort fra omsorgspersonen og unngå kontakt selv om de opplever truende situasjoner.
- Ved *ambivalent tilknytning* vil barnet ha opplevd omsorgspersonen som lite forutsigbar og uberegnelig når barnet har behov for trøst. Dette fører til en blanding av nærhetssøking og motstand mot nærhet.
- Det fjerde tilknytningsmønsteret kalles *desorganisert tilknytning*. Denne er som regel et resultat av alvorlig omsorgssvikt eller mishandling og kjennetegnes ved at barnet mangler en effektiv tilknytningsstrategi.

Det fremkommer i en metastudie at 15 % av barn i normalfamilier utvikler desorganisert tilknytning, mens i risikofamilier vil 80 % av barna utvikle dette tilknytningsmønsteret. Disse barna mangler gode mestringsstrategier og oppnår ikke trøst og støtte fra den voksne – noe som øker risikoen for utvikling av abnorm atferd (Van Ijzendoorn m.fl., 1999).

2.5 Foreldrefungering

Foreldre har hovedansvaret for sine barn, det er de som skal sørge for at barnets behov blir dekket. Dersom foreldre er i en posisjon hvor de ikke har mulighet til dette, kan det være fare for utviklingen av barnets psykiske og fysiske helse. Omsorgskompetansen til foreldrene blir påvirket av indre og ytre forhold, den er dynamisk og kan endres både i positiv og negativ

retning (Bunkholdt og Sandbæk, 2008). Å spå om foreldrenes fremtid som omsorgsgivere er vanskelig. Det som kan gi viktig informasjon om foreldrenes mulighet til å bedre sin omsorgskompetanse er i hvilken grad foreldrene har tatt imot og hatt nytte av eventuelle hjelpetiltak som er iverksatt (Bunkholdt og Kvaran, 2015).

Foreldrefunksjonene kan være en utfordring dersom en av foreldrene har en psykisk lidelse. Forelderen kan ha vansker med å oppfatte hvordan barnet har det uavhengig av seg selv. Han eller hun kan ha urealistiske forventninger til hva barnet kan mestre og forstå i forhold til alderen og modenheten til barnet. Dette kan føre til at barnet blir pålagt oppgaver over sin evne (Holm m.fl., 1999; Killén, 2000). Det kalles parentifisering når graden og omfang av ansvar går ut over det barnet har forutsetninger for (Bunkholdt og Sandbæk, 2008). Psykisk syke foreldre tvinges ofte, på grunn av egen sykdom, til å tilfredsstille egne følelsesmessige behov foran barnets (Holm m.fl., 1999). Barna, derimot, klarer ikke å oppfatte sine egne signaler, men utvikler ofte «antenner» som gjør at de forstår hva den voksne trenger (Glistrup, 2004). Et av hovedfunnene i forskningen til Ruud m.fl. (2015) er at barn og unge som er pårørende, tar større ansvar når det kommer til husarbeid og omsorgsoppgaver enn andre barn. De opplever stress og belastning på grunn av all tiden de bruker på dette. De har mye ansvar for den syke og/eller blir mye overlatt til seg selv. De sier at de ønsker mer hjelp hjemme slik at de kan leve sine liv med skole, venner og fritidsaktiviteter.

Også ifølge Lande og Lande (2000) vil barn av psykisk syke foreldre ofte påta seg en voksenrolle i familien. De vil passe på den forelderen som er syk. Barnas forventninger til seg selv og forventninger fra omgivelsene kan være så store at barnet ikke har forutsetninger for å innfri dette. De mener at dette kan få store konsekvenser for barna på lang sikt. De har omsorg for andre og glemmer derfor fort seg selv og sine egne behov og setter sitt eget liv på vent. Mange barn og ungdommer opplever også at psykiske sykdommer snakker man helst ikke om ute blant andre mennesker fordi det fortsatt er ulike holdninger og reaksjoner på psykiske sykdommer.

Forskning viser også at psykisk sykdom generelt og på tvers av spesifikke diagnoser tilsynelatende har innvirkning på hvordan foreldre fungerer når det gjelder foreldreatferd og foreldreevnen (Aalbæk og Glistrup, 1997). Berg-Nielsen m.fl. (2002) har gjennomført en metastudie av litteratur knyttet til foreldrefungering i familier der en av eller begge foreldre er psykisk syke. Foreldrefungering defineres som foreldres hverdagsatferd i forhold til sitt barn, inkludert kognisjoner, emosjoner og attribusjoner rettet mot barnet, holdninger og verdier.

Dysfunksjonell foreldrefungering er det foreldrene gjør, eller ikke gjør, som kan ha negativ påvirkning på barnet.

Det er to hoveddimensjoner ved dysfunksjonell foreldrefungering. Den første dimensjonen er foreldrenegativitet, som innebærer at foreldrene viser lite eller manglende varme og/eller fiendtlighet. Foreldrenegativitet utøves ved å avvise, kritisere og latterliggjøre barnet, dette er den mest avgjørende dimensjonen for barns utvikling. Det viser seg at det ikke er så nøye hvilken negativitet foreldrene viser, men mengden av negativitet som er avgjørende for utviklingen.

Den andre dimensjonen er ulike former for ineffektive disiplineringspraksiser, som vises ved hard, nedbrytende og inkonsistent disiplineringspraksis. Dette kan innebære at barnet kan få en opplevelse av å ikke forstå og kontrollere omgivelsene sine, noe som kan minne om fenomenet lært hjelpeløshet. Dersom barnet møter mange situasjoner som er utenfor egen kontroll, begynner det etter hvert å forvente at også nye situasjoner vil være ukontrollerbare. Dette kan bidra til en større risiko for å utvikle angst. I andre tilfeller kan barnet utvikle en atferd som kan oppfattes som manipulerende, og som kan oppfattes som en forsvarsmekanisme for å håndtere den ustabiliteten de opplever hos foreldrene.

Det er likevel mange behandlere som ikke tar hensyn til at pasientene er foreldre når de legger opp behandlingsforløpet. Dette på tross av at de fleste foreldre ønsker at behandlerne skal snakke med dem om barna deres og hvordan de selv fungerer som forelder. De psykisk syke foreldrene påpeker ofte at når fagfolk er passive i forhold til å ta opp barna som tema, bidrar det til at de selv synes det blir vanskelig å ta det opp. Mange av disse foreldrene føler også at behandlerne bagatelliserer følelsene de har rundt det å streve med skyldfølelse og bekymring overfor barna. Det kan virke som at det er en utbredt oppfatning at barn bør skånes i størst mulig grad mot vanskelige hendelser, og den beste måten å gjøre det på er å unnlate å snakke med dem om vanskelighetene (Mevik og Trymbo, 2002).

Som tidligere nevnt er det ifølge Aalbæk og Glistrup (1997) ikke avgjørende hvilken diagnose foreldrene har når man skal se på barns utvikling. Berg-Nielsen (2002) mener at senere forskning underbygger dette, og påpeker at det er i hvilken grad forelderens atferd er hensiktsmessig i forhold til barnets behov og utvikling, som er avgjørende. Noen undersøkelser preker derimot i motsatt retning. De viser at det er variasjon når det gjelder barns risiko i forhold til spesifikke foreldre diagnoser. Dette gjelder foreldre med personlighetsforstyrrelser, de har en signifikant høyere forekomst av problemer enn andre

barn (Quinton og Rutter, 1984). Ifølge Skerfving (2006) og Bunkhold og Sandbæk (2008) preges schizofreni av vrangforestillinger og kan dermed føre til avvikende og aggressiv atferd. Hvis forelderen trekker barna inn i vrangforestillingene eller oppfatter omgivelsene annerledes enn de er, kan barna bli skremt og få angst. Det er en risikosituasjon der barnet kan bli skadet både fysisk og psykisk.

En av faktorene i forhold til økt risiko hos barn er svak foreldrefungering. Barn som lever med psykisk syke foreldre, har lite forutsigbarhet i hverdagen og er i forskningssammenheng betraktet som en sårbar gruppe med stor risiko for å utvikle egne problemer og psykiske lidelser (Glistrup, 2004). Barn mestrer sin hverdag sammen med den psykisk syke på forskjellige måter. En samlet forskning viser at når ett eller flere familiemedlemmer bli syke, fysisk og/eller psykisk, virker det inn på hele familien. Den viser også at det kanskje er først og fremst barna som blir bærere av de ekstrabelastningene som foreldrenes sykdom skaper i familien. Noen barn av psykisk syke foreldre er lette å overse fordi de tilsynelatende er velfungerende, veltilpassede, flinke og omsorgsfulle; derav navnet «De usynlige barna». Dette skjer på tross av at de har en livssituasjon som burde vekke både uro og bekymring fra behandlere og andre som møter den syke forelderen (Førland, 1994).

Ifølge Storhaugs doktoravhandling er det store forskjeller på hvordan familier blir behandlet av barnevernet, avhengig av om det er mor eller far som er psykisk syk. Storhaug har intervjuet 15 fedre som har barn med tiltak fra barnevernet og 14 saksbehandlere. Hun har også brukt en spørreundersøkelse som 715 foreldre som har hatt kontakt med barnevernet, deltok i. Ifølge Storhaugs undersøkelse foretrekker barnevernet at det er mor som er psykisk syk. Barnevernet mener de har ressurser til å hjelpe mor i mammarollen hvis hun er syk, mens far blir bedt om å forlate familien hvis han er syk. Forskningen hennes viser at barnevernet tilrettelegger for at forholdet mellom mor og barn skal fungere i langt større grad enn forholdet mellom far og barn. Fedre blir også holdt utenfor når de flytter fra familien, de føler seg heller ikke trodd på av barnevernet hvis de ytrer bekymring ved mor. Fedrene opplever også at de ikke blir kontaktet når det opprettes en sak for barn de ikke bor sammen med. Denne studien viser at det er stor forskjell på behandlingen avhengig av hvem av foreldrene som har en lidelse. Saksbehandlerne mente selv at de ikke gjorde forskjell på mødre og fedre, etter hvert begynne de å nyansere og hadde mange argumenter for å sjekke far ut av saken. Fedre blir altså ikke inkludert med mindre de er en ressurs eller i stor grad er involvert i barnets liv. Barnevernet setter inn tiltak hvis foreldrene bor sammen og mor blir psykisk syk; dersom far er syk, forventes det at mor kompenserer (Storhaug, 2015).

Jeg tenker at en av grunnene til at barnevernet mener de lettere kan hjelpe hvis det er mor som er syk, kan være at det er det de er mest vant til, og at det da er lettere å tilrettelegge for at hun skal fungere. Flere undersøkelser viser at det er flere kvinner enn menn med psykiske problemer. Det er mange flere enslige mødre med psykiske problemer enn enslige fedre med psykiske problemer og som også har et daglig omsorgsansvar for barn (Knutsson-Medin og Trost 1997; Burkekin 1993; Wang og Goldschmith, 1994). Nyere statistikk fra SSB (2015) viser at det er 10 % kvinner og 4 % menn i alderen 18–64 år som har psykisk sykdom. Det vil derfor være naturlig å tro at det fortsatt er flere mødre med psykisk sykdom enn fedre.

Når foreldre med psykisk sykdom kommer i kontakt med hjelpeapparatet, blir foreldrerollen ofte usynlig, i alle fall som en rasjonell rolle. Dette får negative konsekvenser for både foreldrene og barna. Foreldrerollen omhandler dessverre ofte bare det å forstå foreldreansvaret som en ekstra byrde for mødrene, som allerede har så mye å slite med gjennom sine psykiske lidelser (Mevik og Trymbo, 2002).

Ifølge Solheim (1995) er det få behandlere som fokuserer på pasienters barn i behandlingsforløpet med en psykisk syk forelder. Foreldrerollen var ikke en del av problembeskrivelsen og ble ikke tematisert, slik at det fikk konsekvenser for behandlingen. Behandlerne så på pasienter som enkeltindivid, og forstår barna som et vedheng til mødrene og ikke som selvstendige individer med egne behov. Senere forskning støtter også dette, i undersøkelsen gjort av Ruud m.fl. (2015), kommer det frem at 64 % av pasientene og 84 % av helsepersonellet sier at de har hatt samtale om foreldrefunksjonen og barnas situasjon.

Når en forelder blir psykisk syk, kan han eller hun også få problemer når det gjelder foreldrerollen, problemene varierer dog ut fra hvilken sykdom det er og hvordan den utarter seg. Det er signifikante forskjeller på om begge foreldrene er syke eller bare en av dem, og om barnet har «en betydningsfull annen». Når en familie rammes av psykisk sykdom, vil samhandlingen i familien endre seg. Mange barn som lever med en psykisk syk forelder, får en hverdag preget av angst, sosial isolasjon, overdrevent ansvar og skyldfølelse (Holm m.fl.,1999).

Mennesker med psykiske lidelser ble tidligere lagt inn på en institusjon der de fikk den behandlingen de trengte. De senere årene har disse institusjonene blitt lagt ned til fordel for polikliniske behandlingstilbud og kommunale hjelpe- og støttetiltak. Dette fører til at også foreldre bor hjemme under behandling, også i de tunge fasene der sykdommen preger dem mest, noe som kan gi stor belastning for barna (Holm m.fl,1999).

Jeg mener at det, ut fra barnets ståsted, kan være både fordeler og ulemper ved at foreldre bor hjemme og mottar poliklinisk behandling. Fordelen er at barnet får være sammen med mor eller far, og det slipper å være usikker på hvor forelderen befinner seg eller hvordan den har det. Barnet skjermes fra en vanskelig virkelighet. Ulempen er at barnet må se mor eller far i de tunge periodene der forelderen kanskje sliter med å mestre både sitt eget liv og de menneskene det har rundt seg. Barnet får på mange måter den voksnes problemer tettere inn på sitt eget liv.

Ifølge Killén (2009) er det syv sentrale foreldrefunksjoner: evne til å oppfatte barnet realistisk, evne til realistiske forventninger om de avhengighets- og følelsesmessige behov barnet kan dekke, evne til å ha realistiske forventninger til barnets mestring, evne til å engasjere seg positivt i samspill med barnet, evne til empati med barnet, evne til å prioritere barnets mest grunnleggende behov fremfor egne og evne til å bære egen smerte og frustrasjon uten å måtte avregere på barnet (Killén, 2009:191). Foreldrene trenger ikke utøve disse perfekt, men holde seg på det nivået barnet har behov for.

I perioder vil en forelder med psykisk sykdom fungere relativt godt som forelder, for eksempel med medisiner, andre kan være mer preget av sykdommen og ikke klare å fungere i foreldrerollen. Hvordan sykdommen påvirker foreldrefungeringen, avhenger av hvordan sykdommen utspiller seg, barnets alder og utvikling, og kravene som stilles for at barnets behov skal tilfredsstilles på de forskjellige alderstrinnene (Berg-Nielsen m.fl. 2002).

2.5.1 Omsorgssituasjon

«De usynlige barna» er en betegnelse som ofte brukes om barn og unge som har foreldre som sliter med psykiske sykdom. Det som kjennetegner disse barna, er at de er snille, stille og innesluttet og de tar sjelden med seg venner hjem. Både hjemme og på skolen gjør de det som forventes av dem. De gjør seg usynlige for at ingen skal stille ubehagelige spørsmål, blant annet fordi de selv opplever at de har det annerledes og at foreldrene ikke tar del i deres oppvekst. Disse barna kan ofte ta på seg et voksenansvar, og de prøver å skjule foreldrenes manglende omsorgsevne i lojalitet mot foreldrene (Glistrup, 2004).

Ifølge helsedepartementet lever ca. 15.000 barn under 18 år med at en eller begge foreldre får behandling for psykiske lidelser av helsevernet i Norge (Grøsfjeld, 2004). Ifølge rapporten «Barn som pårørende» (Ruud m.fl., 2015) er det anslått at det er 43 500 barn som er pårørende innenfor psykisk helsevern i løpet av et år. Om tallet har steget veldig de siste

tiårene, eller om det er mindre mørketall, er vanskelig å si. Det er uansett snakk om veldig mange barn som opplever psykisk sykdom i den nærmeste familien.

Vi vet i dag en god del om hvilke konsekvenser psykisk sykdom hos foreldre kan ha for barna deres. Hvis barn forstår hva sykdommen er eller kan være, og hvis de er i stand til å gjenkjenne symptomene og endring i atferd hos forelderen, vil de ha mye større sjanse for å klare seg i oppveksten og som voksen (Mevik og Trymbo, 2002).

Målene for oppdragelse og hvordan man ser på barn, har endret seg fra 1950-tallet og frem til i dag. Det er da også naturlig at måten å oppdra barn på endres. Hvis man ønsker et lydig og greit barn, vil det fordres andre reaksjonsmønstre og holdninger hos oppdrageren, enn hvis målet er å få et barn med egne meninger som skal høres og tas på alvor (Bunkholdt og Kvaran 2015). Bunkholdt og Sandbæk (2008) ser på måten barns behov blir dekket på som avgjørende for utviklingen. Selv om noen barn har spesielle behov, er det stort sett enighet om at det er noen generelle behov alle barn må få dekket for å få en god nok omsorgssituasjon.

Barn trenger:

Fysisk omsorg og beskyttelse, kjærlighet og aksept, respekt for egenart og forutsetninger, oppdragelse og sosialisering, finne mening i og organisere erfaringer, tilknytning, stabilitet og kontinuitet (Bunkholdt og Sandbæk, 2008: 49).

Når et barns omsorgssituasjon vurderes, vurderes det blant annet om disse behovene blir dekket tilstrekkelig. Det er viktig at barn får dekket disse behovene, både for utvikling av barnets følelsesmessige, sosiale og kognitive kompetanse. Om barnet ikke skulle få dekket disse behovene over tid, kan det få fatale konsekvenser for barnets psykiske og fysiske helse. Når et barn utvikler positive forventninger til andre og seg selv, skaper det trygghet og tillit. Når et barn derimot utvikler negative forventninger og forestillinger og får inkonsekvente reaksjoner, skaper det utrygghet, mistillit og fiendtlighet. Man bør se på måten barns behov blir dekket på, hvordan det legges til rette for læring og kognisjon når man skal se på hva som kjennetegner utviklingsfremmende forhold, og hva som kan virke hemmende for barns utvikling (Bunkholdt og Sandbæk, 2008). Killén (2009) mener også at manglende dekning av barns kognitive, emosjonelle og sosiale behov er omsorgssvikt. Bunkholdt og Kvaran (2015) mener at også barn som lever med foreldre med alvorlig psykisk sykdom, kan ha en god nok oppvekst med bakgrunn i at det er beskyttende forhold rundt barnet. Hvis barnet ikke har beskyttende forhold som kompenserer for de negative forholdene, kan omsorgen derimot bli vurdert som for dårlig.

Ifølge studier av Rutter og Quinton (1984) er det ikke bare forelderens psykiske lidelse, men også andre faktorer som påvirker barns utvikling, som blant annet ekteskapsproblemer og andre sosiale problemer. Skerfving (1996) mener også at det kan være mange faktorer som kan påvirke om barn utvikler problemer. Selv om at barn av psykisk syke har større risiko for å utvikle problemer, kan det være flere årsaker som spiller inn. Han anser blant annet forelderens misbruk, relasjons-, psykososiale og sosioøkonomiske problemer som vesentlige. Han påpeker også at økonomiske forhold er avgjørende for barns helse.

Det kan være flere ulike forhold som er avgjørende for om barn utvikler psykisk sykdom, blant annet barnets alder og utvikling, foreldrenes sensitivitet, barnets evne til å utvikle mestringsstrategier, foreldrefungering, samspillet i familien, manglende varme og fiendtlighet, økt forekomst av stressende hendelser, foreldrenegativitet og/eller ineffektive disiplineringspraksiser (Berg-Nielsen m.fl., 2002).

Det er heldigvis ikke slik at alle barn med psykisk syke foreldre utvikler emosjonelle eller psykiske problemer. Deres situasjon kan likevel være utfordrende og til hinder for en optimal utvikling. Noen barn tar på seg rollen som omsorgsperson og de gjøremålene og forpliktelsene som medfølger. (young careers, Cass et al. 2009). Ifølge Becker (2007) kan både familien, forpliktelser, ansvar og mangel på hjemmebaserte tjenester bidra til dette. Å utøve omsorg for andre kan også ha positive virkninger som personlig vekst, utvikling av empati, familiesamhold og ferdigheter. Når omsorgsrollen blir alt for omfattende, kan den derimot ha begrensende og negativ effekt på helse, trivsel, sikkerhet, utvikling og utdanning (Becker 2007, Cass et al. 2009). Generasjonsoverføring av psykiske lidelser kan ifølge Rutter og Quinton (1984) skyldes flere faktorer: Genetisk sårbarhet, i hvilken grad barnet blir involvert i forelderens symptomer, indirekte effekter av forelderens mentale lidelse og korrelater til mentale lidelser.

2.6 Forebygging

Ifølge lov om helsepersonell skal helsepersonell gi informasjon og bidra til nødvendig oppfølging av barn som er pårørende. Familie, nettverk, helsetjenester for barn og unge og ikke minst barnevernstjenesten er organer som er der for å hjelpe. Det er viktig å gripe inn tidlig for å forbygge at barn lider av foreldres sykdom. Barnehager og skoler er også viktige i oppfølging av barn der foreldrene er psykisk syke. De kan gi støtte i hverdagen til barna på de arenaene barna befinner seg på. Barn tilbringer store deler av dagen på skolen eller i

barnehagen, og om personalet der vet hvilken situasjon barnet befinner seg i, vil det kunne hjelpe mye når det gjelder å forstå hva som skjer med barna og deres reaksjoner (Helsenorge.no).

Frønes sier at både barnevernet og andre deler av helse- og sosialsektoren skiller mellom tre ulike former for forebygging – primær, sekundær og tertiær forebygging. Primær forebygging handler om å forhindre at det oppstår problem eller skader hos barn, unge eller familier generelt. Tiltak for utsatte grupper eller risikogrupper omtales som sekundær forebygging. Dette begrepet brukes også synonymt med tidlig intervensjon. Tiltak som iverksettes etter barnevernloven eller ved behandling av enkeltindivider, omtales som tertiær forebygging (Frønes, 2011).

Ifølge Gladstone og Beardslee (2002) finnes det to forskjellige forebyggende tiltak som begge er utprøvd og evaluert med positiv effekt. Det ene tiltaket er en kortfattet informasjon om psykiske lidelser. Denne informasjonen gis til både barn og foreldre. Det andre tiltaket er en klinisk basert intervensjon. Her var det flere samtaler med både barn og foreldre – både hver for seg og sammen. Begge disse to tiltakene var effektive, men det var likevel det som var klinisk basert som ga de største endringene. Det viste seg at barna fikk en mye større forståelse av foreldrenes psykiske sykdom og at barnas kommunikasjon med foreldrene ble bedret. I Oslo og Akershus har de hatt et pilotprosjekt der de har arbeidet med å iverksette denne modellen (Rynning Myrvoll 2006).

Det er viktig å kartlegge barnas situasjon så fort som mulig, slik at de kan delta i samtaler slik at de kan få informasjon om det som skjer, og for å kunne se deres behov for oppfølging. Voksenpsykiatrien har en stor utfordring i å inkludere barna. Mange barns behov og opplevelser blir ikke sett av behandlere, og kartlegging av foreldrefunksjoner har heller ikke vært noe tema ved innleggelser. Samarbeidsrutiner med andre offentlige instanser som barna forholder seg til, har ikke vært til stede i tilstrekkelig grad slik at noen har fått ansvar for å ivareta barna i slike situasjoner (Mevik og Trymbo, 2002).

Når det gjelder forebygging i forhold til barn og foreldre, spiller helsestasjonen en viktig rolle, som skal være et lett tilgjengelig lavterskeltilbud. De har et godt utgangspunkt og kan dermed lettere fange opp om det kan være snakk om en psykisk lidelse. De skal gi helsefremmende og forebyggende tilbud til gravide, barn og unge i alderen 0–20 år og deres foresatte (Bunkholdt og Kvaran, 2015). FO og utdanningsforbundet har sammen utarbeidet en brosjyre om

tverrfaglig samarbeid i skolen, der målet er å klargjøre områder der tverrfaglige samarbeid kan gi gode resultater i skolen (Bunkholdt og Kvaran 2015)

3 Metode

En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme frem til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener formålet, hører med i arsenalet av metoder. (Vilhelm Aubert 1985, side 196)

Det er med andre ord viktig at den metoden man velger, tjener formålet, slik at man kommer frem til ny kunnskap. Det er ikke viktig hvilken metode man velger, så lenge den er hensiktsmessig for å nå målet. Man må velge den metoden man mener vil gi relevante opplysninger og som belyser de spørsmål man har på en faglig og interessant måte. Ifølge Silverman (2006) er spesifikke forskningstekniker i seg selv verken riktig eller feil. Spørsmålet man bør stille seg, er hvilken metode som er mest passende i forhold til det man ønsker å oppnå.

Ifølge Dalland (2014) er metoden det redskapet vi bruker i møtet med det vi vil undersøke, den hjelper oss til å samle inn det datamaterialet vi trenger. Den kvalitative metoden brukes for å undersøke opplevelser og erfaringer som ikke lar seg måle, i motsetning til den kvantitative metoden som gir data i form av målbare enheter. Ved kvalitativ forskning benytter man seg ofte av intervju eller observasjon. Intervju bruker man når man ønsker å gå i dybden. Man bør ikke ha for mange informanter, en, to eller tre personer kan gi mye datamateriale. Man bør begynne med få informanter, så kan man heller intervju flere hvis man får for tynt datamateriale.

Kvalitativ forskning søker etter å finne ut hvorfor mennesker handler som de gjør, og hva betydningen av deres handling er. Den kvalitative metoden tar utgangspunkt i empirisk forskning som baserer seg på relasjonen mellom forskeren og subjektet (Widerberg, 2001).

Hvilken metode man skal anvende, må vurderes nøye, man må reflektere over hva som er gjennomførbart med tanke på blant annet tid og økonomi, men også hvilken metode forskeren behersker. Siden metoden er redskapet kommer resultatet an på hvor godt forskeren behersker metoden. Det er altså ikke bare hvor god metoden er som spiller inn på resultatet. Hvilken metode man benytter kommer også an på om man ønsker kunnskap om målbare enheter eller meninger og opplevelser (Dalland, 2014).

Det stilles visse krav til bruk av metoden, og Hellevik (1999) beskriver seks sentrale normer.

1. Resultatene skal stemme overens med virkeligheten.
2. Utvalget av data skal være systematisk, selv om det nærmest er umulig når det er snakk om kvalitative studier der man ofte henvender seg til mennesker som man mener har noe å bidra med. Det er dermed et krav

om å redegjøre for de faglige beslutningene man tar når det gjelder å gjøre et strategisk utvalg. Et strategisk utvalg er når man velger informanter ut fra hva man ønsker å vite noe om, man velger personer som har den kunnskapen/ erfaringen man er interessert i. 3. Datamaterialet skal brukes nøyaktig i alle faser. 4. Forskerens forforståelse skal være klargjort på forhånd og resultatene skal kunne kontrolleres. 5. Det skal være mulig å etterprøve resultatet i funnene. 6. Til slutt er det viktig at forskningen bør være kumulativ, den skal altså bygge videre på forskning som allerede finnes.

Det stilles også krav til data. Ifølge Dalland (2014) må datamaterialet svare for to spørsmål. Det første er hvilken relevans det har for problemstillingen og det andre er graden av pålitelighet når det gjelder måten data er samlet inn på. Spørsmålene som skal brukes, må være relevante i forhold til problemstillingen og man skal være nøyaktig gjennom hele prosessen.

3.1 Datainnsamling

I denne undersøkelsen har jeg brukt en kvalitativ metode. Jeg har brukt dybdeintervju for å samle inn informasjon. Formålet med et intervju er å fremskaffe beskrivende informasjon om ulike aspekter innenfor informantens erfaringer (Dalen 2011; Dalland 2014). Intervju betyr «utveksling av synspunkter» mellom to personer som snakker sammen om et felles tema (Kvale og Brinkman, 2009). Den som intervjuer, skal registrere og tolke det informanten sier og måten det sies på, før man lager seg en oppfatning av hva som menes med det. Det er viktig å stille utfyllende spørsmål for at beskrivelsen skal bli dekkende. Intervjueren må altså følge godt med, slik at det kan gis en best mulig beskrivelse (Dalland, 2014). Dette underbygges av Kvale og Brinkmann (2009), som understreker at intervju som metode er en datainnsamlingsteknikk som består av en konstruert verbal situasjon der det innhentes beskrivelser av spesifikke situasjoner. Det er altså et poeng å stille spørsmål på en slik måte at informanten forteller med egne ord om sine opplevelser (Dalen, 2011). Beskrivelsene av intervjupersonens egne fortolkninger av ulike situasjoner kan være et viktig grunnlag i fortolkningen av intervjuet (Dalland, 2014). Et kvalitativt intervju egner seg godt for å få innsikt i tanker, følelser og erfaringer informanten har rundt temaet (Dalen, 2011).

Et godt intervju hjelper oss med å få tak i informasjon som kan belyse problemstillingen på en relevant måte. Kvaliteten på intervjuet påvirkes blant annet av om temaene engasjerer intervjuer og informant, om intervjuer klarer å inspirere informanten til å fortelle fritt og om

informanten har noe å fortelle og klarer å sette ord på dette. Intervjuerens kvalifikasjoner spiller altså en stor rolle (Dalland, 2014).

Før jeg skulle begynne med datainnsamling reflekterte jeg over hvilken metode jeg skulle benytte, jeg bestemte meg relativt raskt for at jeg ønsket å gå for dybdeintervju, da jeg selv mente at dette ville besvare problemstillingen på best mulig måte. Dette valget gjorde jeg på bakgrunn av problemstillingen min. Jeg var ute etter å finne ut hvilke tiltak som iverksettes overfor barn innenfor barnevernet og hvordan barnevernet ivaretar disse utsatte barna som har foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Jeg var altså ute etter «hvilke» og «hvordan». Jeg kunne selvfølgelig brukt en spørreundersøkelse der et av spørsmålene kunne vært hvilke tiltak de iverksatte og hvordan de ivaretar barna. Jeg følte ikke at det var nok, jeg ville vite mer, gå dypere. Jeg ville finne ut hvilke tanker og erfaringer de som jobber i barnevernet hadde om disse barna. Jeg ville finne ut hvordan disse barna har det, hvordan de blir sett og ivaretatt av barnevernet. Jeg fant fort ut at jeg måtte utarbeide en intervjuguide hvis jeg skulle klare å få til en god samtale med de jeg skulle intervjuer. For å få dekkende beskrivelser fra informantene stilte jeg mange «hvilke»- og «hvordan»-spørsmål. Jeg stilte også oppfølgingsspørsmål der jeg var usikker på hva informanten mente, eller der jeg mente det var viktig med utdypende informasjon. De besvarelsene jeg fikk på e-post, gjorde dette vanskelig, den muligheten jeg hadde når det gjaldt dem, var å sende oppfølgingsspørsmål per e-post. Hvis informanten var usikker på hva jeg mente, prøvde jeg å beskrive spørsmålet med andre ord.

3.1.1 Intervjuguide

En intervjuguide er ifølge Dalland (2014) et redskap som skal lede intervjuer gjennom intervjuet. Det er en felles enighet om at det er lurt å bruke intervjuguide når man intervjuer, i hvert fall hvis intervjueren er uerfaren. Intervjuguiden er et hjelpemiddel, mange av spørsmålene utvikles underveis i samtalen. Intervjuguiden er i utgangspunktet en hjelp for å huske de aktuelle temaene, det kan likevel være lurt for uerfarne intervjuere å utarbeide spørsmål slik at man har en viss forutsigbarhet. Hvis man har utarbeidet spørsmål på forhånd trenger man ikke følge dem slavisk, det er et poeng at man bruker dem så fritt som mulig i intervjusituasjonen. Dette er for å få fin flyt i samtalen under intervjuet, slik at intervjuer kan følge bedre med på hva informanten sier og stille spørsmålene der de passer inn i samtalen. Det er også et poeng å ikke stille spørsmål som informanten allerede har svart på, for

eksempel i forbindelse med et annet spørsmål. Det kan da virke som at intervjueren ikke følger med. Det kan likevel være hensiktsmessig å be informanten om for eksempel å utdype det, hvis de besvarer et spørsmål i forbindelse med et annet spørsmål.

Det skilles mellom åpne og strukturerte intervju. Jeg benyttet meg av halvstrukturert intervju. Jeg utarbeidet spørsmål på forhånd, men var åpen for at informantene kunne prate litt rundt spørsmålene, og jeg fulgte også opp med oppfølgingsspørsmål der det var noe jeg ønsket å få utdypet. Det blir fort til at man hopper litt frem og tilbake mellom spørsmålene, så det var litt vanskelig å holde kontroll på om jeg hadde fått svar på alle spørsmålene i intervjusituasjonen. Jeg følte derfor at jeg ble litt forstyrret av spørsmålene. Jeg ble veldig opphengt i om jeg hadde fått svar på det jeg spurte etter, så jeg følte fokuset lå litt der. Av og til hadde intervjuene mere form av en samtale mellom informanten og meg, men jeg føler likevel at jeg fikk de opplysningene fra informantene som bidro til å besvare problemstillingen min. I og med at jeg hele tiden stilte oppfølgingsspørsmål og at jeg var bekymret for at ikke alle spørsmålene skulle bli besvart, stilte jeg noen ganger samme spørsmål flere ganger og ba informanten utdype det. Dette kan ha ført til at jeg som intervjuer virket noe distré, på en annen side kan det ha ført til at jeg fikk mer informasjon enn jeg i utgangspunktet hadde planlagt.

Min intervjuguide besto av tre deler, oppvarmingsspørsmål, refleksjonsspørsmål og avrundingspørsmål. Ifølge Tjora (2012) bør man starte med en oppvarmingsfase der man bruker et par minutter på å innhente litt bakgrunnsinformasjon om informantene. Dette er for å få i gang samtalen og skape trygghet. Så kommer refleksjonsspørsmålene. I refleksjonsdelen kommer de viktigste spørsmålene der man går i dybden på de aktuelle temaene.

Avrundingspørsmålene er for å avrunde og avslutte samtalen. Jeg hadde formulert spørsmålene på forhånd, de fleste spørsmålene var ganske åpne slik at det var rom for at informantene kunne fortelle fritt.

Spørsmålene bør oppfordre informanten til å beskrive det intervjueren spør etter, man får en mest mulig spontan fremstilling ved å be informanten fortelle. De fleste spørsmålene jeg hadde i intervjuguiden, var «hvordan»-spørsmål. Dette var for å oppfordre til en mest mulig spontan fremstilling. Ved «hvorfor»-spørsmål får man mer gjennomtenkte forklaringer, da kan intervjuet bli lite konkret, noe som kan føre til at intervjuet blir mer som et avhør (Dalland, 2014).

De informantene jeg intervjuet direkte, responderte godt på mine «hvordan» spørsmål. De fortalte spontant, og intervjuene fungerte mer som en samtale enn som et intervju. Dette ble selvfølgelig bedre på det siste intervjuet jeg hadde, i og med at jeg som intervjuer hadde mere erfaring og var tryggere på spørsmålene og intervjusituasjonen. De intervjuene som ble besvart på e-post, ble ikke like utfyllende. En av grunnene kan være at jeg ikke fikk fulgt opp og stilt oppfølgingsspørsmål, det blir også litt mer konkret når man sitter og skriver i stedet for å ha en samtale.

3.1.2 Rekruttering

Ifølge Dalland (2014) sikter det kvalitative intervjuet på å gå i dybden. Det er ikke om å gjøre å ha så mange informanter, men få gode samtaler med gode informanter. Utvalget til min undersøkelse bygger på et strategisk utvalg, som ifølge Dalland (2014) er et utvalg av de personene man tror har noe å fortelle om det fenomenet man vil vite noe om. Det er altså noen kriterier for å kunne delta i undersøkelsen. Kriteriet jeg hadde, var at informantene mine skulle være ansatte i den kommunale barnevernstjenesten. Jeg var også ute etter folk fra minst to forskjellige kommuner, slik at jeg fikk se om de gjorde ting på forskjellige måter, altså om de har ulik praksis ved ulike kontorer. Dette fordi jeg var interessert i å få bredest mulig informasjon om hvordan barnevernet møter barn med psykisk syke foreldre. Hvis alle informantene hadde vært fra samme kommune, trengte de opplysningene jeg fikk ikke nødvendigvis å være slik barnevernet i alminnelighet møter barn med psykisk syke foreldre, men at dette kunne være en kultur i denne ene kommunen.

Da jeg skulle begynne med rekrutteringen, sende jeg først e-post til barnevernslederen i seks forskjellige kommuner. I e-posten presenterte jeg meg selv og oppgaven, og jeg sendte med et informasjonsskriv om hva det ville innebære å delta. Jeg uttrykte ønske om å intervju lederen eller noen av de ansatte ved barnevernstjenesten. Det var imidlertid ingen som besvarte min forespørsel. Da jeg ikke hørte noe, begynte jeg å bruke nettverket mitt. Jeg spurte folk jeg kjente og ba dem spørre folk de kjente. Jeg håpet på at dette kunne føre til en snøballeffekt. Det gjorde det, det var slik jeg fikk tak i alle informantene jeg intervjuet, men jeg fikk ikke tak i så mange som jeg ønsket. Da jeg skjønnte at det ikke skulle bli så lett å få tak i nok informanter, bestemte jeg meg for å kontakte noen som jeg hadde gått i klasse med tidligere og som jeg visste jobbet i barnevernet. Jeg fikk to av dem til å besvare spørsmålene på e-post og én fikk en annen kollega til å besvare spørsmålene på e-post. Jeg sendte altså

intervjuguiden på e-post til dem som sa seg villig til å besvare spørsmålene. Det er derfor usikkert om de to informantene som jobber på samme kontor besvarte spørsmålene sammen, eventuelt diskuterte seg imellom før de besvarte spørsmålene, og hvilken betydning dette har for den informasjonen jeg har fått.

Jeg begynte å bekymre meg for om det var godt nok med de informantene jeg hadde klart å få tak i, så jeg bestemte meg for å prøve å få tak i flere informanter til intervju en siste gang. Jeg prøvde å ringe rundt til forskjellige barnevernkontor. Jeg var da ute etter å få snakket med barnevernslederne, men det viste seg å være litt vanskeligere enn jeg hadde forventet. Jeg fikk et avslag, mens et par andre ikke hadde tid til å snakke med meg. Det er forståelig at de har mye å gjøre, men synd at jeg ikke fikk utført flere intervju.

Informantene i denne studien var som nevnt ansatte i den kommunale barnevernstjenesten. Alle informantene utenom én var saksbehandlere. De som deltok på intervju, var to saksbehandlere og en teamleder, teamlederen jobbet også med saksbehandling. Blant de som besvarte spørsmålene på e-post var det to saksbehandlere og én barnevernsleder. Det var litt forskjell på hvor lenge de hadde vært ansatt i barnevernet, fra noen måneder til over 20 år. Alle informantene var kvinner. Alle informantene hadde bachelor i barnevern eller sosialt arbeid i bunnen, alle hadde også forskjellige videreutdanninger og/eller mastergrad i tillegg.

To av de som besvarte spørsmålene på e-post, var gamle klassekamerater. Jeg kjente dem altså litt fra før. Når man intervjuer personer man kjenner fra før, kan det være vanskelig å holde seg innenfor intervjuets tema. På en annen side kan det føre til at samtalen går lettere siden man er mer trygg på den personen man kjenner litt fra før. Dette var ikke noe som ble problematisk for min situasjon, i og med at de to informantene jeg kjente besvarte spørsmålene skriftlig på e-post. Det som derimot kan ha blitt påvirket av at de er bekjente av meg, er måten de besvarte spørsmålene på. Deres syn på / opplevelse av meg som person/student kan påvirke hvor seriøst eller useriøst de tok besvarelsen av spørsmålene jeg sendte.

3.1.3 Gjennomføring og transkribering av intervjuene

I denne studien deltok som nevnt seks informanter fra fem forskjellige kommuner rundt om i landet. Tre av informantene intervjuet jeg ansikt til ansikt, mens de resterende tre svarte på spørsmålene på e-post. Det var på grunn av store avstander at det ble vanskelig å få gjort «ansikt til ansikt»-intervjuer. Fra de som svarte på spørsmålene skriftlig, ble datamaterialet

veldig varierende – noe ble besvart veldig utfyllende, mens noe var litt tynt. Dette synes jeg er helt naturlig, siden jeg ikke fikk kommet med oppfølgingsspørsmål eller ført samtalen videre. Under intervjuene, derimot, fikk jeg stilt flere spørsmål, og det ble mer naturlig for informantene å spontant snakke om tema som de syntes var interessante. Til intervjuene hadde jeg med informasjonsskriv/samtykkeerklæring, slik at informantene skrev under på at de ønsket å delta og at jeg kunne ta opptak av intervjuet. Dette ble også sendt på e-post til de som besvarte spørsmålene på e-post.

Jeg synes selv intervjuene gikk bra og at jeg fikk relevant informasjon for å besvare problemstillingen min på en god måte. Jeg informerte om retten til anonymitet, taushetsplikt og retten til å trekke seg, som Dalland (2014) påpeker er viktig. Jeg startet samtalen med å fortelle om meg selv og forskningsprosjektet mitt. Siden jeg gjorde dybdeintervju, var jeg ute etter at informantene skulle reflektere over spørsmålene og beskrive best mulig hvordan de håndterte ulike situasjoner.

Jeg intervjuet fagfolk, som ifølge Dalland (2014) er veldig gunstig. Man kan da få tak i erfaringsbasert kunnskap som man ikke finner presentert i faglitteraturen. Det er også relativt lett å få tak i fagfolk, og man kan ta direkte kontakt med dem eller med lederen i den tjenesten. Min erfaring er at det ikke er fullt så lett som Dalland mener. Det var vanskelig å komme i kontakt med lederne på de kontorene jeg prøvde å få kontakt med. Dette kan skyldes flere ting, blant annet at barnevernlederne ikke syntes studien min virket interessant, eller så kan det hende at de i en hektisk hverdag ikke så seg tid til å besvare undersøkelsen.

Transkribering av opptak er en viktig del av prosessen, dataene som skrives ned danner grunnlag for drøfting av problemstillingen. Transkribering gir en mulighet til å gjenoppleve intervjuet og hjelper forskeren å få frem valide data, og kan dermed bidra med ny vitenskapelig kunnskap. Det er derfor viktig at intervjueren transkriberer intervjuene selv (Tjora, 2012).

Bearbeiding av data gir forskeren større mulighet til å analysere og tolke informantenes utsagn for å finne frem til deres motiver og meninger om sosial samhandling (Widerberg, 2001). Etter hvert intervju transkriberte jeg intervjuet, jeg skrev ned det som ble sagt ord for ord. Deretter slettet jeg intervjuene. Dette bør man gjøre for å få oversikt over materialet og gjenoppleve intervjuet (Dalland, 2014). Deretter er det ifølge Dalland (2014) gunstig å gjøre om fra det muntlige språket til et litt mer skriftlig språk. Dette gjør man ved å fjerne ord som «sånn» og «liksom», og ved tegnsetting.

Transkriberingen førte til at jeg fikk en større nærhet til datamaterialet jeg hadde samlet inn. Det satte i gang en tankeprosess og jeg så fort sammenhenger, fellestrekk og forskjeller i svarene. Det jeg så som fellestrekk, var blant annet at de innhentet opplysninger fra forskjellige instanser rundt barnet og familien. Det var stor enighet blant informantene om at barn av psykisk syke ofte får mye ansvar hjemme. Det var også stor enighet om at det er barnas behov som er det viktigste. Det var noen forskjeller i hvordan de gjorde ting ved de forskjellige barnevernstjenestene, blant annet hvordan de kvalitetssikret arbeidet sitt. Alle uttrykker viktigheten av å snakke med og være åpen mot barnet, det var bare én av informantene som påpekte at de ikke alltid fikk gjort det på grunn av dårlig tid. Jeg synes det var litt forskjell på hvordan informantene så på det å være forelder og psykisk syk. Dette kan blant annet være på grunn av at psykisk sykdom er et veldig bredt spekter. En informant påpekte at det ikke var så viktig hvilke problemer forelderen hadde, det som var viktig var hvordan den aktuelle problematikken påvirket dem som omsorgspersoner, mens andre informanter mente at barnet kunne ta skade av foreldrenes problemer. Det virket også som at det var forskjell på hvor mye det biologiske prinsipp ble vektlagt. Både likhetene og forskjellene tar jeg videre opp i analysen og drøfter det opp mot teori.

3.2 Forskerens førforståelse

Hermeneutikk betyr fortolkningslære (Thomassen, 2006). Hermeneutikken handler om å tolke og forstå grunnlaget for menneskelig eksistens. Den omhandler altså fortolkning av meningsfulle fenomener og beskrivelse av de betingelsene som er til for at forståelse av mening skal være mulig. Siden vi bruker oss selv til å samle inn, vurdere og tolke datamaterialet, er det viktig at vi er bevisst den førforståelsen vi sitter med (Dalland, 2014).

Det er viktig å være bevisst sin egen førforståelse. Man gjør det ved å redegjøre for den i oppgaven. Hvis man er bevisst på de tankene man har om et fenomen fra før, er det lettere å søke etter data som eventuelt kan avkrefte de tankene man gjorde seg før undersøkelsen. Man gjør seg selvsagt opp tanker og meninger om det temaet man skal undersøke før man går i gang. Førforståelsen er metodisk viktig, siden den i stor grad kan påvirke verdien av de data som fremkommer av intervjuet. Det er ikke bare forskerens førforståelse man må ta hensyn til, men informantene kan også ha ulike motiver (Dalland, 2014).

Da jeg skulle velge tema og problemstilling var jeg i utgangspunktet forespeilet å bruke datamaterialet fra prosjektet «det nye barnevernet». Jeg brukte spørsmålene fra

surveyundersøkelsen deres når jeg utarbeidet tema og problemstilling. Foreldre med psykisk sykdom var også et tema som hadde vekket min interesse under et av emnene på bachelorstudiet. Da det ikke ble noe av arbeidet med det datamaterialet jeg hadde sett for meg, mistet jeg litt motivasjonen. Jeg satt med mange tanker og hadde gjort mye arbeid rundt denne problemstillingen. Jeg måtte altså finne ut hvordan jeg på best mulig måte kunne prøve å besvare problemstillingen min ved å samle inn eget datamateriale.

Da jeg hadde valgt tema og problemstilling, hadde også jeg tanker og meninger om hva jeg kom til å finne ut. Denne førforståelsen skrev jeg ned før jeg begynte med undersøkelsen slik at jeg lettere skulle kunne skille den fra den forståelsen som jeg gjorde meg underveis. Min førforståelse var at barnevernet ikke hadde noen spesielle tiltak de iverksatte overfor barn som hadde foreldre med alvorlig psykisk sykdom, men jeg var nysgjerrig på om det kunne være noen tiltak som gikk igjen og om det er mulig eller behov for å utvikle evidensbaserte tiltak. Jeg mente likevel at barnevernet satte barnet i fokus og jobbet for barnets beste. Jeg hadde også en tanke om at disse barna ble ekstra godt ivaretatt, jeg var ikke sikker på hvordan det ble gjort, men jeg hadde en følelse om at disse barna trengte noe ekstra. Det jeg kanskje ikke klarte å sette meg inn i, er at alle barna som er under barnevernet trenger å bli ekstra godt ivaretatt, de er en utsatt gruppe barn alle sammen, uansett hva som er grunnen for at de er i barnevernet. Jeg hadde også en tanke om at barnevernet hadde et ønske om å ivareta disse barna, men jeg var også nysgjerrig på om de selv følte at de klarte det i tilstrekkelig grad.

3.3 *Analysen*

Analyse er et granskingsarbeid, utfordringen er å finne ut hva datamaterialet har å fortelle. Vi søker etter meningen i det som kommer frem og prøver å få frem innholdet på en god måte (Dalland, 2014).

Når jeg skulle begynne med analysen, satte jeg meg med alt datamaterialet foran meg. Det var stort og uoversiktlig. Det føltes helt umulig å få oversikt og kontroll over det jeg hadde samlet inn og transkribert. Jeg begynte med å prøve å kode og kategorisere datamaterialet, men følte at jeg ble sittende og lete etter svaret på problemstillingen, og å lete etter sammenhenger mellom datamaterialet og teorien. Det ble mye lettere å få oversikt og kontroll på det jeg hadde samlet inn av informasjon når jeg sluttet å lete, men begynte å lese. Hva var det som vekket min interesse? Hva syntes jeg var overraskende / ikke overaskende? Jeg begynte altså å se på hva informantene hadde sagt i stedet for å lete etter et svar.

Når man analyserer, arbeider man med datamaterialet, sorterer og organiserer det, bryter det ned i håndterbare kategorier, setter sammen koder og ser etter mønstre. Man arbeider altså for å komme frem til funn. Deretter skal funnene tolkes slik at man skaper mening i funnene (Nilssen, 2012). Hun poengterer også at det er lurt å starte med det som intuitivt er mest spennende og fengende i datamaterialet.

Koder er ord og uttrykk som beskriver avsnitt eller mindre utsnitt av datamaterialet. Man må gå gjennom hvert intervju og lage tekstnære koder. Deretter samler man kodene som er relevante for problemstillingen i grupper. Kategoriene danner utgangspunkt for hva vi vil ha med som hovedtemaer i analysen. Man skal lete etter de mindre åpenbare metaforene eller bildene. Man skal også lete etter kontraster og tvetydigheter i materialet (Nilssen, 2012).

Etter at jeg hadde kodet datamaterialet, kom jeg frem til fire kategorier, eller tema, som jeg videre skulle analysere og bygge analysen rundt:

- Barns rettigheter
- Meldinger og kartlegging av familier
- Barnets behov for tiltak
- Tiltak som benyttes

Barns rettigheter omhandler rettighetene barn har / ikke har. Meldinger og kartlegging av familier omhandler hvem som sender bekymringsmeldinger til barnevernet og hvordan barnevernet undersøker og kartlegger familiene. Barns behov for tiltak omhandler hvilke behov barnet har for hjelp når de har foreldre med psykisk sykdom. Hvilke tiltak som brukes, omhandler hvilke tiltak barnevernet faktisk iverksetter overfor de aktuelle familiene.

3.4 Etikk og personvern

Forskningsetikk er etikk som omhandler både planlegging, gjennomføring og rapportering av forskningsresultatet. Denne etikken omfatter ivaretagelse av personvernet og å sikre troverdighet av forskningsresultatene (Dalland, 2014).

I alle fasene i en undersøkelse er det etiske utfordringer, allerede i planleggingsfasen bør man gjøre etiske overveielser. Ifølge Dalland (2014) bør man finne ut hvem som kan ha nytte av kunnskapen og om man kan bidra med noe overfor de personene som er deltagende i prosjektet. Når man skal benytte personopplysninger, er det viktig å beskytte informantens

integritet og ivareta deres interesser. Det er også viktig å påse at undersøkelsen gjennomføres i overensstemmelse med de etiske krav som foreligger når personopplysninger behandles (Dalland, 2014).

For å sikre at informantenes integritet ble ivaretatt, har jeg benyttet informert samtykke der jeg har informert om retten til å trekke seg, anonymisering, taushetsplikt og frivillighet. Lydopptakene jeg tok, ble slettet fortløpende etter at jeg hadde transkribert dem. Jeg har ikke opplyst om hvilken kommune informantene kommer fra eller oppgitt noen personopplysninger som kan føre til at informantene blir gjenkjent. Siden jeg ikke har benyttet noen personopplysninger eller samlet inn sensitive personopplysninger, har jeg ikke meldt til personvernombudet (NSD).

3.5 Kvaliteten i forskningen

Ifølge Dalland (2014) skal også relevant datamateriale samles inn på en slik måte at dataene er pålitelige, de ulike leddene i innsamlingsprosessen skal være nøyaktige. Hvis man ser på intervju, som jeg benyttet meg av, er det flere feilkilder som ligger til grunn. Det kommer an på om spørsmålene blir oppfattet riktig, om intervjueren forstår svarene riktig, om lyden på lydopptaket er god nok og om alt blir riktig under transkriberingen. Påliteligheten reduseres mer jo flere feil som forekommer (ibid). Tre av intervjuene mine var besvart skriftlig. Dette kan ha ført til flere feilkilder, som jeg utdyper litt senere i kapitlet.

For å få valide data er det viktig at forskeren skiller mellom egne tolkninger og informantenes tolkninger (Widerberg, 2001). Pålitelighet og troverdighet handler om å sørge for å være seg bevisst gjennom hele forskningsprosessen, hvordan ting gjøres og håndteres og vår egen rolle i den. Det er viktig å redegjøre for hvordan ens egen posisjon kan påvirke arbeidet, både empirisk, analytisk og teoretisk. Når det gjelder gyldighet, må man forholde seg bevisst til aktuelle teorier og perspektiver, og til tidligere forskning innenfor samme område (Tjora, 2012).

Når man generaliserer hever man blikket, og så utvikler man innsikt som går ut over det spesifikke tilfellet. Det er ikke alltid et mål eller ønske for undersøkelsen å generalisere, men derimot å belyse konkrete problem (Tjora, 2012).

Mens pålitelighet og gyldighet refererer til hvor godt ulike valg er tatt, handler transparens eller gjennomsiktighet om hvor godt disse valgene formidles i rapporteringen. Man skal prøve

å gjøre det slik at leserne får et så godt innblikk i forskningen at de selv kan ta stilling til kvaliteten. Det er da viktig å registrere valg, endringer og lignende underveis. For å gjøre forskning refleksiv må man undersøke egen tolkning og hva som påvirker den. Man må gjøre en tolkning av egen tolkning. Man må reflektere over hvordan tolkning av data er fremkommet (Tjora, 2012).

Min tolkning av datamaterialet kan være påvirket av det faktum at jeg er barnevernspedagog. Jeg har foreløpig ikke jobbet innenfor det kommunale barnevernet, men jeg skal starte å jobbe i en barnevernstjeneste fra høsten. Jeg er bevisst dette og prøver så godt jeg kan å ikke la det påvirke mine vurderinger av materialet. Det kan også være slik at informantene utelot å forklare/utdype ting som de tok for gitt at jeg hadde kunnskap om, på grunn av at jeg har samme grunnutdanning som dem. Når jeg har gått gjennom datamaterialet, har jeg hele tiden valgt ut ting som *jeg* har funnet interessant, det vil derfor være min subjektive opplevelse som har påvirket det utvalget jeg har gjort.

Troverdige resultater får man om man har empiriske data som man gjør en godt begrunnet tolkning av, ved å gjøre en systematisk analyse som man utvikler gjennom et nøye gjennomtenkt design (Tjora, 2012).

3.6 Kilde- og metodekritikk

Metodevalget var et av de første vanskelige valgene jeg sto overfor. Jeg var som nevnt innledningsvis innstilt på å skrive oppgaven min ut fra en surveyundersøkelse som allerede var gjort. Jeg var i utgangspunktet veldig bestemt på at det var en kvantitativ undersøkelse jeg skulle gjøre. Da jeg endte opp med å måtte samle inn eget datamateriale, ønsket jeg likevel å gå over til en kvalitativ undersøkelse, fordi jeg mente at det belyste problemstillingen min best, jeg kunne gå dypere inn på hvilke tiltak som ble iverksatt, og hvorfor barnevernet gjorde slik de gjorde. En annen grunn var tidsperspektivet, jeg anså det som lettere å få tak i få informanter til intervju enn å få tak i mange informanter til å svare på en spørreundersøkelse.

Kildekritikk er ifølge Dalland (2014) de metodene som brukes for å vurdere og fastslå om kildene som benyttes er sanne. Kildekritikken er delt i to deler, den første delen omhandler litteratursøk og den andre omhandler redegjørelse av litteratur. Det er viktig å være kritisk til litteraturen man finner, litteraturen skal vurderes og karakteriseres. Kildekritikken skal sees opp mot hva kilden skal belyse. Man skal ikke dømme andres forskningsarbeid, men vurdere i hvilken grad teoriene og forskningsresultatene man finner kan brukes til å belyse

problemstillingen man selv har. Man skal altså vurdere hvorvidt noen teorier og forskningsresultater kan overføres fra en annen sammenheng til den problemstillingen man skal belyse. Man skal vise at man er i stand til å være kritisk til det kildematerialet man bruker, dette gjør man ved å vise til den litteraturen man har benyttet. Både når det gjelder relevans og pålitelighet, bør kildene belyse problemstillingen på en overbevisende måte. Når man plukker ut informasjon fra datamaterialet, er det viktig å tenke på hva som er gyldig og relevant i forhold til den problemstillingen man søker etter å besvare (Dalland, 2014).

Jeg har hele tiden hatt et kritisk blikk når jeg har lest gjennom og plukket ut litteratur. Jeg har brukt litteratur som jeg anså som relevant ut fra det jeg har lest og ut fra problemstillingen jeg ønsket å besvare. Det har vært vanskelig å finne litteratur som omhandler barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Jeg kom til slutt over en Fafo-rapport av Gjerusdad m.fl. (2006) som omhandler kommunens bruk av hjelpetiltak i barnevernet. I denne rapporten tar de blant annet opp hvilke tiltak barnevernet bruker i ulike situasjoner, blant annet når foreldre har psykisk sykdom. Jeg så meg likevel nødt til å søke etter litteratur som kunne sammenlignes eller peke på noen av de forholdene jeg ville undersøke, på denne måten fant jeg litteratur som kunne ha overføringsverdi til min problemstilling. Artikler og bøker som er skrevet, henviser oftest til forskning av barn av psykisk syke generelt, ikke spesielt om de som er innenfor barnevernet og hvilke tiltak barnevernet iverksetter. Annen litteratur omhandler barn innenfor barnevernet generelt, men ikke nødvendigvis barn av alvorlig psykisk syke foreldre. Informantenes syn på barn av psykisk syke foreldre samsvarer med det jeg finner om dem i litteraturen.

Fagstoff og pensum er ofte sekundærlitteratur, det kan være en utfordring i og med at teksten er bearbeidet og fortolket av en annen enn den opprinnelige forfatteren. Kildene og de data man henter fra kildene må være relevante. Dette gjelder både de data man får fra litteratursøk og den informasjon man henter fra informantene. Spørsmålene man bruker skal bidra til å belyse problemstillingen. Oppgaven farges av personligheten forskeren har, det kommer man ikke utenom. Under intervju bruker forskeren seg selv, det er derfor viktig å være bevisst den førforståelsen man har slik at man kan skille den fra den forståelsen man får underveis (Dalland, 2014).

Jeg har hele tiden forsøkt å finne primærkilden til litteraturen, men også den er bearbeidet og fortolket av en forfatter – selv om det er den opprinnelige forfatteren. Noen ganger lar det seg ikke gjøre, da har jeg prøvd å være ekstra kritisk til det jeg har lest ved å bruke ulike kilder og

ved å forsøke å finne argumenter for og imot. Når det gjelder de spørsmålene jeg selv utarbeidet til intervjuguiden, brukte jeg metodelitteratur til å utforme spørsmålene på best mulig måte, slik at informantene skulle fortelle så utdypende som mulig. Jeg har etter beste evne prøvd å være kritisk og ikke la det datamaterialet jeg har samlet inn bli påvirket av min førforståelse.

Før man setter i gang med en undersøkelse, planlegger man hvordan man har tenkt å bruke metoden og gjennomføre undersøkelsen. Etter at en undersøkelse er gjennomført, må forskeren se på metodespørsmålet på nytt. Da må forskeren være selvkritisk og se på om metoden fungerte og om den hjalp til med å belyse problemstillingen. Valg av metode må vurderes på nytt, kunne en annen metode ha belyst problemstillingen bedre? Var det noe man kunne gjort annerledes? Har man kommet frem til sikker kunnskap? (Dalland, 2014).

Min plan var blant annet å intervju alle informantene mine, dette viste seg å være lettere sagt enn gjort. Det var vanskelig å få kontakt med fagpersoner som har anledning til å delta i undersøkelser. De må som regel bruke av sin egen fritid, og det gjør det ekstra vanskelig. De som da ønsker å delta, har ofte en grunn til det, enten fordi de har noe de ønsker å få sagt, eller for å gjøre forskeren en tjeneste, da ofte for at det er en bekjent eller en bekjent av en bekjent. Selv om det har vært vanskelig for meg, mener Dalland (2014) imidlertid at studenter ofte blir godt mottatt og får ofte ja når de ber om intervju. Siden jeg slet med å rekruttere informanter til intervju, så jeg meg nødt til å bruke de bekjentskapene jeg hadde til å få informasjon. På grunn av store avstander hadde jeg ikke mulighet til å utføre alle intervjuene ansikt til ansikt, men måtte få informantene til å besvare spørsmålene på e-post. Ifølge Dalland (2014) kan man godt finne informanter gjennom bekjentskap. Det kan være en fordel å be den man kjenner om å spørre den personen man ønsker å intervju. Da slipper personen å føle seg presset og kan ta seg litt tid til å tenke over det.

Den mest åpenbare svakheten i min studie mener jeg er at halvparten av informantene besvarte spørsmålene mine på e-post. Når man formulerer seg skriftlig, vil man formulere og ordlegge seg annerledes enn ved en muntlig fremstilling. Jeg hadde heller ikke samme mulighet til å følge opp disse intervjuene med oppfølgingsspørsmål. Den mellommenneskelige informasjonen, som reaksjoner og kroppsspråk, gikk tapt. Selv om datamaterialet var varierende og noen svar var tynnere enn andre, synes jeg at det å se bort fra informasjonen til disse informantene ville ført til et noe tynt datamateriale, som igjen ville ført til at det ville vært vanskeligere å få god innsikt i fagfeltet.

Jeg kunne ha prøvd å besvare problemstillingen ved å ha hatt en spørreundersøkelse der jeg blant annet spurte hvilke tiltak som oftest ble brukt for barn som har foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Jeg tror jeg ville ha mistet mye informasjon hvis jeg hadde gjort det på den måten, men igjen hadde jeg fått tall som jeg kunne tolket, og fått statistikk på hvilke tiltak som brukes mest. Kanskje jeg hadde fått flere informanter, og muligheten til generalisering kunne vært større, selv om det ikke har vært et mål for meg i denne undersøkelsen, målet mitt var å få innsikt i og belyse hvordan barnevernet ivaretar en spesifikk utsatt gruppe barn. Videre kunne jeg sammenlignet de mest brukte tiltakene. Jeg er ikke sikker på om denne metoden hadde besvart forskningsspørsmålet bedre, men jeg kunne kommet frem til litt andre data. Jeg synes metoden jeg har brukt, belyser problemstillingen bra. Det jeg kunne gjort annerledes var å ha flere informanter til intervju og ikke fått spørsmålene besvart på e-post. Jeg kunne også ha gjort både en kvalitativ og en kvantitativ undersøkelse. Da kunne jeg først ha samlet inn det kvantitative datamaterialet og brukt det som bakgrunn for spørsmålene og fått informantene til å utdype den informasjonen jeg allerede hadde samlet inn. Jeg kunne da ha funnet ut om de var enige eller uenige i de resultatene jeg hadde fått. Da hadde nok resultatet mitt blitt mer pålitelig. Dette hadde nok tatt betydelig lengre tid, og siden man har en viss tidsbegrensning på en masteroppgave, ville det vært vanskeligere å gjennomføre.

4 Analyse

4.1 Introduksjon

I dette kapitlet vil jeg analysere funnene i lys av relevant teori og egne refleksjoner. Jeg har delt analysen inn i fire deler. Først skal jeg se på barns rettigheter, deretter skal jeg se på meldinger og kartlegging av familier, så skal jeg ta for meg barnets behov for tiltak og til slutt hvilke tiltak som brukes. Med disse fire kategoriene prøver jeg å belyse problemstillingen på en konstruktiv måte. Siden jeg ikke bruker navnene på informantene, skiller jeg dem fra hverandre ved å bruke bokstavene A–F.

I analysen legger jeg blant annet vekt på barnevernloven § 4-1, § 4-4 første til tredje ledd, § 6-4 og helsepersonelloven § 10a, § 33 første og andre ledd, og barnekonvensjonen. Det som kommer frem i disse lovene, er at barnevernet skal bidra til at barn får gode levevilkår ved å iverksette tiltak der det er særlig behov for det. Tiltakene skal være til det beste for barnet og har som formål å medvirke til positiv endring i familien og/eller hos barnet. Barnevernet skal bidra med kompensierende tiltak når det er nødvendig for å sikre tilfredsstillende omsorg for barn. Helsepersonell skal gi nødvendig informasjon og oppfølging av barn av psykisk syke. Helsepersonell som behandler psykisk syke med mindreårige barn, skal samtale med pasienten om barnets behov for informasjon og eller oppfølging og samtale med barnet og personer som har omsorg for barnet om pasientens sykdomstilstand. Helsepersonell skal gi opplysninger til barnevernstjenesten uten hinder av taushetsplikten når det er grunn til å tro at det foreligger noen former for alvorlig omsorgssvikt eller foreligger forhold som kan føre til tiltak. Ifølge Kvaran (2009) angir barnekonvensjonen hva som må ligge til grunn for å sikre barn en trygg og god oppvekst. Norge er et av mange land som har underskrevet barnekonvensjonen, og skal dermed anerkjenne og respektere alle barns grunnleggende rettigheter til liv, utvikling, beskyttelse og deltagelse. Den norske stat har ansvaret for at disse rettighetene blir fulgt.

Det er viktig å understreke at barn av psykisk syke i utgangspunktet er friske, men kan trenge støtte og/eller ulike hjelpetiltak. Dette er fordi de er i en sårbar situasjon, men også for å forebygge at de senere i livet skal rammes av psykisk sykdom og trenge behandling selv (Vik, 2001).

I 2010 var det 1 489 nye barn og unge med barnevernstiltak på grunn av psykiske lidelser hos foreldrene (SSB). Dette viser at barnevernet har en del meldinger på bakgrunn av psykisk

syke foreldre når nesten 1 500 fører til tiltak, noen blir henlagt uten undersøkelse, og noen blir henlagt etter undersøkelse.

4.2 Barns rettigheter

28. november 2014 ble det satt ned et lovutvalg som ble kalt barnevernlovutvalget. Det er et offentlig utvalg som er satt ned av regjeringen for å se på hvordan barnevernloven kan forenkles. Utvalget skal levere sin utredning høsten 2016. Målet med dette er å bedre rettssikkerheten for barna og skape et mer forståelig lovverk. Barneombudet sitter som medlem i en referansegruppe for barnevernlovutvalget (barneombudet.no, regjeringen.no).

Barnevernlovutvalget overrakte barne- og likestillingsminister Solveig Horne en offentlig utredning om barnevernloven den 29. september 2016. Noen av lovforslagene er at barn skal få større medvirkning i barnevernssakene – aldersgrense for partsrettigheter senkes, da kan også barn med partsrettigheter takke nei til frivillige hjelpetiltak – rettighetsfesting av loven, retten til familieliv og det biologiske prinsippet forsterkes, det stilles krav om at barnevernstjenesten alltid skal være tilgjengelig, henvendelser fra barn og foreldre skal følges opp, familie eller nært nettverk skal alltid vurderes som fosterhjem, kommunene plikter å tilby familieråd, og kravet til samarbeid mellom tjenestene i kommunene lovfestes. Utvalget foreslår også at gjeldene rett videreføres når det gjelder hvilke tiltak som kan iverksettes, og hvilke vilkår som skal ligge til grunn. Dette er bare noen av forslagene som er til høring. Det gjenstår å se hva som blir vedtatt. Hvis disse forslagene blir vedtatt, tror jeg at barnevernstjenesten kan bli mye bedre, også for familier der foreldre har alvorlig psykisk sykdom (NOU 2016:16).

Barnevernloven er ikke en rettighetslov for barnet enda. I dag er det slik at det er foreldrene som bestemmer om de vil ta imot tiltak på vegne av barnet. Slik det er i dag, har ikke barn rett på tiltak fra barnevernet, selv om barnevernet har en plikt til å yte hjelp. Selv om barn kan kontakte barnevernet for å få hjelp, kan ikke barnevernet hjelpe hvis foreldrene ikke samtykker, med mindre situasjonen er så alvorlig at barnet må flyttes ut av hjemmet. Barneombudet har kommet med innspill til barnevernlovutvalget der et av forslagene omhandler barns rettigheter under saksbehandling. De foreslår at barnevernloven blir en rettighetslov (barneombudet.no).

Man kan stille seg spørsmål om hvorfor barnevernloven ikke er en rettighetslov slik de fleste andre lover i Norge er. Barneverntjenester er snart de eneste velferdsgodene vi har som ikke

er rettighetsfestet. Slik det er nå, kan det minne mer om et foreldrevern enn et barnevern. Barnekonvensjonen forutsetter at barn skal ha en selvstendig rett til hjelp, men slik det er i dag, er det bare de voksnes plikter som er i fokus. Barnekonvensjonen er tydelig på at barn har rett på omsorg og beskyttelse. I en rapport til Norge i 2010 uttrykker FNs barnekomite bekymring over at barnevernet må ha samtykke fra foreldrene før de er i stand til å hjelpe et barn med behov for barneverntjenester. Bare i tilfeller der det er snakk om omsorgsovertakelse på grunn av sakens alvorlighet, kan barnevernet gripe inn uten foreldrenes samtykke. Det er en stor forskjell på det å ha en rettighet og det å være avhengig av at andre skal utføre sin plikt. Ved å gjøre barnevernloven til en rettighetslov vil det bli satt fokus på barnets rettigheter der barnet er en selvstendig deltaker. Når barnevernet er involvert kan det ofte være en interessekonflikt mellom barnet og andre aktører. Det vil da være spesielt viktig at barnet har egne rettigheter. Mange mennesker har fortsatt en høy terskel for å kontakte barnevernet. Ved å sette fokus på at det er barnets rettigheter og behov som står i sentrum, kan det bli enklere for privatpersoner å melde fra til barnevernet, og man kan dermed få gitt et barn, som for eksempel lever med vold eller overgrep, hjelp på et tidligere tidspunkt, eller man kan få gitt hjelp til familier før det kommer så langt at det er snakk om omsorgsovertakelse. Ifølge barneombudet vil man kunne styrke barnets posisjon både rettslig og ikke-rettslig ved å rettighetsfeste barnets rett til hjelp. Barnet vil i større grad bli tatt på alvor (barneombudet.no).

På begynnelsen av 90-tallet ble det en stadig større oppmerksomhet på viktigheten av å se «de usynlige barna». Dette er blant annet barn som lever med foreldre med alvorlige problemer som de strever med. Dette førte til en rekke prosjekter og praksisendringer. (Aamodt og Aamodt, 2005). Det nasjonale kompetansenettverket «Barns Beste» ble blant annet etablert i 2007, for å samle og systematisere kunnskap om barn som pårørende. Fra 2007 ble det iverksatt nye utviklingsprosjekter både i kommunene og i spesialisthelsetjenesten. Lovendringen om barn som pårørende ble vedtatt i juni 2009 (Ot. Prp. 84, 2008–2009), og iverksatt fra 2010. De regionale helseforetakene fikk i oppdrag å implementere lovendringen (Kallander m.fl., 2011).

Barn skal i utgangspunktet bo hjemme med sine foreldre såfremt dette er mulig, men de kan flyttes hvis det er nødvendig ut fra barnets beste (Barnekonvensjonen artikkel 9). Hvis forholdene i hjemmet tilsier det, eller når barnet av andre grunner har særlig behov for det, kan barneverntjenesten sette i verk hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4. Utgangspunktet i alle saker hvor det offentlige gjør inngrep ovenfor private er at inngrep aldri skal være mer

inngrepene enn nødvendig (barnevernloven § 4-3). Barnevernet kan likevel overta omsorgen til barn etter § 4-12 dersom det er alvorlige forhold som tilsier at barnet ikke kan bo hjemme. De kan også fatte akutt vedtak om midlertidig plassering etter § 4-6.

Informant E forteller at når en person kommer innenfor psykiatrien, skal personalet kartlegge situasjonen til personen, også om han/hun har barn. Hvis personen er forelder skal personellet sørge for at barn blir informert og det skal sørges for at barna får oppfølging etter individuelle behov når foreldrene er innlagte. Under behandlingen skal de ha samtaler om barna og familien. Kommunen skal ha en oppfølgingstjeneste som skal ivareta blant annet de med psykiske lidelser. De skal også melde fra til barnevernet hvis de vurderer at barnet har behov for støtte og hjelp fra dem.

Informant A påpeker også dette:

Det er jo lovpålagt at barn som har foreldre med psykiske vansker i en viss grad skal involveres i behandlingen deres. Hvis de går til behandling i psykiatrien, skal de få informasjon og de skal bli hørt i saker som berører dem. Det ligger i behandlingssystemet i psykiatrien.

Denne informasjonen fra informanten er i samsvar med lov om helsepersonell § 10a der det fremkommer at helsepersonell som jobber med pasienter med psykisk sykdom, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn. De er også forpliktet til å hjelpe til å ivareta mindreårige barn som er pårørende. De skal ivareta barns behov for informasjon og nødvendig oppfølging når barn har foreldre med psykisk sykdom.

Bunkholdt og Kvaran (2015) understreker hvor viktig det er at barns og foreldres egen medvirkning i valg av tiltak kan ha avgjørende betydning for om tiltaket virker etter sin hensikt. De poengterer også at det er særdeles viktig å snakke med barna og foreldrene slik at man best mulig kan vurdere hvilke tiltak som kan være aktuelle.

Informant C sier:

I tiltakssaker skal også barnevernet ha samtaler med barnet, men her gjøres også vurderinger om veileder eller andre som følger barnet tett opp har samtaler med barnet – og kan gi disse videre til barnevernet, slik at barnet slipper å ha så mange å forholde seg til.

Alle informantene uttrykker også viktigheten av å snakke med barna. Alle informantene, med unntak av én, sier at de alltid snakker med barna. Den ene informanten sier at det er noe de kan bli flinkere til og at dette er noe de jobber med.

Informant F sier som følger:

Vi skal snakke med alle barn når vi utfører en undersøkelse. Det er ikke alltid vi har kapasitet til det. Det er en ting vi bør bli flinkere til, vi jobber med det.

I barnevernloven § 4-1 står det at det skal legges til rette for samtaler med barnet og barnet skal få mulighet til å medvirke. I forskriften blir medvirkning beskrevet slik:

Med medvirkning forstås at barnet skal få tilstrekkelig og tilpasset informasjon og gis mulighet til fritt å gi uttrykk for sine synspunkter. Barnet skal bli lyttet til og barnets synspunkter skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet.

Informanten sier at de ikke alltid har kapasitet til å snakke med barna. Vi kan spørre oss selv om dette er et utbredt problem. Er det ofte slik at barnevernet ikke får tatt samtalen med barnet på grunn av manglende ressurser, og i tilfelle hvor ofte skjer dette? Hvis dette er et utbredt problem, kan vi lure på hvilke ressurser det er som mangler. Er det tidsressurs, økonomisk ressurs eller er det muligens slik at noen av de som jobber innenfor barnevern føler seg usikre på å ta denne samtalen med barnet? Kan det være slik at noen synes at en slik samtale er vanskelig, enten fordi de ikke føler seg kompetente til denne samtalen eller fordi de mener at det er vanskelig å få noe ut av barnet gjennom en slik samtale?

I en artikkel av Nøra (2013) sier Liv Mette Gulbrandsen ved Høgskolen i Oslo og Akershus at hun sammen med flere forskere har undersøkt hvordan barnevernets praksis kan styrke barnas muligheter til å være en aktiv og sosial deltaker. Målet deres var å utvikle gode samtaleformer som kunne bidra til bedre involvering av barna i barnevernets arbeid. De fant da ut at det var flere årsaker til at barnevernet ikke fikk gjennomført samtaler med barnet – for eksempel kunne det være vanskelig å få tid til i en hektisk hverdag, noen valgte å prioritere å snakke med andre som kjente barnet, som for eksempel ansatte i barnehagen eller på skolen på grunn av at de syntes det var vanskelig å få til en meningsfull samtale med barnet. I andre tilfeller kunne det være at foreldrene ikke ga tillatelse til at barnevernet skulle snakke med barnet.

Kvello (2015) påpeker nødvendigheten av hjemmebesøk. Man bør gjøre gode barnevernsfaglige observasjoner og være systematisk og målrettet når man skal kartlegge foreldrene, samsillet mellom barn og foreldre, og barns utvikling.

Informant A sier:

Når vi er på hjemmebesøk skal vi alltid observere og snakke litt med barna. Vi pleier alltid å invitere barn til samtale på kontoret vårt, noen barn vil ikke, og det er greit. Noen barn jobber vi mye med for at de skal ønske å komme og prate med oss. Vi drar kanskje på flere hjemmebesøk slik at de blir tryggere på oss eller så tar vi kanskje samtalen hjemme på rommet deres.

Informanten forteller her at de legger mye arbeid i det å få til en god samtale med barnet. De legger til rette og prøver å bygge relasjoner. Det er viktig at barnet føler seg trygt. Hun sier at det er greit at noen barn ikke vil. Mener hun da at de ikke vil ha en samtale på kontoret, eller mener hun at de overhodet ikke vil ha en samtale? Er det greit at systemet tillater barn å velge selv om de skal uttale seg om sin egen livssituasjon? Barnet skjønner ikke nødvendigvis hvor viktig det er at de utaler seg og har en mening om egen livssituasjon. Det kommer også veldig mye an på barnets alder og modenhet.

Informant E sier:

Jeg tenker også at det er viktig i tiltaksprosessen at man har noen samtaler med barna innimellom for å høre med barna hvordan de syns det går, om de merker noe endring. Tiltakene er jo til for å skape forbedring i en familie, da merker barna fort om det fører til noe endringer eller ikke.

Det er viktig å være åpen med barnet om situasjonen deres. Det er også viktig å anerkjenne barns følelser for at barnet skal eie sine egne følelser. Dersom barnets følelser ikke blir anerkjent og satt i en meningsfull sammenheng, kan det føre til at barnet får liten mulighet til å regulere følelser (Killén, 2009). Ifølge Eide og Winger (2003) er det hensiktsmessig å starte samtaler med «hva» eller «hvordan», fordi det legger opp til beskrivende svar eller fortellinger.

Informant B forteller:

Vi forteller alltid barna hva vi vet. For eksempel at vi vet at mamma, eller pappa for den saks skyld, har vært på sykehus, vi vet at mamma har det vondt inni hodet sitt, at mamma har svarte tanker. Vi vet at det ikke er bra for barn, vi vet mange barn kan bli redde, lei seg og usikre på det. Vi ber dem fortelle hvordan det er for dem. Det gjør vi med alle barn, uansett hvilken situasjon de er i.

Det kan være vanskelig for barnet å snakke om sin psykisk syke forelder. Kanskje ønsker barnet å skjule at mor eller far er psykisk syk? Da er det bra at noen kan snakke med barnet om dette og kan forklare at det er flere mennesker som har det slik, eller på en lignende måte. Det er også viktig at disse samtalene ikke fremstår som «avhør» av barnet, for om mulig å avdekke ting i barnets situasjon (Gulbrandsen, 2013).

Vi har fått avklart at barnet skal gis mulighet til medvirkning og det skal tilrettelegges for samtaler med barnet. Barnets beste skal også være i fokus. Hva er egentlig barnets beste? Det er et spørsmål som må drøftes i hver enkelt sak, ingen barn eller familier er helt like. Kan det likevel finnes fellestrekk mellom familier som sliter med så å si den samme problematikken? Hvis det er tilfellet, bør det også være mulig å utarbeide et felles tiltak eller en felles forståelse av hvilke hjelpebehov de familiene har og hvordan barna skal ivaretas.

I barnevernloven § 4-1 står det dette om hensynet til barnets beste:

Ved anvendelse av bestemmelsene i dette kapitlet skal det legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til beste for barnet. Herunder skal det legges vekt på å gi barnet stabil og god voksenkontakt og kontinuitet i omsorgen.

Hensynet til barnets beste skal være avgjørende for hvilke hjelpetiltak som settes i verk. Det skal legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til beste for barnet. Barnet skal høres, men hvor mye skal det egentlig gjelde hva barnet sier? Selv om barnet skal høres, er det ikke barnet som bestemmer.

Uansett skal barnet være øverst i lojalitetshierarkiet, nemlig at man tar utgangspunkt i barnet. Barnevernloven og barnekonvensjonen gjelder for barn. Ofte kan barnevernet tvinges i retning av hensynsfull og skånsom behandling av foreldrene, mens det egentlig er barnet og dets behov som skal komme i første rekke (Kvelling, 2012).

Selv om det er vanskelig og foreldrene kan bli såret, bør barnevernstjenesten i aller høyeste grad prøve å ta barnets perspektiv selv om at de kan komme frem til avgjørelser som foreldrene ikke er enige i. Problemet her er at barnevernet må ha et samarbeid med foreldrene i saker som ikke er alvorlige nok til å pålegge tiltak eller overta omsorgen for barnet. Denne problemstillingen tror jeg kan føre til at mange saksbehandlere i barnevernstjenesten tar hensyn til, og er skånsom i møte med, foreldrene. Her mener jeg at man ser hvor feil dette blir, det blir ikke barnets beste som blir det største fokuset og kanskje heller ikke mulig å oppnå.

Informant B sier:

Det er lovpålagt at barn skal bli hørt og få informasjon etter alder, forståelse og utvikling. Hvor mye vi kan si uten at det virker skremmende, må tilpasses hvert enkelt barn. Vi opplyser alltid om taushetsplikt og om åpenheten ved at de alltid har muligheten til å vite hva vi gjør. Skal vi snakke med foreldrene, så sier vi det, har vi snakket med foreldrene, så sier vi det, tilpasset etter barnets behov og forståelse. Vi sier også til barnet at det du forteller oss, er det ikke nødvendig at mamma og pappa får vite. Hvis det er noe vi tenker at de skal få vite, så skal dere få informasjon først. De har rett å bli hørt og bli tatt på alvor.

Når man skal snakke med barn, er det en god hovedregel å informere barnet om at man har snakket med foreldrene og fått deres samtykke til en samtale. De som snakker med barnet må forholde seg til det som en sakkyndig informant, den som best kjenner sin situasjon og sine behov (Kvaran og Holm, 2012). Ifølge Mevik og Trymbo (2002) trenger barna kunnskap om hvordan foreldrenes psykiske sykdom kan virke inn på deres foreldrerolle. Dette gjelder for så vidt alle familiemedlemmer til den psykisk syke. Samtidig handler det om at den som er psykisk syk, har behov for å kunne snakke om sine problemer og hva de sliter med til både sine barn og partneren sin.

Alle informantene påpeker at det er viktig å være åpne med barna. De sier også at det er viktig å tilpasse seg med tanke på alder og hvor barnet er i utviklingen. Informant E sier også at det å vise respekt og forståelse for barns situasjon er noe de legger stor vekt på.

Informant B sier blant annet:

Vi lurere ikke rundt i buskene. Vi snakker med ungene om det vi vet og så spør vi alltid ungene hvordan det er for dem. Litt avhengig av alder.

Og informant C sier:

Det som vil være aktuelt for et «større» og modent barn er å samtale om foreldrenes sykdom, i samarbeid med foreldrene, og også forsøke å høre hvordan barnet opplever situasjonen.

Det er bra at barna alltid blir informerte, men samtidig vil det alltid være en avveining om hva man skal si til barnet. Dette vil selvfølgelig handle om barnets alder, men også om ikke å trække på barnet, men vise det respekt og forståelse. Barnet har sannsynligvis levd med sin situasjon i noe tid, og har kanskje i tillegg prøvd å skjule dette for omverdenen. Når man da

kommer inn og skal snakke åpent om dette, kan det kanskje virke truende eller forstyrrende for barnet. Barnet kjenner kanskje ikke til andre situasjoner enn sin egen, og det vil kanskje komme i en lojalitetskonflikt til sine foreldre. Barnet kan muligens også oppleve skyld på grunn av at det ikke har klart å skjule godt nok de problemene som er i hjemmet. At barnet ikke har taklet sine oppgaver og sitt ansvar i forhold til den psykisk syke forelderen og resten av familien godt nok. Her er det mange aspekter som må ivaretas – det er likevel viktig at det er barnets behov som settes i første rekke.

Informant C sier:

I alle undersøkelses-saker skal barnet bli hørt – dvs. en skal ha en samtale med barnet, hvis ikke må det dokumenteres hvorfor.

Både barneloven § 31 og barnekonvensjonen artikkel 12 regulerer barns rett til å bli hørt. Når barnet er fylt 7 år, skal det få si sin mening, og når det er fylt 12 år, skal det legges stor vekt på hva barnet mener.

Informant A sier:

Det blir litt det samme når det gjelder tiltak, barna skal selvfølgelig, avhengig av alder, men i større grad skal de være deltagende i prosessen. De kan være med på evalueringmøter, men det blir ikke gjort i alle saker, vi burde vært flinkere. Så avhenger det jo også av om barnet vil det, om det synes det er greit å være med på noe sånt. Hvordan foreldrene oppfører seg i en slik setting, vil også være av betydning. Hvis foreldrene oppfører seg som noen «tullinger» hos barnevernstjenesten så er ikke det så hyggelig for barna å være med på.

Det er bra at barnevernet ser på det som en selvfølge at barn skal være deltagende i prosessen og at de selv ser at de kunne vært bedre på det. Det er jo barnet som kan si noe om hvordan det har det og om tiltakene har gjort deres situasjon bedre. Det er likevel litt bekymringsfullt at det ikke blir gjort i alle saker. Jeg mener at de alltid bør få si sin mening når det gjelder om tiltakene fungerer, om de synes det er bedre hjemme. Igjen vil dette avhenge noe av alder og modenhet.

4.3 Melding og kartlegging av familier

Det brukes mye tid og ressurser i barnevernstjenesten til mottak og avklaring av meldinger. Det brukes også mye tid på innsamling av informasjon om barnets situasjon, slik at man kan gjøre de vurderingene som trengs (Bunkholdt og Kvaran, 2015). Det er forankret i barnevernloven § 4-2 at barnevernet skal undersøke meldinger og avklare om de skal følges opp med undersøkelse innen en uke. I tillegg sier § 4-3 noe om rett og plikt til å gjøre undersøkelser snarest, § 6-9 poengterer at dette må skje senest innen 3 måneder og 6 måneder i spesielle tilfeller.

De aller fleste saker i barnevernet innledes med at noen formidler bekymring til barnevernet om at et barn kan leve under vanskelige forhold (Bunkholdt og Kvaran, 2015).

Informant E sier:

Først og fremst er vi avhengige av en bekymringsmelding fra en eller annen.

Barnevernet er avhengige av å få en bekymringsmelding for å kunne undersøke og iverksette eventuelle tiltak, men hvem er det som melder? Barnevernloven § 6-4 opplyser om meldeplikt til barnevernet. I helsepersonelloven § 33, som omhandler opplysninger til barnevernet, kan vi lese i første ledd:

Den som yter helsehjelp, skal i sitt arbeid være oppmerksom på forhold som kan føre til tiltak fra barneverntjenestens side.

Det kommer tydelig frem fra informantene at både psykisk helse, privatpersoner, skole og barnehager er flinke til å melde bekymring til barnevernstjenesten.

Informant B sier:

I min kommune er barnehagen utrolig flink til å melde, men vi får vel så mange meldinger fra privatpersoner og skole. Der foreldrene allerede er fanget opp av behandlingssystemet, psykisk helse i kommunen eller psykiatrien, melder også spesialisthelsetjenesten. Spesielt hvis de ser at familien trenger hjelp, da melder de alltid fra, det er like mye derfra, egentlig. De har blitt flinke til å si fra, tidligere var det ingenting, vi hørte ikke noe fra psykiatrien. Ofte kan de ringe og drøfte i forkant. Vi har ofte vært med på møter med foreldrene før det har kommet en bekymringsmelding, for å si noe om hva barneverntjenesten kan bidra med. Det er

mange måter å fange opp på, selv om det sikkert er mange mørketall også, som på alle andre områder.

Her sier informanten at spesialisthelsetjenesten i deres kommune alltid melder fra når de ser at familien trenger hjelp. Det vi kan spørre oss om er: Hvordan ser de dette, og hvilken hjelp er det familien eventuelt trenger? Hvis det er enkeltpersoner som skal avgjøre dette ut fra egen «synsing», kan det bli store variasjoner i hvem som trenger hjelp. Foreligger det egne kriterier for hvordan de vurderer hvem som trenger hjelp? Hvilken hjelp det er snakk om, kan også variere – snakker vi om praktisk hjelp? Økonomisk hjelp? Også denne informanten sier at det har vært en klar forbedring fra tidligere, uten at hun viser til hva hun mener med dette. Hun sier at spesialisthelsetjenesten alltid melder fra hvis de ser at familien trenger hjelp, men samtidig sier hun at det sikkert er store mørketall. Mener hun da at de kanskje ikke alltid melder fra? Samtidig er det positivt å se at barnevernet ifølge informant B ofte er med på samtaler med foreldrene før det eventuelt kommer en bekymringsmelding.

Informant A sier:

Det hender at vi får melding fra voksenpsykiatrien, de har jo blitt bedre og bedre på å melde. Når jeg begynte å jobbe, tror jeg ikke vi fikk noen slike meldinger, men nå får vi en del fra dem. Hvis de for eksempel har vært inne til behandling får vi melding når de har blitt utskrevet. Noen tenker at de har behov for videre oppfølging i forhold til barna sine. Hvis de blir akutt innlagt, så tror jeg at det er rutine på at det skal sendes melding til barnevernstjenesten. Vi får en del meldinger når noen blir akutt innlagt. Da er det ofte ganske alvorlig, så det er jo bra. Vi kan også få melding fra politiet som har vært i hjemme og i verste fall avverget selvmord.

Her ser vi at informanten påpeker at det har vært en klar forbedring. Samtidig sier hun ingenting om hvor «dårlig» samarbeidet var før. Hun sier at da hun begynte å jobbe, tror hun at de ikke fikk noen slike meldinger. Hva ligger egentlig i dette? Kan det være at de fikk slike meldinger også da, bare at hun ikke visste noe om det? Eller er det slik at hun har vanskelig med å huske så langt tilbake? Hun sier også at hun tror at det er rutiner på å melde fra til barnevernstjenesten hvis foreldre blir akutt innlagt. Vi kan da spørre oss om det finnes slike rutiner eller ikke. Det at det har økt fra null meldinger, gjør det vanskelig å vurdere hvor mange meldinger de får i dag. Én melding vil jo være en økning i forhold til null. Hun sier at hun er fornøyd med samarbeidet, men det er vanskelig å vurdere kvaliteten av dette når de tidligere ikke hadde noe samarbeid. Hun sier også at de får melding når foreldrene blir

utskrevet fra behandling. Spørsmålet er om ikke dette er i seneste laget. Hvem tar seg av barna mens den voksne omsorgspersonen er til behandling? Burde meldingen ha kommet tidligere?

Helsepersonelloven ble vedtatt 7. februar 1999 og iverksatt 1. januar 2001. Dette kan ha vært en faktor til at helsepersonell har blitt flinkere med å melde bekymring til barnevernet med årene. Selv om vi tenker at det i aller høyeste grad bør være en medvirkende faktor, er det ikke nødvendigvis slik at det er det. Eller er det kanskje slik at det er et bedre samarbeid mellom de ulike instansene nå enn det var før, uavhengig av lover?

Informant D uttrykker derimot at de ikke er like fornøyde med samarbeidet:

Det skulle ha vært et tettere samarbeid med voksenpsykiatrien og andre instanser som er inne, i forhold til foreldrene. Disse instansene kunne vært bedre på å melde fra til barnevernet.

Her kan man spørre seg selv om hva informant D egentlig mener. Er det god kvalitet på det samarbeidet som er, eller mener hun at det er for lite samarbeid jevnt over? På den ene siden kan det være et godt og nært samarbeid på de sakene de har, mens det på den andre siden kan være et dårlig/mangelfullt samarbeid. Informanten sier heller ikke noe om dette samarbeidet har vært bedre eller dårligere før, bare at det skulle vært tettere.

Det er ulike årsaker til at undersøkelser blir henlagt. Barnevernet kan ta opp saker på eget initiativ hvis foreldrene ikke ønsker tiltak og barnevernet ikke får gjennomslag i fylkesnemnda. Når en undersøkelse blir henlagt, kan det senere bli gjennomført en ny undersøkelse. Dette kan gjøres på bakgrunn av en ny melding, eller at barnevernet selv er bekymret for barnet (Bunkholdt og Kvaran, 2015). Det er ofte tilfeldig hvorvidt en melding fører til undersøkelse eller ikke. Det kommer an på ressursene rundt familien, ressursene i barnevernstjenesten og familiens samarbeidsvilje (Stang, 2007).

Bunkholdt og Kvaran (2015) forteller at mange barnevernstjenester bruker en mal eller plan for undersøkelser. Den skisserer hva som kan og bør gjøres i en undersøkelse. Informant A sier at de har en undersøkelsesmal som de bruker, der det er lagt opp til at man skal vurdere helheten rundt barnet, innhente informasjon fra andre instanser, snakke med andre, snakke med barnet selv og snakke med foreldrene.

Alle informantene forteller at de innhenter opplysninger fra forskjellige instanser rundt barnet og familien. Informant D sier for eksempel:

Hver gang vi får inn en bekymringsmelding, snakker vi bestandig med barna for å høre deres side. Hvis barna er veldig små, er det vanskelig å ha en samtale med dem, da bruker vi informasjon fra andre instanser (barnehage, helsestasjon, familie) for å høre hvordan de opplever barnet og eventuelle uttalelser de har kommet med.

Informant A sier at for å kunne se helheten rundt barns situasjon må de i løpet av de tre månedene de har til rådighet, innhente opplysninger fra de offentlige instansene rundt barna, skole, barnehage, helsestasjonen, men også NAV, BUP og PPT, hvis de er inne i bildet. De må også snakke med barna og foreldrene.

Informant E sier:

Vi innhenter opplysninger fra andre som kjenner ungene. Så det tenker jeg er en god måte å se helheten på. Så må man jo ikke alltid tenke at en syk mamma er lik en dårlig mamma. Det er noe med å observere dem sammen, se dem sammen, høre hva ungene forteller. Ofte er barna våre beste informanter, vi snakker alltid med barna, ofte flere ganger.

Ofte er psykisk sykdom en familiehemmelighet, og barna kan slite med skam- og skyldfølelse. Det er viktig for barn å ha en forutsigbar hverdag. Det kan virke forebyggende å være åpen og informere barn om foreldrenes lidelse. De trenger også å høre at det ikke er deres skyld at forelderen er psykisk syk, og at det ikke er deres ansvar å gjøre mor eller far frisk igjen. Videre trenger de å høre at de ikke er alene om å ha en psykisk syk mor eller far, og at de kan få lov til å være glade selv om en forelder er psykisk syk og det er mye trist og leit i hjemmet (Vik, 2001).

Blant annen informant C og D uttrykker at man ikke bestandig vet på forhånd at foreldrene har en psykisk lidelse. Bekymringsmeldingen kan omhandle noe annet, som barnets atferd eller foreldrenes manglende engasjement. Når vi da snakker med barnet, kan det hende at vi får opplysninger om at mor eller far ligger mye på sofaen eller ofte er lei seg eller lignende. Et annet scenario kan også være at forelderen ikke er diagnostisert, men at barnet eller andre beskriver atferden, eller at barnevernsarbeidere selv opplever det i samtaler. Da kan man bare anta at det foreligger en psykisk sykdom.

På grunn av at det er mye hemmelighold og tabu rundt det å være psykisk syk, er det kanskje naturlig at skole, barnehage og SFO ikke kjenner til disse forholdene i barnets hjemmemiljø? Disse instansene vil da gjerne merke andre ting på barnet, slik som atferdsproblemer og lignende, og melde fra om dette. Nærmere undersøkelser kan da avdekke at barnets atferd bunner i at en eller begge foreldre er psykisk syke. Bekymringsmeldingen som kommer til barnevernet, vil da kunne avdekke årsaken til de problemene barnet sliter med, og årsakene som dukker opp kan være psykisk sykdom i hjemmet.

Foreldrefunksjonen er nedsatt når foreldre er alvorlig psykisk syke. Når de er psykisk syke, påvirkes evnen til å være sensitive i forhold til barnets behov. Barns dagligliv kan bli uforutsigbart (Sundfær 2009). Foreldre bekymrer seg over barna når de er innlagt til behandling. Foreldrene opplever at de har nok med sin egen sykdom i perioder, og det kan da være belastende å skulle ta barnets perspektiv (Mevik og Trymbo 2002). Barn har ikke rett til informasjon om foreldrenes sykdom. Foreldrene må samtykke til at barna skal få den informasjonen (Sundfær 2012). De fleste foreldrene er opptatt av at barna skal ha det best mulig, de vil forstå at barna trenger informasjon om sykdommen (Bøckmann og Kjellebold 2010).

Informant D sier:

Når foreldre er psykisk syke, har de ofte gode og dårlige perioder. Mange er veldig bevisste på sine egne svakheter, men er samtidig veldig opptatte av at barnet skal ha det best mulig. De er derfor veldig samarbeidsvillige, men dette kan fort snu når de har dårlige perioder. Ofte kan økonomi også være roten til mye av problemene. Da kan barnevernet gå inn og dekke barnehage/SFO og forskjellige fritidsaktiviteter. Noen ganger setter vi også inn avlastning for barnet. Vi prøver også å holde en god dialog med skole/barnehage for å høre om de observerer noe som vi ikke ser.

Det at de fleste foreldre er opptatte av at barna deres skal ha det bra, regner man nesten som en selvfølge, men hva er egentlig det beste for barnet? Er det å vite at mor eller far sliter med psykisk sykdom, eller er det at alt «ties i hjel»? Ifølge Mevik og Trymbo (2002) viser det seg at mange mødre tiet om de problemene de hadde for å «beskytte» barna sine, de ønsket ikke å belaste barna med egen sykdom. Mange av disse mødrene har angret på dette i ettertid, de syntes det ble vanskeligere å snakke med barna om dette når barna ble eldre. De mente at barna i større grad trakk seg unna etter hvert som de kom i tenårene. Flere av disse barna har i voksen alder uttalt at det ville vært bedre for dem om de hadde visst hva som feilte mor.

Bøckmann og Kjellevoid (2010) poengterer også at det ofte kan være slik at foreldre ønsker å beskytte sine barn mot «sannheten» av hensyn til barnet, mens det man kanskje oppnår er å holde barnet utenfor og skape usikkerhet og eventuelt angst og skyldfølelse hos barnet.

Dette er en av grunnene til at det er vanskelig å fange opp barn av psykisk syke foreldre. En annen ting som gjør arbeidet til barnevernet utfordrende, er at de har en rekke lover å forholde seg til.

Informant A sier at barnevernstjenesten er den mest lovregulerte tjenesten som finnes i Norge. Hun sier videre at de blir fryktelig bundet av lover, regler, forskrifter og retningslinjer som man må forholde seg til, og da er det jo opp til hver enkelt barnevernstjeneste å organisere hvordan de vil kvalitetssikre det arbeidet.

Informant A, E og F beskriver at de har en internkontrollmappe hvor det står nedskrevet hva en hver del av en barnevernssak skal inneholde, hva en undersøkelse skal inneholde, og hva tiltaksfasen skal inneholde. Videre sier de at det er saksbehandleren selv som må sørge for at man gjennomfører det man skal. Dessuten er det en teamleder over dem som skal kontrollere at det arbeidet som saksbehandleren gjør, er i henhold til lover og regler. Videre er det en barnevernsleder på toppen som har godkjenningsansvar for vedtakene.

Selv om barnevernstjenesten er bundet av mange lover og regler, er det opp til barnevernet selv å følge dem. De har selv ansvaret for at de opptre i henhold til loven. De organiserer også selv hvordan de løser dette med internkontroller og kvalitetssikringer. Ifølge Bunkholdt og Kvaran (2015) har fylkesmannen tilsyn med og kontroll av barnevernets virksomhet på vegne av Statens helsetilsyn. Fylkesmannen skal påse at barnevernet følger barnevernloven. Det er også fylkesmannen som behandler klager på saksbehandling og klager på enkeltvedtak når det gjelder frivillige hjelpetiltak. Selv om barnevernet har ansvar for å holde seg innenfor lovens rammer, er det fylkesmannen som har det overordnede ansvaret for at det blir gjort.

Når foreldre trenger hjelp til å mestre foreldrearbeidet, trenger de hjelp fra fagfolk og eventuelle andre voksne (Mevik og Trymbo 2002).

Informant F sier:

Jeg tror ikke at vi i barnevernet er så opptatt av type problematikk. Vi er mere opptatt av å se hvordan den problematikken påvirker voksne som omsorgspersoner, hva det gjør med foreldreferdighetene deres og hvilke behov barna har».

Mange foreldre som sliter med psykisk sykdom, opplever at vanskene deres fratrar dem selvrespekten og egenverdet. De opplever skamfølelse og skyld for at de ikke makter foreldrerollen slik de ønsker. Verdighet handler om å oppleve at man blir forstått, blir tatt på alvor og at man blir respektert. Det kan være livstruende å bli fratatt eller å miste sin egenverd. Hvis foreldre opplever mye korrigerende av foreldreferdighetene sine, kan det ødelegge opplevelsen av egenverd. Foreldre som erfarer dette, kan ofte oppleve en følelse av maktesløshet eller avmakt (Kinge, 2009).

Informant F poengterer at de ikke er opptatt av type problematikk, men hvordan problematikken påvirker samspillet i familien. Ifølge Bunkholdt og Kvaran (2015) vil dette ofte avhenge av alderen på barnet eller barna. Samspillet i familien vil ofte kunne ha en nær sammenheng med hvilken problematikk det er snakk om. Fungereing i foreldrerollen vil i mange tilfeller avhenge av hvilken problematikk de psykisk syke voksne sliter med. I tilfeller hvor for eksempel mor er alvorlig psykisk syk og kanskje ligger til sengs hele dagen, kan dette påvirke foreldreferdighetene.

4.4 Tiltak barnevernet bruker mest

På spørsmålet om hvilke tiltak som oftest ble brukt i barnevernet, så det ut til å være stor enighet mellom informantene om at råd og veiledning i hjemmet og økonomisk hjelp var de desidert mest brukte tiltakene.

I en kunnskapsstatus fra Uni Research, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge, fremkommer det også at vedtak om råd og veiledning var det mest benyttede hjelpetiltaket. Det utgjorde 32 % av alle hjelpetiltakene ved utgangen av 2013. Det nest mest brukte var besøkshjem/avlastningshjem med 21 %, deretter kom økonomisk hjelp, som utgjorde 20 %. Det fjerde nest brukte tiltaket var deltagelse i ansvarsgruppe, med 18 %. Øvrige hjelpetiltak som benyttes, er barnehage, SFO, fritidsaktiviteter, støttekontakt, bolig med oppfølging, hjemmekonsulent / avlastning i hjemmet og tilsyn i hjemmet. Ellers benyttes en del andre tiltak (Christiansen, 2015).

Mange barn og familier mottar to eller flere tiltak samtidig, selv om det ikke kan leses ut fra den offisielle barnevernsstatistikken (Prop. 106L. Regjeringen. [2012–2013]). Det er spesielt råd og veiledning som iverksettes sammen med andre tiltak (Christiansen, 2015).

Informant A sier:

Hos oss tror jeg det er veiledningstiltak som er det som iverksettes mest, da er det snakk om veiledningstiltak for å gå inn og endre på foreldreferdigheter som PMTO og Circle of Security.

PMTO står for Parent Management Training – Oregon-modellen. Det er en metode for å hjelpe barn i alderen 4–12 år som har store atferdsproblemer, og deres familier. Modellen understreker innflytelsen de sosiale omgivelsene har på den enkeltes tilpasning. Grunntanken er at positive foreldreferdigheter kan bedre utvikling og vekst i en familie. At familier låser seg i skadelige samspillmønstre, kan ha flere årsaker – det kan for eksempel være foreldrenes egne erfaringer eller deres psykiske problemer, eller det kan være forhold rundt familien, som arbeidsforhold, dårlig økonomi, samlivskonflikter eller lignende. Metoden PMTO har som mål å redusere barnets problematferd og heller øke deres prososiale atferd ved å hjelpe foreldrene med å tilegne seg ferdigheter som de kan bruke i samhandling med barnet (Bunkholdt og Kvaran 2015).

Circle of Security er en såkalt psykodukativ metode. Psykodukativ behandling er behandling av psykiske lidelser ved hjelp av pedagogiske prinsipper. Gjennom teoretiske presentasjoner og øvelser orienteres pasienten, og gjerne også pårørende, om hva man vet om lidelsen og hva man selv, og pårørende, kan gjøre. Tanken bak er at jo mere man vet om både sykdommen og forhold rundt den syke som kan bedre eller forverre tilstanden, desto mere vil man aktivt kunne være med på å bidra til bedring. Man tenker at omsorgspersoner som selv har opplevd å ha en dårlig oppvekst, må få en opplæring i de emosjonelle behov som barn har, og i hvordan disse behovene uttrykkes (Bunkholdt og Kvaran, 2015).

Informant B sier:

Vi bruker veldig mye veiledning i hjemmet, direkte veiledning inn i hjemmet som går både på grensesetting, men også på den praktiske omsorgen som klær, mat, oppfølging, skole og barnehage.

Og informant D sier:

Oftest er det råd og veiledning til foreldrene som iverksettes. Dette går mye på grensesetting, atferd og generelt veiledning i forhold til hvordan de skal tilnærme seg / snakke til barnet sitt.

Som vi ser av det informantene sier, så er det mye snakk om råd til, og veiledning av, de voksne i familien, men er det slike tiltak barnet vil være best tjent med? Hva innebærer egentlig råd og veiledning? Man kan spørre seg selv om veiledning av de voksne får slike konsekvenser for den psykisk sykes foreldrerolle at det bedrer barnets hverdag. Dette kan muligens også avhenge av hvor mottakelig de voksne er for veiledning, og om de tar den veiledning og de råd de får, til etterretning. Det kommer også an på om foreldrene ønsker selv å lære noe og om de har forutsetninger for å klare det. Målet med veiledningen bør være å forbedre barnets livssituasjon.

Informant E sier:

Det er veiledning som kobles direkte opp mot de utfordringene foreldrene har. Veiledning kan være gruppebasert eller individuell. For eksempel kan foreldre få veiledning med fokus på grensesetting, regulering av følelser eller andre aspekter av foreldrerollen.

Spørsmålet er om foreldrene er villige til eller i stand til å nyttiggjøre seg av denne veiledningen, og hvor mye veiledning som eventuelt må til for at dette skal ha noen effekt over tid. Er det slik at foreldre kommer i en forsvarsposisjon overfor barnevernet og derfor blir motvillige til veiledning? Er det slik at de føler at de mister kontroll når de får råd og veiledning om for eksempel foreldrerollen? Det vil her være viktig å få til en god dialog med foreldrene slik at de ikke motsetter seg veiledning.

Ifølge Fafo-rapporten «Bare fantasien setter grenser?» opplyser kommunale informanter at hensikten med råd og veiledning som et hjelpetiltak er at man skal styrke foreldrerollen og stimulere til omsorgsansvar. Av og til settes hjelpen inn av saksbehandlere i den kommunale barnevernstjenesten, mens det andre ganger gis råd og veiledning av eksterne veiledere med spesialkompetanse på området. Når man iverksetter råd og veiledning som et hjelpetiltak, er det i form av samtaler rundt konkrete problemstillinger, temaveiledning og systematisk eller metodisk veiledning med tanke på ulike endringer. I tillegg har man samtaler med barnet ved behov (Gjerustad m.fl., 2006).

Rapporten viser også at det ofte er alderen på barnet som avgjør hvilke tiltak som brukes. For barn under syv år settes det oftest inn tiltak som besøkshjem og barnehage. For barn mellom syv og ti år er det SFO og besøkshjem/avlastning som er mest brukt. For barn mellom 11 og 15 år er det støttekontakt, økonomisk støtte til fritidstiltak og besøkshjem som er mest brukt. For barn over 16 år er det økonomisk støtte som er mest brukt.

Informant C sier at det er klart forskjellige hjelpetiltak i forhold til forskjellige problemer. Hun forteller at hvis det er snakk om omsorgssvikt, er hjelpetiltakene for eksempel fosterhjem/institusjon, hvis det er rusproblematikk er det tiltak som atferdsinstitusjon. Hvis det er behov for støttetiltak er det besøkshjem/avlastning eller barnehage/SFO som gjelder.

Informant E underbygger det informant C sier:

Det er selvfølgelig forskjell på hvilke tiltak vi iverksetter overfor barn, det kommer helt an på hva bekymringsmeldingen går ut på, og også på barnas alder. Dersom vi i undersøkelsesfasen blir veldig bekymret og tenker at dette ikke er godt nok, er det ofte slik at vi ikke kan gå for en omsorgsovertakelse. Dette fordi vi ikke har nok dokumentasjon og informasjon for å gå til fylkesnemnda.

I rapporten av Gjerustad m.fl. (2006) kommer det også frem at støtte til fritidstiltak og råd og veiledning i hjemmet er de tiltakene som det er størst sjanse for at blir brukt i de tilfellene foreldrene sliter med psykiske vansker.

Ifølge informant E er det slik at når barnevernet skal sette inn tiltak, må hver enkelt sak vurderes og drøftes, det må brukes lovverk, men også utøves skjønn. Man kan derfor ikke si at et tiltak er bedre enn et annet, det kommer an på hver enkelt families situasjon. Et tiltak som fungerer veldig bra i én familie, trenger ikke å ha samme effekt i en annen familie. Et tiltak kan også fungere dårlig alene, men sammen med andre tiltak kan det være til stor hjelp i familien.

Informant F fortalte at råd og veiledning til foreldre er et tiltak som ofte blir brukt, og at det sjeldent fungerer hvis foreldrene ikke ønsker hjelp eller ikke er klar for det. Videre sa informanten at det da kan være lurt å sette inn et tiltak som kan gjøre mor i stand til å motta behandling sammen med råd og veiledning.

Informant B sier:

Tiltaket bør være noe barnet har nytte av, og foreldrene, hvis ikke er det ikke noe vits. Sette inn veiledning til noen som ikke vil ha det, funker ikke.

Foreldrene må på en side ønske å motta hjelp, det fordrer at foreldrene innser at de har gjort noe «feil» eller noe som ikke er godt nok. Det kan være en utfordring for mange mennesker å innse at den jobben de har gjort, ikke er bra nok. Foreldrene må også være så oppegående at de klarer å overføre den teoretiske kunnskapen de har fått, til barnet og situasjoner i hjemmet. Hvis de ikke klarer det, vil en slik fremgangsmåte være lite hensiktsmessig. Det vil kanskje da

ha bedre hensikt å gå direkte inn i hjemmet og veilede direkte i de situasjonene som foreldrene ikke klarer å håndtere selv.

Som vi ser over, stiller også informantene spørsmål ved om veiledning er det eneste riktige – særlig hvis den voksne ikke vil ha noen veiledning. Tiltaket kan da bli å gjøre den voksne i stand til å motta råd og veiledning, men er dette tilstrekkelig for barnet? Det er stor sannsynlighet for at det vil ta lang tid å få foreldrene i stand til å motta råd og veiledning for så å forsøke å gi foreldrene råd og veiledning som de må klare å implementere i hjemmet. Det er nærliggende å tro at dette tar lang tid for barn som ikke har det greit hjemme. Dette kan nok variere fra sak til sak, og her må det til enhver tid vurderes hvorvidt det må settes inn andre tiltak som kan avhjelpe barnets situasjon. Hvilke tiltak kan det eventuelt være?

Informant B fortalte at hun jobbet i en liten kommune der det var ca. 9000 innbyggere. I 2015 fikk de inn 102 meldinger totalt, 32 av dem gikk på psykiske lidelser hos foreldrene. Hun sa videre at svært få av sakene blir henlagt, stort sett settes det inn en eller annen form for tiltak.

Det var dermed 31,4 % av meldingene de fikk inn som omhandlet psykiske lidelser hos foreldrene. Jeg antar at det er et relativt høyt tall. Likevel antar man at det er en del mørketall, dermed er det enda flere foreldre som sliter med denne problematikken som har barn, men som ikke fanges opp av barnevernet.

Via SSB viser det likevel seg at det bare er nesten en tredjedel av de bekymringsmeldingene som kommer inn som fører til tiltak i 2014. Det kom totalt inn 54 179 meldinger i alt i 2015, 15 843 ble henlagt uten å undersøkes, 19 997 ble henlagt etter undersøkelse, mens 18 339 undersøkelser førte til tiltak (SSB).

På landsbasis var det dermed 38 336 saker som ble undersøkt i 2014, men bare 18 339 som førte til tiltak. Det var flere som ble henlagt uten tiltak. Det er også nærliggende å tro at ikke i alle sakene som førte til tiltak, ble tiltaket gjennomført. Dette kan skyldes flere forskjellige faktorer, som blant annet at foreldrene trakk seg eller at det ikke var gjennomførbart av andre årsaker. Barnevernet bruker altså mye tid og ressurser både på å undersøke familier som ikke har behov for tiltak og å utarbeide tiltak for familier som ikke gjør seg nytte av tiltakene. Man kan undre seg over om det ikke er bedre måter å løse dette på? Er barnevernet for grundig, ved at de åpner undersøkelser der det ikke er behov for tiltak? Barnevernet må undersøke alle forhold som er alvorlige og som kan føre til tiltak. Får ikke barnevernet kontakt med de familiene som virkelig trenger det? Er det de som melder bekymring som overdriver hvordan situasjonen er fordi de mener at barnevernet bør inn i familien? Jeg tenker at barnevernet

burde ha større rom for handlekraft, de bør kunne overprøve foreldrene i større grad enn det det virker som de gjør.

Stang (2007) fant i en undersøkelse fra 1996 at det var et «risikobarnevern» som dominerer når det gjaldt bruk av hjelpetiltak, og ikke «velferdsbarnevernet». Funnene viste at risikobarnevernet ikke fungerte godt nok. Flere saker viste at hjelpetiltak ble satt inn over en for lang tidsperiode, uten at situasjonen til barna ble bedret. Faktisk ble det avdekket at for noen barn ble situasjonen forverret i tiden med hjelpetiltak. I dag er det derimot «velferdsbarnevernet» som dominerer. Det kommer frem i prosjektet «Det nye barnevernet» at det har skjedd et skifte i barnevernet, fra et «risikobarnevern» til et «velferdsbarnevern», ifølge Marthinsen og Lichtwarck (2013). De mener at det har skjedd et fokusskifte fra omsorgsovertakelse til frivillighet med bakgrunn i at det er en nedgang i omsorgsovertakelse, selv om det er en økning av barn innen barnevernet. Av alle som mottok tiltak fra barnevernet i 2013, var bare 17 prosent omsorgstiltak, mens 83 prosent var hjelpetiltak (Kvaran og Holm, 2012). Det er ca. tre prosent barn og ungdom i Norge som får hjelp av barnevernstjenesten årlig. De siste 20 årene har antallet barn og unge som får tiltak fra barnevernet, nesten blitt fordoblet, med ca. 27 000 barn i 1993 til 53 820 i 2013 (SSB). Utviklingen de siste årene har ført til en diskusjon om hvorvidt barnevernet og brukergruppen er forandret.

Det virker som at barnevernet mener at den muligheten de har, er å spille på lag med foreldrene. Det kan være sant, men er det slik det burde være? Skal barnevernet også drive velferd? Er ikke det det stikk motsatte av hva de burde gjøre – det er barnets behov som skal stå i sentrum, ikke foreldrenes. Samarbeid er vel og bra, det hadde vært ideelt hvis verden kunne fungere slik. Det er ikke alltid en mulighet å samarbeide med foreldrene. Da må det være noen andre som kan pålegge foreldrene det, også for de barna som ikke har det godt nok, men ikke dårlig nok til å pålegge foreldrene tiltak. Hvis barnets omsorgssituasjon vipper mellom hvorvidt saksbehandler får et godt nok forhold til foreldrene til å få til et samarbeid, er det forståelig at barnevernet er forsiktig og trår varsomt for å få det til å fungere. Kunne det vært bedre om barnevernet burde ha større rettskraft? Jeg er usikker på om det ville hatt noen effekt om barnevernet i større grad hadde hatt mulighet til å pålegge tiltak. Vil foreldrene gjøre seg nytte av pålagte tiltak?

Økonomisk stønad er et hjelpetiltak som er mye brukt, ofte sammen med andre tiltak (Stang, 2007). Økonomien i de forskjellige kommunene spiller til en viss grad en rolle for hvordan tiltak som iverksettes. I barnevernloven § 9-1 står det følgende:

§ 9-1. Kommunens økonomiske ansvar for barneverntjenesten.

Den enkelte kommune skal sørge for de bevilgninger som er nødvendige for å yte de tjenester og tiltak som kommunen har ansvaret for etter loven.

Hvis det er slik at kommunene har et ansvar for å gi de nødvendige bevilgninger, hvorfor blir da dette ikke gjort? Eller er det kanskje slik at det prioriteres «feil» innenfor barnevernet? Blir rapportskrivning og møter viktigere enn det å sette inn vaskehjelp i hjemmet for et barn? Er det blitt slik at barnets beste ikke nødvendigvis kommer i første rekke, men skal tas hensyn til hvis det er midler til overs når alle andre «behov» er dekket? På den ene siden er det forståelig at økonomi må være med på å styre når det tas avgjørelser, men hva hvis disse avgjørelsene ikke ivaretar barnets beste? Det er selvfølgelig også viktig at man synliggjør hva som gjøres, hvilke avtaler, telefonsamtaler og lignende som blir tatt i løpet av en dag. Kursing, faglig oppdatering og møtevirksomhet har i dag blitt viktige deler innenfor mange yrker, også innenfor barnevernet, men er dette en riktig prioritering hvis det går på bekostning av barnets beste? Eller er det kanskje slik at det må flere og større overføringer til barnevernet for å kunne ivareta barnets beste?

Hjelpetiltak etter § 4-4 første og andre ledd er frivillige.

Informant D sier:

Nå er det slik at å si ja til hjelpetiltak er frivillig- så foreldrene har rett til å si nei. Da må vi legge frem for dem at det blir sett på som enda mer alvorlig dersom de sier nei.

Hjelpetiltak fra barnevernet er altså frivillig. Hvis foreldrene takker nei til hjelp, må barnevernet prøve å hjelpe på andre måter, hvis de mener at barnet trenger hjelp. De kan for eksempel prøve å gå for tvang hvis de tror de har nok dokumentasjon til å få medhold i fylkesnemnden.

Informant F sier:

Hvis foreldrene takker nei til hjelp må barnevernet prøve å hjelpe på andre måter, da må de kanskje hente ut barna for å gi dem den nødvendige hjelpen.

For at et tiltak skal fungere, må det være et samarbeid mellom foreldre og barnevernstjenesten. For at tiltaket skal være frivillig, må foreldrene erkjenne at barnet trenger hjelp, og ta imot hjelpen. Foreldrenes valgfrihet er derfor ikke alltid reell, fordi alternativet er at det iverksettes et tvangstiltak (Regjeringen.no).

Som vi ser, er det at hjelpetiltak er frivillig, en sannhet med modifikasjoner. Dette kan oppleves som såkalt «frivillig tvang». Hvis barnet har stort behov for hjelp, men det likevel ikke er grunnlag for omsorgsovertakelse, kan barnevernstjenesten ifølge barnevernloven ta saken til fylkesnemnda. Dermed kan familien pålegges hjelpetiltak dersom foreldrene takker nei til hjelp. Det vil avhenge av hvilke tiltak som blir pålagt foreldrene, om familien har nytte av tiltaket. Å pålegge foreldre veiledning er så å si nytteløst, de vil de ikke ta inn over seg rådene hvis de ikke er interessert i å få råd. Det vil være mer hensiktsmessig å pålegge tiltak som barnehage, SFO eller fritidsaktiviteter for barn. Det er svært vanskelig for mange foreldre å sette seg opp mot en autoritet som barnevernet og si at de ikke ønsker å motta noen hjelp, når omsorgsovertakelse ofte kan være riset bak speilet. Dette gjelder særlig ressursvake foreldre, men selvfølgelig også foreldre som er alvorlig psykisk syke og derfor befinner seg i en vanskelig situasjon.

Tiltak påvirker ofte flere i familien, det er derfor viktig å holde et øye på hele familien. Besøkshjem kan på den ene siden føre til at foreldrene får hentet seg inn og har krefter og overskudd til å delta i gode samspill med barnet. På den andre siden kan det føre til at foreldre opplever det som negativt at ikke de kunne gi barnet de opplevelsene barnet får i besøkshjemmet. Foreldre og barn reagerer forskjellig, det er derfor viktig å ha kontakt med familiene underveis slik at man kan prøve å fange opp hvis det ikke fungerer (Bunkholdt og Kvaran, 2015).

Informant F sier:

Det er ikke vits å ha veiledning for en psykisk syk forelder. Den må ha annen type hjelp først, før man eventuelt kan tenke veiledning og samarbeid med psykiatrien. Man må på en måte hjelpe hele familien, selv om det er barna som er viktigst. For at barn skal ha det bra, må familien fungere.

Man kan undre seg over at alle informantene sier at råd og veiledning er det mest brukte hjelpetiltaket som settes inn, når informant F her sier at det ikke er noen vits i å ha veiledning med en psykisk syk forelder. Dette faller jo på sin egen urimelighet. Hvorfor gir man veiledning til en person som ikke er i stand til å motta denne veiledningen? Dette er med på å underbygge antakelser om at barnevernet benytter tiltak som ikke alltid nødvendigvis setter barnet i fokus. Ville ikke barnet vært bedre tjent med at det ble satt inn tiltak som heller kunne ha hjulpet barnet med sine problemer? Hvilke problemer barnet har vil selvfølgelig variere fra barn til barn, så man må da snakke med barnet og instansene rundt barnet om hvilke behov

det har. Mange barn vegrer seg for å fortelle andre fremmede om sine problemer, det vil derfor være nødvendig for saksbehandleren å investere i barnet, bruke tid på det for at barnet skal bli trygt og kunne betro seg. For å kunne oppnå en slik tillit hos barn nytter det sjeldent med ett til to møter på en halv time. Hva blir det viktigste for saksbehandleren – å bruke tid sammen med barnet eller å komme seg tilbake på kontoret for å skrive en rapport? En annen problematikk er om barnet har innsikt, kunnskap og språk til å si noe om sin situasjon. Barnet vet ikke nødvendigvis at noe er galt, de kan ha levd under de samme forholdene hele livet, det er det de er vant med – det er deres virkelighet. Hvilke kunnskap barnet har om barnevernet, er også en faktor, hvis de tror at barnevernet skal komme å ta dem bort fra foreldrene sine er det vanskelig å få dem til å snakke om sin livssituasjon.

Ifølge Stang (2007) får barn som har behov for hjelp, ofte hjelpetiltak, de får god hjelp som hjelper familien til å mestre utfordringene. Hun forteller likevel at barn ofte går for lenge på hjelpetiltak som ikke fungerer godt nok, eller at det stadig settes inn nye tiltak uten gode resultater, og at dette skyldes at barna ikke involveres i stor nok grad. Dette fører til at hjelpetiltakene kan forverre barns omsorgssituasjon i stedet for å forbedre den.

Når det gjelder tiltak fra barnevernet er alle informantene enige i at det er barnet som er hovedfokuset, selv om det kommer frem at det ofte settes inn tiltak for å hjelpe foreldrene til å hjelpe barna. Da er tiltakene egentlig for foreldrene, men for å gjøre de friske eller i stand til selv å ta vare på sine barn. Da legger man til rette for at foreldrene skal klare foreldreansvaret og at man dermed kan slippe plassering, – så barna vil ha litt mer indirekte nytte av tiltakene.

4.5 Hvilke behov har barna – blir de ivaretatt?

Barnevernet har et bredt spekter med tiltak de *kan* iverksette overfor barn og familier som trenger det, selv om det ifølge informantene er stor enighet om at det er råd og veiledning til foreldrene som blir brukt mest. Det viste seg likevel at det ikke bestandig var tilstrekkelig når foreldrene har alvorlig psykisk sykdom.

Når en forelder blir psykisk syk, kan han eller hun også få problemer når det gjelder forelderrollen, problemene varierer likevel ut fra hvilken sykdom det er og hvordan den utarter seg (Holm m.fl.,1999). Selv om at det er barns behov som er det viktigste, er det også viktig å hjelpe den friske forelder slik at barnet kan klare å stå med den syke forelder. Hvordan hjemmesituasjonen er, kan blant annet avhenge av den friske forelder.

Informant A sier:

For oss så handler det om å se hva barna trenger, så ønsker vi jo alltid at barn skal kunne bo hjemme sammen med foreldrene sine. Vi tenker jo at det er det beste for barn, selv om foreldre har psykiske vansker, selvfølgelig avhenger det av alvorlighetsgraden og hvordan barna blir ivaretatt, men vi ønsker jo å sette inn tiltak som kan styrke foreldrene sånn at de blir bedre rustet til å ta vare på barna sine.

Også her sier informanten at det handler om å se hva barnet trenger. Ofte kan barnet utrykke at det har et annet behov enn det egentlig har, eller så kan barnet si at det ikke har behov for hjelp, mens det i virkeligheten har det. Barnevernet må altså få ordentlig oversikt over barnets situasjon på relativt kort tid. Barnevernet ønsker at barna skal bo hjemme og at det er det beste for barn i utgangspunktet. Jeg føler likevel fokuset i stor grad ligger på foreldrene, det bør det gjøre til en viss grad, det er de som skal ivareta barna og gi dem omsorg og trygghet.

Informant A sier videre:

For oss er det barnet som er det viktigste og å kartlegge barnets behov for tiltak. Barn i ulike livssituasjoner kan ha behov for samme tiltak og barn i samme livssituasjon kan ha behov for ulike tiltak, det er vanskelig å lage helt klare skiller. Ofte går foreldrenes utfordringer sammen, psykiske lidelser – rus – vold.

Bakgrunnen for at det settes i verk hjelpetiltak i familier, er ofte sammensatt og kompleks, det er vanligvis ikke én enkel grunn. Den største grunnen er likevel forhold i hjemmet, andre viktige grunner er blant annet psykisk sykdom hos foreldrene, manglende omsorgsevne hos foreldrene, foreldrenes rusmisbruk og vold i hjemmet (Bunkholdt og Kvaran, 2015).

Informant F sier:

For oss så handler det om å se hva barna trenger.

Selv om alle informantene er enige i at det er barnets behov som er det viktigste, er det ikke alltid klart hva som menes med det. Det vil kanskje variere fra barn til barn hva som er deres behov?

Innenfor barnevernstjenesten, men også andre fagmiljøer, er det utviklet modeller for å involvere storfamilien, ifølge Falck (2006). Innen storfamilien kan det også være usikkerhet eller redsel for å være til bry og manglende kommunikasjon. Dette kan føre til at familien blir sittende alene med sin situasjon. Tross dette ønsker ofte familien å bidra når de først blir

involverte. Familien er en ressurs som bør brukes. Det er krevende for en familie som er i en vanskelig periode å skulle engasjere andre i storfamilien (Solantaus, 2010). Familieråd er et tiltak som stammer fra New Zealand, der den utvidede familien skal få anledning til å møtes til et familieråd. Hensikten er blant annet å bringe på det rene hva familier og nettverk selv kan stille opp med. En grunntanke er at familien gis større del av ansvaret for sin nåværende og fremtidige situasjon. Løsningene skal være rettet mot barnet, forslagene skal være realistiske å følge opp, og kombineres ofte med støtte fra barnevernet. Det er en beslutningsmodell som Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet har fått ansvaret for å implementere og kvalitets sikre (Vik, 2009). Også i Finland er det utviklet flere modeller som legger opp til å inkludere storfamilien sammen med hjelpeapparatet, for å styrke familiens evne til å ivareta barnets behov, som blant annet «Let`s talk about children» (Solantaus, 2010). Ifølge The International Initiative er en av suksessfaktorene for at barnevernsarbeid skal lykkes, at arbeidet siktes mot hele familien, ikke bare mot barnet (Bunkholdt og Sandbæk 2008).

Informant A forteller:

Familieråd som metode er en metode som ofte blir brukt i saker der foreldre har psykisk sykdom. Det fordrer at forelderen selv ønsker det. Vi har jo taushetsplikt, så vi kan ikke involvere nettverket uten tillatelse fra forelderen. Istedenfor slik vi gjorde før med å betale for leksehjelp eller vaskehjelp, prøver man i større grad nå å bruke familie og nettverk sånn at de kan påta seg slike oppgaver.

Hun sier videre:

Barnevernstjenesten klarer ikke alle oppgavene alene lenger, eller det har de vel aldri gjort, men de har begynt å skjønne det selv nå. Nå er det mere fokus på å få involvert andre som kan hjelpe til, om det er en lærer eller en kusine eller bestemor eller hva som helst, så er man i mye større grad flinkere til å involvere andre. I slike saker er det mye skam, og mange ganger vil ikke foreldre involvere nettverket sitt for det er så mye som ikke de ønsker at nettverket skal vite. Det er jo egentlig veldig synd.

Man kan spørre seg om dette er nok? Vil barnet få den hjelpen det trenger? Kanskje sier barnet at det ikke er behov for at mors kusine eller venninne kommer og vasker på grunn av at barnet er redd for selv å miste kontroll eller på grunn av at det opplever skam ved ikke å takle disse oppgavene på egen hånd? Det samme vil kunne gjelde for leksehjelp. Vi kan heller ikke se bort fra at den som er psykisk syk kan engste seg for at han/hun trekker veksler på familie

og venner, nærmest utnytter dem, og derfor ikke vil ta imot den hjelpen som tilbys. Jeg tror likevel familieråd er et godt tiltak for familier som sliter med denne problematikken, men også andre familier. I NOU 2016:16 fremkommer det at tilbud om familieråd er et av forslagene til den nye loven, det skal legges til rette for bruk av familieråd i de tilfellene det anses som hensiktsmessig. I et familieråd er det barnet som skal være i fokus, ikke foreldrene og deres problematikk eller konflikter. Det er et råd som er for barnet – barnets råd (Vik, 2009).

Samtalegrupper for barn med psykisk syke foreldre er et tiltak som er blitt mye brukt de siste årene, forteller informant A. Hun forteller videre at i den kommunen hun jobber, er dette ikke organisert under barnevernstjenesten, men i familieteamet som er under helsestasjonen. Dermed trenger ikke barnet være klient hos barnevernstjenesten for å få det tilbudet. Hun forteller at ofte når en slik sak blir henlagt hos barnevernstjenesten, får barnet tilbud om tiltaket fra kommunen. Informant C forteller også at det kan iverksettes samtalegrupper for barn, på steder der det er nok grunnlag til å ha det.

Ifølge Ruud m.fl. (2015) opplever mange barn og unge som har syke foreldre et større ansvar når det kommer til husarbeid og omsorgsoppgaver enn andre barn. Barna opplever stress og belastning på grunn av all tiden de bruker på det. Han sier at barna uttrykker at de ønsker mer hjelp hjemme slik at de kan leve sine liv med skole, venner og fritidsaktiviteter.

Informant B forteller at det er barn som sitter på skolen og ikke klarer å følge med på undervisningen fordi de sitter og tenker på alt de må gjøre så snart skolen er ferdig. De må for eksempel hjem og gjøre diverse plikter før de skal hente småsøsken i barnehage og lignende. Hun mener at dette forstyrrer hverdagen deres, slik at de ikke får tid til å være barn.

Selv om forskning viser at barn kunne hatt nytte av hjelp til huslige oppgaver (Ruud m.fl. 2015), forteller informant A, D, E og F at de har gått bort fra dette. Det begrunnes med blant annet økonomi, barnevernets fokusområde og at barna ikke har så stort behov for det.

Informant A sier:

Vi har kompensierende tiltak hvor du går inn og hjelper, betaler for fritidsaktiviteter eller ansetter vaskehjelp, men vi gjorde det mere før. Nå har for det første ikke barnevernet penger til det, for det andre tenker man at vi har blitt bedre på det som er primærvansken.

Kvvello (2015) skiller mellom primærvanske, sekundærvanske, tertiærvanske og kvartærvanske. Med primærvanske beskriver han blant annet vansker hos omsorgspersoner som enten kan være på grunn av sosial arv, rusmiddelbruk, alvorlige somatiske lidelser eller moderate psykiske lidelser.

Informant E underbygger det informant A sier:

Vi setter egentlig ikke inn tiltak for å hjelpe barna i hjemmet med de praktiske tingene – vi gjorde kanskje det mere før.

Hvordan kan det ha seg at informantene sier at barna ikke har så stort behov for hjelp til huslige oppgaver, når forskning viser det motsatte? Informant B sier i tillegg at barn sitter på skolen og klarer ikke å følge med på grunn av at de tenker på alle pliktene de har etter skoletid. Er kanskje barnevernets prioriteringer feil med tanke på barnets beste? Eller er det kanskje slik at barnevernet lar seg styre for mye av økonomi? Man kan undre seg over at barna uttrykker behov for hjelp, mens noen voksne sitter og sier at de ikke trenger det. Kommuneøkonomien i noen kommuner i Norge er dårlig, og av og til kan det kanskje være slik at man må velge hvilken finger man skal skjære seg i. Hvis det må velges mellom flere tiltak rettet mot barnas reelle behov på den ene siden, og muligens en saksbehandler mindre ved det kommunale barnevernskontoret på den andre siden, kan det bli et vanskelig valg. En annen ting er at de som jobber innenfor barnevernet, «fanges» opp av en «trend» eller en «kultur» der man nytter råd og veiledning som hovedtiltak. Hva som har vært utgangspunktet for en slik «trend» eller «kultur», er vanskelig å si, men det er nærliggende å tro at det er dårlig kommuneøkonomi eller pålegg om innsparinger. Informantene sier at de er blitt flinkere til å ta seg av primærvansken, men er dette kanskje mye på de voksnes premisser? Dessuten, hvem definerer primærvansken, er det den voksnes psykiske sykdom, eller er det barnets behov? Hva da med «til det beste for barnet»?

Informant A sier:

Hvis mor har en personlighetsforstyrrelse, så er det primærvansken i familien, ikke at de trenger vaskehjelp, men da trenger man å sette inn tiltak som gjør at mor fungerer bedre sånn at hun kan ivareta barna sine. Da blir det ofte tiltak som går på å øke foreldreferdigheter og sette mor i stand til å mota behandling. Det er mere den type tiltak man legger seg på i dag, i alle fall hos oss.

Informant A forteller at de tross dette ikke setter inn tiltak for å hjelpe barna i hjemmet med de praktiske tingene, de gjorde det mere før. Hun begrunner det med at barnevernet ikke har økonomi til dette lenger og at de har blitt bedre på det som er primærvansken, som de mener er forelderens psykiske sykdom og som underbygges av kvello (2015). Kvello (2015) påpeker at også i høykonfliktfamilier er det stor sannsynlighet for at primærvansken i familien er psykiske lidelser hos foreldrene og at det er konfliktdrivende. Hvorfor er det slik at det er forelderens sykdom som regnes som primærvansken og ikke de utfordringene barnet har? Er det slik at det er forelderens sykdom som er roten til alle problemene i familien, så tanken er at om mor bare blir frisk, så får barna den omsorgen de trenger? Eller er det slik at alvorlig psykisk sykdom og konflikt mellom foreldrene skader barnet i større grad enn andre former for omsorgssvikt? For barnet vil kanskje primærvansken være at det er nødt til å gjøre alt husarbeidet hjemme og trenger tiltak for det mens foreldrene får hjelp med sykdommen og råd og veiledning som tiltak fra barnevernet. Det er ikke sikkert at foreldre klarer å gi barnet den omsorgen barnet trenger selv om de får kontroll på den psykiske lidelsen.

Informant E sier:

Det er vanskelig å dele inn i noen klare kategorier i forhold til tiltak. Barns behov kan være forskjellig uavhengig av hvilken type problematikk foreldrene har. Barn blir preget på forskjellige måter etter hvor syk forelderen er. Det kan også spille en rolle om det er mor eller far som er syk. Er den friske forelderen oppegående og kompensere godt for den syke forelderen, er det ikke sikkert barna tar noe skade i det hele tatt. Er begge foreldrene syke, er det betraktelig verre.

Hvordan mener informantene at det kan spille en rolle hvorvidt det er far eller mor som er syk? Hvordan barnet blir preget, kan for eksempel avhenge av om den friske forelderen klarer å se barnets behov, eller om han/hun bare ser partnerens og egne behov. Som vi skjønner kan dette i stor grad være personavhengig, hvorvidt den friske forelderen klarer å skjerme barnet og sette barnets behov i fremste rekke. Hvis begge foreldre er psykisk syke, har vi selvfølgelig en helt annen situasjon – også i tilfeller der det er snakk om aleneforeldre og hvorvidt disse eventuelt har et stort nettverk.

Informant A sier:

Jeg tror ikke at vi i barnevernet er så opptatt av type problematikk hos foreldrene. Vi er mer opptatt av å se hvordan den problematikken påvirker voksne som omsorgspersoner, hva det gjør med foreldre og ferdighetene deres og hvilke behov

barna har. Det er jo liksom det som er primæroppgaven min. Når jeg går inn i en familie så ser jeg primært på 1: hvilke behov har dette barnet, hva trenger dette barnet? og 2: er foreldrene i stand til å gi barnet det de trenger? Da kan for eksempel en alvorlig psykisk lidelse hindre voksne i å klare å gi barnet det de trenger, men ikke nødvendigvis. Så det vil jo være forskjellig.

Både Killéns (2009) syv sentrale foreldrefunksjoner og metastudien til Berg-Nilsen m.fl. (2002) som er beskrevet på side 30 er viktige aspekter når det kommer til foreldrefungering. Når et menneske har alvorlige psykiske lidelser virker det inn på hele personen, også på hans eller hennes evne til å være forelder. Det kommer også an på graden av psykisk sykdom og alder på barnet. Forskning viser også at psykisk sykdom generelt, og på tvers av spesifikke diagnoser, tilsynelatende har innvirkning på hvordan foreldre fungerer når det gjelder foreldreatferd og foreldreevnen (Aalbæk og Glistrup, 1997). Ifølge Kvello (2015) er det å hjelpe foreldre til mentalisering – det å hjelpe foreldrene til å se hva barnet trenger – den beste hjelpen man kan gi til barn som utsettes for omsorgssvikt. Foreldrene trenger hjelp til å utvikle sitt repertoar som omsorgspersoner. Ved å hjelpe foreldrene til å fungere bedre i sin foreldrerolle hjelper man også barnet.

Informant A sier:

Disse barna har ofte foreldre som har vansker med å inngå i utviklingsstøttende samspill med barna, da kan barna ha mangler i forhold til mentalisering og sensitivitet, det kan man merke på barnet, og at det kan få vansker som følge av det.

Mentalisering er ifølge Brandtzæg m.fl. (2011) å være oppmerksom og opptatt av både egne og andres følelser og å reflektere over disse. Det handler om at vi alltid må fortolke andres tanker, hensikter og følelser. Vi vil gjerne forstå hvordan andre har det, men vi kan aldri vite det helt sikkert. Vi lager oss derfor en teori eller forestilling om hvordan andre personer har det, hva de føler og ønsker. Brandtzæg m.fl. (2011) beskriver dette som en intuitiv evne som i større eller mindre grad er til stede i oss mennesker. Han mener også at foreldre med stor evne til mentalisering har større sannsynlighet for å få trygge barn når det gjelder tilknytning. Alt samspill mellom mennesker avhenger av vår evne til mentalisering. Med sensitivitet forstår vi å ha evne til raskt å registrere forandringer og finere nyanser.

I dag har mentalisering blitt et sentralt og mye benyttet begrep i ulike studier og i arbeid med samspill mellom barn og foreldre. Dette er på grunn av at mentalisering er en forutsetning for å kunne gi barnet god omsorg ved at den voksne forstår barnets ulike emosjonelle og mentale

tilstander. Mentalisering innebærer ikke bare å forstå hva barnet trenger, men også hva en selv trenger og ønsker. Det å være veldig selvopptatt og ofte referere til seg selv, er ikke tegn på god mentalisering. Det handler i større grad om å forstå andre slik at man kan få til et bedre samspill med dem. Man må både kunne forstå og respektere den andre (Kvillo, 2012).

Med mentalisering forstår jeg ens evne til å sette seg inn i andres ønsker og behov og la disse komme foran egne ønsker og behov. Hvis foreldre skal sette egne behov og ønsker foran barnets, er de dårlige på mentalisering. Vi kan spørre oss selv om ikke alle mennesker til en viss grad tar hensyn til egne ønsker og behov. Hvis man ikke gjør det, vil man kanskje undergrave seg selv, bli underdanig. Det er her snakk om ikke alltid å sette egne ønsker og behov i første rekke, men være i stand til å se og ta hensyn til at andre mennesker har egne ønsker og behov som kan gå på tvers av egne. Det handler om å klare å se, forstå og skjønne hva barnet føler og trenger. Ved å bruke denne type «faguttrykk» eller «populæruttrykk» i samtale med foreldre, kan barneverntjenesten distansere seg fra foreldrene. Kanskje er det slik at foreldre som er psykisk syke, ikke er i stand til å se utover egne ønsker og behov på grunn av sin sykdom? Kanskje er de heller ikke fullt ut i stand til å se egne ønsker og behov – de vet ikke hva de selv trenger? Det vil da nødvendigvis bli enda vanskeligere å se andres ønsker og behov. En annen ting er: Hvordan merker barnet dette? Et barn som vokser opp med foreldre med dårlig mentalisering, vil muligens selv bli dårlig på dette, og vil kanskje selv ha problemer med å kjenne og forstå sine egne og andres følelser, ønsker og behov?

Informant A forteller om en sak der det var en mor som var veldig psykisk syk og som var alene med to barn. De satte inn besøkshjem annen hver helg slik at mor skulle få slappe av, få tid til seg selv, få tid til å komme i gang med behandling og for at barna skulle komme ut av hjemmet og få noen andre opplevelser og bli aktivisert. Dette var barn som var parentifisert, de sto med vaskebøtta i hånda når barnevernstjenesten kom på hjemmebesøk.

Som det kommer frem i det informantene sier over, kan barn bli parentifisert av å leve med en forelder med alvorlig psykisk sykdom. Parentifisering er at barn overtar noe av forelderrollen. Det kalles parentifisering når graden og omfang av ansvar går ut over det barnet har forutsetninger for (Bunkholdt og Sandbæk, 2008). Parentifisering er som oftest et resultat av flere faktorer. Et eksempel kan være at den ene forelderens ikke klarer å imøtekomme den syke forelderens omsorgsbehov i tilstrekkelig grad og at det da faller til barnet. Barn er ofte sensitive og villige til å strekke seg langt for å imøtekomme foreldrenes behov (Chase, 1999). Risiko for parentifisering avhenger selvsagt også av andre faktorer utenfor familien, som

blant annet økonomi og nettverk (Winton, 2003). Dette er en utfordring alle informantene kommer inn på.

Det som skiller barn av psykisk syke foreldre fra andre barn, er ifølge alle informantene at de har et stort ansvar hjemme, de blir parentifisert, og selv om det kan forekomme hos andre barn også, er det ofte det som kjennetegner barn av psykisk syke.

Informant B forteller:

Dette her er veldig varierende og individuelt, men hvis jeg skal si noen fellestrekk, så tenker jeg det at de føler litt mer ansvar som de ikke skal ha.

Informant E sier:

Stort ansvar, både i forhold til rent praktiske ting, overfor søsken og overfor foreldrene sine. De overtar på en måte omsorgsoppgavene hjemme.

Informant C sier for eksempel:

Barn som lever med bare en forelder som har en vedvarende alvorlig psykisk lidelse, risikerer å måtte leve med mangler i forhold til egen omsorgssituasjon, og i en del tilfeller kan barnet gå inn og kompensere for foreldrene – noen ganger i så stor grad at barnet overtar voksenansvaret, og må hjelpe forelderens.

Det kan virke som at det er stor enighet i at dette er en utfordring i flertallet av familier der en eller begge foreldrene sliter med alvorlig psykisk sykdom. Ifølge Beardslee m.fl. (1998) og Berg-Nielsen m.fl. (2002) er parentifisering den vanligste negative konsekvensen for barn som lever med foreldre med psykiske lidelser og eller rusproblematikk. Risikovurderinger har tidligere vært knyttet til spesifikke diagnoser, men nyere forskning knytter risikoen til negative virkninger som sviktende omsorg, foreldrekonflikter og at foreldre opptrer uforståelig, truende eller bebreidende.

Parentifisering er et negativt ladet begrep. Det at barn får et større ansvar enn de kan håndtere, ses på som utelukkende negativt. Er det egentlig det? Kan det ikke inneholde noe positivt? I vårt samfunn er barn utelukkende mottakere av omsorg, men dette varierer ellers mellom ulike kulturer og samfunn. Det er likevel noen som får større ansvar, blant annet på grunn av foreldres psykiske lidelser og derav manglende evne til å utøve alle omsorgsoppgavene. Ifølge Byng-Hall (2002) kan barnets selvfølelse blant annet bli påvirket både negativt og positivt. Det kan bidra til at barn ikke vil føle seg bra nok for hvem de er, men for hva de gjør.

De kan utvikle en selvforståelse som er i overensstemmelse med foreldrenes eller andres ønsker, behov og sårbarhet, mer enn ut fra egne følelser, opplevelser og egenskaper. På en annen side er det viktig at barn tar ansvar for familiemedlemmer, blant annet når det gjelder sykdom. Ifølge Banks m.fl. (2001) viser empiriske undersøkelser videre at foreldre rapporterer økt modenhet og evne til omsorg hos søsken av funksjonshemmede barn. At andre forventer ens hjelp, at en blir sett på som viktig, og at en aktivt bidrar i forhold til betydningsfulle personer i ens liv, kan være en kilde til selvfølelse og opplevd kompetanse (Blackford, 2003).

Det skilles mellom destruktiv og adaptiv parentifisering. Adaptiv parentifisering innebærer ifølge Jurkovic (1997) at barnet har omfattende omsorgsoppgaver i familien, men barnet mottar på samme tid støtte fra andre, oppgavene kan også være av avgrenset varighet. Parentifisering betegnes som destruktiv når barn har omsorgsoppgaver som ikke samsvarer med alder og modenhet til barnet, og uten at de mottar støtte eller anerkjennelse for sin innsats. Ved destruktiv parentifisering blir ikke barnets behov for omsorg, veiledning, trøst og beskyttelse imøtekommet i tilfredsstillende grad. I tillegg til å ha store omsorgsoppgaver opplever barnet et psykologisk fravær eller tap av foreldre (Barnett og Parker, 1998).

Informant B forteller også om barn som kan bli sinte og frustrerte når noen prøver å ta fra dem oppgavene. De skjønner ikke at det ikke er deres ansvar. Mange har levd med disse oppgavene og omsorgsansvaret hele livet og vil ikke miste den kontrollen de opplever å ha over sin situasjon.

Selv om parentifisering kan ha negative konsekvenser for et barns utvikling, kan den likevel være adaptiv på et familienivå. Når et av barna påtar seg voksenoppgavene, kan søsken eller andre familiemedlemmer stilles friere, slik at de kan engasjere seg i aldersadekvate oppgaver og interesser (Jurkovic, 1997). Barn skjuler omfanget av omsorgsoppgavene de utfører, i frykt for at de skal bli skilt fra familien ved at foreldrene institusjonaliseres, eller ved at de selv flyttes i fosterhjem grunnet manglende omsorg i hjemmet, viser studier av barn av kronisk syke foreldre (Barnett og Parker, 1998).

Informant B forteller at tiltakene som settes i verk, bør være noe barnet og foreldrene har nytte av og at det ikke fungerer å sette inn et tiltak som familien ikke vil ha.

Mathiesen og Karevold (2007) viser i TOPP-studien (trivsel og oppvekst i barndom og ungdomstid) klare sammenhenger mellom mødres depresjon når barnet er i spedbarnsalder og at barnet selv utvikler symptomer på depresjon og angst når det kommer i 12–13-årsalderen.

Med tanke på utvikling av depresjon hos barn av psykisk syke foreldre mener de at i puberteten står jentene for 2/3 av tilfellene og guttene for 1/3. Blant yngre barn er det motsatt. Ifølge Van Der Kolk (2009) er det også kjønnsforskjeller når det gjelder hvilken type psykisk lidelse barna utvikler. Mens gutter ofte utvikler atferdsvansker, får jentene oftere depresjon og angst. Nyere forskning tyder likevel på at det er klare sammenhenger med sentrale voksne sine mangelfulle emosjonsreguleringer. Frønes (2010) sier at dersom barn og unge har foreldre som er alvorlig psykisk syke over lengre perioder, kan de ofte mangle den støtten for å kunne yte optimalt både i skole og på fritid sammenlignet med barn fra andre familier. Interesserte og begeistrede voksne er ofte en forutsetning for at barnet skal lykkes i skole og på fritid. Med alderen øker også kravene om prestasjoner fra skolen og fra fritidsaktiviteter. Med psykisk syke foreldre og manglende støtte hjemmefra kan disse barna falle fra.

Barn sliter med det ansvaret de blir sittende med når de har foreldre med alvorlige psykiske lidelser (Ruud m.fl. 2015). Tross dette blir det ofte ikke satt inn hjelp for å lette dette ansvaret for barna, selv om alle informantene uttrykker at det er barnet som er i fokus:

Blant annet sier informant F:

For oss er det barnet som er det viktigste.

Jeg har ikke problemer med å tro på at barnevernet ønsker det beste for barna. Det blir gjentatte ganger poengtert at det er barnet som er det viktigste, men klarer barnevernet å se situasjonen fra barnets perspektiv? Klarer de å se hva som er det viktigste for barnet, uten å farges av hva foreldrene mener? Hva er egentlig det viktigste for barnet? Barnet kan mene noe annet enn det foreldrene og barnevernet mener.

Tiltaksplan er et metodisk verktøy som skal tydeliggjøre hvilke behov barnet har og hvordan behovene skal imøtekommes (Rød 2005). I tiltaksplanen skal det stå hvilke tiltak brukeren har behov for. I utarbeidelsen av en tiltaksplan skal det legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til beste for barnet. De hjelpetiltakene barnevernet setter inn, vil variere både i karakter og i omfang, avhengig av hvor alvorlig og risikofyllt situasjonen for barnet er. For at man skal kunne lykkes med de tiltak som iverksettes, er det avgjørende at man får til et godt og nært samarbeid mellom barnevernstjenesten, foreldrene og barnet (Bunkholdt og Kvaran, 2015).

Informant B forteller at når foreldre er psykisk syke skal barn bli tatt vare på av barneansvarlig på de ulike institusjonene, men de kan likevel ha behov for en annen samtalepartner eller en annen type tiltak. Hun sier at det kommer an på alder på barnet. De

kan ha behov for avlastning eller midlertidig plasseringer, hvis foreldrene er lagt inn. Hvis barnet bor sammen med begge foreldrene og den ene forelderen er lagt inn og den andre er frisk, så er det kanskje den som ikke er syk, som kan trenge veiledning.

Tidligere var det ingen som hadde ansvar for barns behov når foreldre ble innlagt. Samarbeidsrutiner med de offentlige instansene rundt barn var ikke til stede i tilstrekkelig grad (Mevik og Trymbo 2002). Det var ikke før helsepersonelloven § 10a kom, at helsepersonell fikk en plikt om å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Informant C, E og F forteller at samarbeid er veldig viktig når det gjelder å finne riktig tiltak for et barn. De samarbeider med alle instansene rundt barnet og familien.

Informant E sier:

Ved å samarbeide med andre instanser som har både med barnet og foreldrene å gjøre, klarer vi bedre å se helheten rundt barnet. Et av tiltakene vi gjør, er å delta i samarbeidsmøter med foreldre og andre hjelpere rundt familien.

Aamodt og Aamodt (2005) poengterer viktigheten av samarbeid mellom etatene som har med barn og den syke forelderen å gjøre. De mener at det at det ikke er noen som har ansvar for familien som helhet og at hjelpeapparatet er fragmentert, er en utfordring for familier som lever med sykdom. Ruud m.fl. (2015) uttrykker også at familiene bør møtes der de er og få helhetlig oppfølging over tid.

Informant A sier:

Vi ønsker å sette inn tiltak som kan styrke foreldrene slik at de blir bedre rustet til å ta vare på barna sine. I noen tilfeller må vi plassere barn på grunn av alvorlig psykisk sykdom hos foreldre, da er det ofte snakk om ganske alvorlige typer personlighetsforstyrrelser og lignende. Foreldrenes personlighet preger hvordan de ivaretar barna sine.

Informant D sier:

Jeg tror nok at det har skjedd en endring med barnevernstjenesten de siste årene, til å være enda tydeligere på å involvere nettverk, selvfølgelig med samtykke fra foreldrene. Man har blitt det fordi budsjettene til barnevernstjenesten ikke er så store som de burde ha vært, så barnevernstjenesten trenger hjelp.

Både barn og voksne er mest fornøyde med den hjelpen de får fra familien. Helsepersonell tenker til en viss grad på det vanlige sosiale nettverket som en ressurs. Helsepersonell inkluderer nettverket i større grad når det gjelder rus, enn når det gjelder psykisk sykdom og somatisk sykdom. Det er likevel familier med somatisk sykdom som opplever størst grad av hjelp hos familie og venner når det gjelder de tre gruppene. Grunnen til at de er mest involvert ved somatisk sykdom kan skyldes at det er mindre tabu rundt fysisk sykdom, og dermed lettere for foreldrene selv å inkludere andre i familien, eller at foreldre med somatisk sykdom er mer bevisste på egne barns situasjon (Ruud m.fl., 2015).

5 Sammenfatning og avslutning

Formålet med denne oppgaven har vært å undersøke hvilke tiltak som ble iverksatt for barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom, og hvordan barnevernet ivaretar disse barna. For å belyse problemstillingen har jeg satt meg inn i aktuell litteratur, deretter har jeg gjort en kvalitativ undersøkelse der jeg har intervjuet seks ansatte ved den kommunale barnevernstjenesten i fem forskjellige kommuner i Norge. Jeg har videre analysert og drøftet funnene mine opp mot relevant teori om temaet. Litteraturen jeg har brukt omhandler ikke direkte barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom, men barn generelt med foreldre med alvorlig psykisk sykdom og barn generelt innenfor barnevernet.

Etter lovendringen i helsepersonelloven § 10a kan det virke som at helsepersonell har blitt mye flinkere til å melde fra til barnevernet om at pasienter har mindreårige barn.

Undersøkelsen viser at barnevernet ikke har noen spesielle tiltak de iverksetter overfor barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Av undersøkelsen fremkommer det likevel at det er råd og veiledning og økonomisk hjelp som er de tiltakene som er mest brukt, men det gjelder også generelt innenfor barnevernet. Dette underbygges også i litteraturen av blant annet Christiansen (2015).

Ifølge informantene har ikke barnevernet noen spesielle metoder eller måter de møter disse barna med alvorlig psykisk syke foreldre på. De har heller ingen tanker om at dette er en gruppe barn som har behov for noe spesielt, utover de behov andre barn i barnevernet har. Det er ikke noe som skiller dem fra andre barn i samfunnet, bortsett fra at de kanskje må ta litt mer ansvar i hjemmet, de parentifiseres ofte, uten at dette nødvendigvis er bare negativt eller bare gjelder barn med foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Ifølge informantene tar barnevernet imot alle barn på samme måte, de fokuserer på barnet som et individ, hvert enkelt barn har sine individuelle behov. Man kan ikke kategorisere barns behov for tiltak. Barn av psykisk syke har ikke noen spesielle behov for et spesifikt knippe tiltak. Barnevernet ser ikke på hvilken type problematikk foreldrene har, men om foreldrene, til tross for sin problematikk, er i stand til å dekke barnets behov. Selv om en av foreldrene har psykisk sykdom, så kan den andre forelderen dekke godt nok opp for det den syke forelderen ikke klarer, slik at de klarer å dekke barnets behov. Da har ikke familien behov for tiltak i barnevernet.

Informantenes forståelse av barn med foreldre med alvorlig psykisk sykdom samsvarer med litteratur og forskning. På tross av at barnevernet har som formål å hjelpe barn, mener jeg at barns rettigheter ikke er tilstrekkelig ivaretatt. En av grunnene til det mener jeg er at barnevernloven ikke er en rettighetslov. Foreldrene kan velge bort hjelp til barna. Hvis forholdene i hjemmet ikke er gode nok, men på samme tid ikke dårlige nok, får ikke barnevernet gjort noen ting. Hvis foreldrene ikke ønsker hjelp og barnevernet ikke kan gå for tvangstiltak, er det foreldrene som avgjør hvorvidt barnet får den hjelp det eventuelt trenger.

Det fremkommer i litteraturen at barna selv uttrykker behov for mere hjelp i hjemmet (Ruud, m.fl. 2015). Informantenes begrunnelse for at det ikke settes inn tiltak for å hjelpe til med huslige oppgaver i hjemmet, er økonomiske årsaker, dårlig tid og det at barnevernet har et større fokus på det de kaller primærvansken, som de mener er forelderens sykdom. Hvis barnevernet skal ha fokus på barnet og dets behov, bør ikke da barnevernet gi barnet den hjelpen de selv mener at de trenger? Det er også betenkelig at barnevernet lar seg styres av økonomi. Er det riktig at dette skal få lov til å skje? Dette er i stor grad et politisk spørsmål. Det er den norske stat, via de ulike kommunene, som er barnevernets arbeidsgiver, og som også bevilger de pengene som barnevernet råder over. Må ikke da staten bevilge mere penger, og eventuelt øremerke disse, slik at barnevernet får mulighet til å utføre den oppgaven de er satt til – å ivareta barnets beste?

Når det gjelder kvalitetssikring av arbeidet innenfor barnevernet er det i stor grad opp til hvert enkelt barnevernkontor å påse at arbeidet blir gjort i henhold til lovverket. Selv om fylkesmannen har et overordnet ansvar, bør det kanskje være en bedre form for kvalitetssikring? Ruud m.fl. (2015) peker også på at kvalitetssikringen innenfor arbeid med barn og foreldre bør forbedres.

Det jeg mener er det viktigste funnet i denne undersøkelsen, er at barn av alvorlig psykisk syke foreldre behandles likt med alle andre barn innenfor barnevernet. Dette er et viktig funn, fordi det er en like stor variasjon i behovet for hjelpetiltak og hvilke type hjelpetiltak som er aktuelle når det gjelder barn med alvorlig psykisk syke foreldre, som det som gjelder for alle andre barn innenfor barnevernet. Vil det derfor muligens ikke være riktig å ha spesifikke tiltak som skal iverksettes overfor barn innenfor barnevernet med alvorlig psykisk syke foreldre? Hva skulle disse tiltakene eventuelt være, og ville disse tiltakene ha passet for alle barn innenfor barnevernet med alvorlig syke foreldre? Jeg tror det ville være vanskelig å finne tiltak som passer for alle familier innenfor barnevernet der foreldre sliter med alvorlig psykisk

sykdom. Alle de familiene som sliter med den problematikken er forskjellige, det er ikke snakk om en ensartet gruppe, de har forskjellige behov og dermed behov for ulike tiltak. Dette funnet stemmer også helt overens med min førforståelse, som var at barnevernet ikke hadde noen spesielle tiltak som de iverksatte overfor barn som hadde foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Videre mente jeg at barnevernet alltid satte barnet i fokus og jobbet for barnets beste. Akkurat dette er jeg litt mere usikker på etter å ha jobbet med denne masteroppgaven. Jeg tror nok at barnevernet har de beste intensjoner om å jobbe for barnets beste, men dessverre styres de av økonomi, tidspress og mye møtetid. Dette er med på å gjøre det slik at det ikke nødvendigvis blir sånn at barnets beste kommer først, som det bør og skal gjøre.

Min førforståelse var at barnevernet ikke hadde noen spesielle tiltak de iverksatte overfor barn som hadde foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Jeg mente likevel at barnevernet satte barnet i fokus og jobbet for barnets beste.

Ut fra de funnene jeg har gjort, mener jeg at det kanskje bør finnes noen spesifikke metoder barnevernet kunne jobbet ut fra når det gjelder barn som har foreldre med alvorlig psykisk sykdom. Det bør ikke vurderes ut fra forelderens diagnose eller sykdom alene, men ut fra familiens situasjon. Det bør tas hensyn til hvor påvirket foreldreferdighetene er av sykdommen, nettverk rundt familien, alder på barnet og hvor involvert den andre forelderen er. Dette var noe informantene selv mente at de gjorde, men likevel fremkommer det at det også her er en del begrensinger. I min førforståelse hadde jeg også en tanke om at barnevernet ivaretok disse barna ekstra godt, selv om at jeg hadde en forståelse av at alle barn som er innenfor barnevernet, er utsatte barn som trenger noen som ser deres behov. Jeg var nysgjerrig på om barnevernet klarte å ivareta barnets behov, og om de selv følte at de klarte det i tilstrekkelig grad. Informantene mine sa at de ikke ivaretok disse barna på noen annen måte enn andre barn i barnevernet, de påpekte at de ivaretok alle barn på like god måte. Det virket som at de var fornøyde med måten de gjorde det på.

Jeg synes det kan virke som at barnevernet har et idealistisk syn på hjelpetiltakene barnevernet kan stille med, både når det gjelder barn av psykisk syke og andre barn. Dette mener jeg fordi det virker som at de har et veldig positivt syn på og stor tiltro til de hjelpetiltakene de har, og at de mener tiltakene er veldig gode og at de dekker de behovene barna har. Informantene var lite kritisk til hjelpetiltakene og jobben barnevernet kan gjøre og gjør, selv om vi vet at ikke alle barn får den hjelpen de trenger, noe som blant annet fremkommer i en undersøkelsen gjort av Ruud m.fl. (2015).

Som andre oppgaver har også denne oppgaven sine begrensninger. Den mest åpenbare er at tre av informantene besvarte spørsmålene på e-post, jeg har tidligere i oppgaven beskrevet hvorfor dette ble gjort og hvorfor dette er en begrensning. Det har også vært betydelig vanskeligere å få tak i informanter enn det jeg i utgangspunktet trodde, jeg trodde folk var mye mer interessert i å bidra med den kunnskapen og de erfaringene de satt med enn det viste seg at de i realiteten var. En annen ting er det faktum at ikke noe av litteraturen jeg har benyttet meg av, omhandler barn innenfor barnevernet med foreldre med alvorlig psykisk sykdom, men barn generelt med foreldre med alvorlig psykisk sykdom og barn generelt innenfor barnevernet. Under skriveprosessen har det også skjedd endringer på systemnivå. Barnevernloven § 4-4 ble blant annet endret 1. april 2016, der adgangen til å pålegge hjelpetiltak ble utvidet. Lovforslaget til den nye barnevernloven ble publisert i slutten av september 2016. Dette er variabler jeg har måttet ta høyde for i større eller mindre grad underveis i prosessen. Det kan være med på å redusere undersøkelsens gyldighet.

Er det riktig at det er slik at det ikke iverksettes spesifikke tiltak for barn med foreldre med alvorlig psykisk sykdom? Bør det utvikles evidensbaserte metoder for familier der en eller begge foreldrene har alvorlig psykisk sykdom? Eller bør det kanskje ikke det. Familiene som har denne problematikken, er forskjellige og har dermed forskjellige behov. Noe av kritikken mot evidensbaserte modeller er ifølge Bunkholdt og Sandbæk (2008) blant annet at det legges for mye vekt på struktur og på en ferdig utarbeidet manualbeskrivelse. Det kan bidra til å svekke evnen til å ta utgangspunkt i den enkelte familie. Angel (2003) poengterer at det er fare for at metodene fører med seg et reduksjonistisk menneskesyn, der mennesket står i fare for å bli sett på som et objekt med målbare kjennetegn som kan generaliseres. Det hadde vært interessant å forske videre på hvilke tiltak som fungerer for familier med foreldre med alvorlig psykisk sykdom uavhengig av om de er evidensbaserte eller ikke.

For øvrig mener jeg at barns rettigheter ikke blir tilstrekkelig ivaretatt gjennom det offentlige hjelpeapparatet, dette til tross for at barnevernets hovedoppgave er å hjelpe barn. Hvis barnevernloven blir en rettighetslov, slik at barns rettigheter faktisk blir lovfestet, bør man gjennom ny forskning se nærmere på hvordan en politisk endring som dette kan påvirke det arbeidet som utføres i barnevernet.

Litteraturliste

- Aalbæk T. og Glistrup, S. (1997). *Børn af psykisk syge forældre – en undersøgelse af relationen mellom psykisk syge forældre og deres børns psykosociale utvikling*. Aarhus: Psykologisk Studieskriftserie; vol. 1, No. 1. Aarhus Universitetet.
- Aamodt, L. G. og Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.
- Ainsworth, M. D.S Bell, S.M. og D.J Stayton (1991). *Infant-mother attachment and social developement: "Socialisation" as a product of reciprocal responsiveness to signals*. I: Woodhead, M., Carr, R. og P Light (red.) *Becoming a person*. Routledge, London.
- Angel, B. Ø. (2003): *Evidensbaserte programmer – kunnskapsformer og menneskesyn i sosialt arbeid I*: Nordisk Sosialt Arbeid, vol. 23, 02/2003.
- Aubert, V. (1985) *Det skjulte samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Backe-Hansen, E.(2009): *Hva innebærer et kunnskapsbasert barnevern*. I: Fontene Forskning nr 2, side 4–16.
- Backe-Hansen, E. og Havik, T. (red) (1997): *Barnevern på barns premisser*. Oslo: Ad notam Gyldendal AS.
- Banks, P., Cogan, N., Deeley, S., Hill, M., Riddell, S., og Tisdall, K. (2001). *Seeing the invisible children and young people affected by disability*. *Disability og Society*, 16, 797–814.
- Barne- og Likestillingsdepartementet (udatert). *Barnevernlovutvalget*. Hentet 14.juli 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dep/bld/org/styrer-rad-og-utvalg/eksisterende/barnevernlovutvalget/id2359302/>
- Barne- og Likestillingsdepartementet og Barne-, ungdoms og familiedirektoratet: *Et kunnskapsbasert barnevern – Strategi for FoU-arbeidet i Barne- og Likestillingsdepartementet og Barne- Ungdoms og familiedirektoratet 2009–2012*.
- Barne- og Likestillingsdepartementet og Kunnskapsdepartementet (2009). *Til barnets beste-samarbeid mellom barnehagen og barneverntjenesten – en veileder*. Veileder Q-1162 B.

- Barne- ungdom- og familiedirektoratet (2013) *Om Bufetat*. Hentet 26. april 2016 fra <http://www.bufetat.no/om/>
- Barneombudet (2015). *Innspill til barnevernlovutvalget*. Hentet 14. juli 2016 fra <http://barneombudet.no/wp-content/uploads/2015/08/Innspill-til-barnevernlovutvalget.pdf>
- Barnett, B. og Parker, G. (1998). The parentified child: Early competence or childhood deprivation? *Child Psychology og Psychiatry Review*, 3, 146–155.
- Barnevernloven. *Lov 17. Juli 1992 om barneverntjeneste*. Hentet 15. August 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100>
- Barnevernloven med forskrifter: lov av 17. juli 1992 nr. 100 om barneverntjenester: sist endret ved lov 22 juni 2012 nr. 34, Bergen, Fagbokforlaget.
- Beardslee, W. R., Versage, E. M., Gladstone, T.R. *Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years*. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1998; 37: 1134 – 41.
- Becker S. (2007). *Global Perspectives on Children's Unpaid Caregiving in the Family*. Research and Policy on “Young Carers” in the UK, Australia, the USA and Sub-Saharan Africa. *Global Social Policy*. vol. 7(1).
- Berg-Nilsen, T.S, Vikan, A og A.A. Dahl. (2002) Parenting Related to Child and Parental Pcyhopathology: A Descriptive Review of the Litterature. I: *Clinical Child Psychology and Psychiatry*. 7,529-552. SAGE Publications, London.
- Bergum Hansen, M. og Jacobsen, H. (2008) *Sped- og småbarn i risiko- en kunnskapsstatus*. Regionsenteret for barn og unges psykiske helse. Helseregion øst og Sør.
- Blackford, K. A. (1999). A child's growing up with a parent who has multiple sclerosis: Theories and experiences. *Disability og Society*, 14, 673–685.
- Borge, A. I. H. 2003. *Resiliens – Risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Bowlby, J. (1969): *Attachment and loss, Bind 1. Attachment*. Harmondsworth: Penguin.
- Brandt, A. E og Grenvik, T. H. (2010) *Med barnet i sentrum. Nye muligheter for spedbarn og småbarn av rusmiddelavhengige og psykisk syke foreldre*. Otta: Kommuneforlaget.
- Bunkholdt, V. og Kvaran, I. (2015). *Kunnskap og kompetanse i barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Bunkholdt, V. og Sandbæk, M. (2008). *Praktisk barnevernsarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Bunkholdt, V. og Larsen, E. (1995): Et faglig og metodisk barnevernsarbeid – hva kan det være? I: Bunkholdt, V. og Larsen, E.: *Metodisk barnevernsarbeid, fokus på forståelse, sammenhenger og tiltak*. Oslo: TANO.
- Burkekin, B (1993): *Human Rights and Mental Illness. The report of the National Inquiry into the Human Rights of People with Mental Illness*. AGPS. Canberra.
- Byng-Hall, J. (2002). *Relieving parentified children's burdens in families with insecure attachment patterns*. *Family Process*, 41, 375–389.
- Bøckmann, K. og Kjellevold, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten – en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Chase, N. D. (1999). *Burdened children. Theory, research, and treatment of parentification*. Thousand Oaks: Sage Publications.
- Christiansen, Ø. (2015). *Hjelpetiltak i barnevernet – en kunnskapsstatus*. Bergen: Uni Research, Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Vest).
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalgard, O. S., m.fl. (1995). *Sosialt nettverk, helse og samfunn*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving for studenter*. (5. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Drulgli, M. B. (2008). *Barn som vekker bekymring*. Oslo: Cappelen akademisk forlag
- Eide, B. og Winger, N. (2003). *Fra barns synsvinkel: intervju med barn – metodiske og etiske refleksjoner*. Oslo: Cappelen Akademisk.
- Evidens. (2009). I Store norske leksikon. Hentet 18. april 2016 fra <https://snl.no/evidens>.
- Falck, S. (2006). *Hva er det med familieråd?* Samlerapport fra prosjektet: "Nasjonal satsing for utprøving og evaluering av familieråd i Norge" NOVA-rapport 18/06

- FN-Sambandet (1989) *FNs konvensjon om barnets rettigheter (barnekonvensjonen)*. Hentet 21. juni 2016 fra <http://www.fn.no/FN-informasjon/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>
- FN-Sambandet (2016) *Barns rettigheter*. Hentet 14. juli 2016 fra <http://www.fn.no/Tema/Menneskerettigheter/Fordypning/Barns-rettigheter>
- Fosse, R (2009) Ingen gener for psykiske lidelser. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 46. nummer 6, 2009. s. 596–600.
- Frønes, I. (2010). Kunnskapssamfunn, sosialisering og sårbarhet. I: E. Befring, I. Frønes og A.M. Sørli (red.) *Sårbare unge. Nye perspektiver og tilnærminger*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Førland, W. (1994). *Psykiske lidelser – omsorgsevne hos voksne, konsekvenser for barna*. Sosialpsykiatri – Fokus på barn. NOPUS-rapport nr. 3.
- Gjerustad, C., Grønningsæter, A., Kvinge, T., Mossige, S. og Vindegg, J. (2006). *Bare fantasien setter grenser? Om kommunens bruk av hjelpetiltak i hjemmet*. Fafo-rapport 545. Oslo: Fafo.
- Glistrup, K. 2004. *Det barn ikke vet ... har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk forum.
- Goodman, S. og I. Gotlib (2002). Transmission of Risks to Children of Depressed Parents: Integrations and Conclusions. I Goodman, S. og Gotlieb, I.(red) *Children of Depressed Parents*. American Psychological Association. Washington. DC.
- Granath, G., Granath, K. (1995). *Osynliga barn. Om vuxenpsykiatriens arbete med psykisk störda föräldrar och deras barn*. Sköndalsinstitutet
- Grøsfjeld, M-B. (2004). Pasienters barn – psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper. I: *Tidsskrift for norsk psykologforening*, 41, 900–906.
- Helgesen, L. A. (2013) *Menneskets dimensjoner*. Lærebok i psykologi. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Hellevik, O. (1999) *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforlaget. 6.utg.

- Helse Norge (2013) *Når barn blir pårørende*. Hentet 15. januar 2016 fra <https://helsenorge.no/psykisk-helse/barn-og-unges-psykiske-helse/nar-barn-blir-parorende>
- Helsedirektoratet (2010). Rundskriv 15-5/2010 *Barn som pårørende*.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell*. Hentet 18. april 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64>
- Holm, P., Møller, B., Perlt, B. (1999) Birger (red.). *Når mor eller far er psykisk syk 2. En artikkelsamling*. Sosialt Udviklingscenter – SUS København. 150 sider.
- Jacobsen, I. J. (2005). *Hvordan gjennomføre undersøkelser? Innføring i samfunnsvitenskapelig metode*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Jurkovic, G. J. (1997). *Lost childhoods. The plight of the parentified child*. New York: Brunner/Mazel Publishers.
- Kallander, E. K., Brodal, L., Kibsgård, H. *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007–2010, Rapport IS-2011*. Helsedirektoratet.
- Killén, K. (2000) *Barndommen varer i generasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2009) *Sveket, 1. Barn i risiko- og omsorgssviktsituasjoner*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Killén, K. (2012). *Forebyggende arbeid i barnehagen*, Oslo: Kommuneforlaget.
- Kinge, E. (2009) *Hvor er hjelpen når den trengs? Om relasjonskompetanse. Om foreldresamarbeid*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Knutsson-Medin, L og Trost A. (1997): *Handlingsprogram når pasienter i vuxenpsykiatrisk vård har barn*. Akademiska sjukhuset, Psykiatriska kliniken, Norra sektorn.
- Kvale, S. og Brinkmann, S. 2. utgave (2009): *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Kvaran, I. og Holm, J. (2012). *Barnevernsfaglig miljøterapi*. Oslo: Cappelen Damm Høyskoleforlaget.

- Kvaran, I. (2009) *Barnevernets oppgaver*. Hentet 18. juni 2016 fra <http://www.forebygging.no/Kronikker/2010-2008/Barnevernets-oppgaver-og-utfordringer/>
- Kvello, Ø. (red) (2012). *Oppvekstmiljø og sosialisering*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Kvello, Ø. (2015). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lancaster, S. (1999): Being there. How parental mental illness can effect children. I Cowling, V. (red.): *Children of parents with mental illness*. Camberwell, Melbourne.
- Lichtwarck, W. og Clifford, G. (red) (2010): *Modernisering i barnevernet. Ideologi, kontekst og kompetanse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Lilleeng, S. m. fl. (2009) *Polikliniske pasienter i psykisk helsevern for voksne 2008*. SINTEF Rapport 3/09. Trondheim: SINTEF.
- Malt, Ulrik. (2015). *Psykiske Lidelser*. I Store medisinske leksikon. Hentet 26.oktober 2015 fra https://sml.snl.no/psykiske_lidelser
- Marthinsen, E. (2004): "Evidensbasert" – praksis og ideologi. I: *Nordisk sosialt arbeid, Nr. 4, vol 24*.
- Masten, A. S. 2007. *Multilevel dynamics in developmental psychopathology: pathways to the future*, Hillsdale, N.J., Erlbaum.
- Mathiesen, K.S. og E. Karevold (2007). *Toppstudien. Rapport nr. 7*. Oslo: Helsedirektoratet.
- Melberg, H. O. (2002): Hvor gode er evidensene for evidensbasert metode? Randomiserte forsøk og observasjonsstudier. *Nordisk Alkohol & og Narkotikatidsskrift*. Vol. 19. s. 59-64.
- Mevik, K. og B.E. Trymbo (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilssen, V. (2012) *Analyse i kvalitative studier Den skrivende forskeren*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Nordahl, Gravrok, Knudsmoen, Larsen og Rørnes. (2005). *Risiko- og beskyttelsesfaktorer*. Hentet 27. februar 2015 fra: <http://tidligintervensjon.no/Risiko-og-beskyttelsesfaktorer/Veileder/Risiko-og-beskyttelsesfaktorer/>

- NOU 2009:8. *Kompetanseutvikling i barnevernet – kvalifisering til arbeid i barnevernet gjennom praksisnær og forskningsbasert utdanning*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOU 2016:16. *Ny barnevernslov – Sikring av barnets rett til omsorg og beskyttelse*. Oslo: Barne- og likestillingsdepartementet.
- NOVA (2014). *Ungdata. Nasjonale resultater 2013*. NOVA-apport 10/14. Oslo: NOVA.
- Nøra, S. (2013). *Barnevernet sliter med å snakke med barna*. Hentet 20. mars 2016 fra <http://forskning.no/barn-og-ungdom-menneskerettigheter/2013/07/barnevernet-sliter-med-snakke-med-barna>
- Offord, D og K. J. Bennet. 2002. *Preventions*. I: Rutter, M og E. Taylor. *Child and Adolescent Psychiatry*. 4 ed. Blackwell Publishing.
- Ofstad, K., Skar, R. (2004): *Barnevernloven med kommentarer*. (4. utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Regjeringen (2013). *Tildelingsbrev til Bufdir*. Hentet 12. januar 2016 fra https://www.regjeringen.no/globalassets/upload/bld/tildelingsbrev/tildelingsbrev2013/tildelingsbrev_til_barne-_ungdoms-_og_familiedirektoratet_2013.pdf
- Regjeringen (udatert). *Prop. 106L (2012–2013) Endringer i barnevernloven. Vedlegg, tabell 1.3*. Hentet 28. juni 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/prop-106-l-20122013/id720934/sec7>
- Regjeringen (udatert). *Hjelpetiltak er frivillige*. Hentet 16. juni 2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumentarkiv/Regjeringen-Stoltenberg-I/andre-dokumenter/bld/2000/retningslinjer-om-hjelpetiltak-jf-barnev/4/id279011/>
- Regjeringen (udatert). *Opptappingsplanen for psykisk helse 1999–2008*. Sist oppdatert: 26.05.2009. Hentet 02. februar 2015 fra <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/opptappingsplanen-for-psykisk-helse-199/id274864/>
- Reupert, A. E., og Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *The Medical journal of Australia*, 199(3 Suppl.), s. 7-9.

- Rutter, M., og Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effects on children. *Psychological Medicine*, 14, 853–880.
- Rutter, M. (1990). Commentary: *Some Focus and Process Considerations Regarding Effects of Parental Depression on Children*. *Developmental Psychology*, Vol. 26, No. 1: 60–67.
- Rutter, M. 2000. Resilience Reconsidered: Conceptual Considerations, Empirical Findings, and Policy Implications. I: Shonkoff, J. P. og S. J. Meisels (red): *Handbook of early childhood intervention*. 2. ed. Cambridge: Cambridge University Press.
- Ruud, T., Birkeland, B., Faugli, A., Hagen, K. A., Hellman, A., Hilsen, M., ... Weimand, B. M. *Barn som pårørende. Resultater fra en multisenterstudie*. Rapport, Akershus universitetssykehus HF, Lørenskog, 2015. Hentet 24. januar 2016 fra <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf>
- Rød, P. A. (2005). Tiltaksplaner – systematisk arbeid med oppfølging av hjelpetiltak. I: Schjelpdrup, L., Omre, C. og Marthinsen, E. (red.). *Nye metoder i moderne barnevern*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Romedal, S. og BarnsBeste i samarbeid med arbeidsgruppen SSHF: Walnum, E., Lona, A., Mathisen, B. S., Pettersen, S., Reinhardsen, S. J., Nygård, S., Skarli, M. (2014)
- Silverman, David (2006) *Interpreting qualitative data*. SAGE Publications Ltd: Oxford.
- Skerfving, A. (1996). *Barn till psykisk störda föräldrar – sårbarhet, risker och skyddande faktorer. En kunnskapssammanställning*. FoU-enheten/psykiatri. Västre Stockholms Sjukvårdsområde.
- Skerfving, A. (2005). *Att synliggjörade osynliga barnen: Om barn til psykisk sjuka föräldrar*. Stockholm: Forlagshuset Gothia.
- Solantaus, T., Paavonen, E. J., Toikka, S., og Punamäki, R. L. (2010). *Preventive interventions in families with parental depression: children's psychosocial symptoms and prosocial behaviour*. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 1-10. doi:10.1007/s00787-010-0135-3
- Solheim, I.J. (1995): *Kvar vart det av barna?* Social Work Reports 16. Universitetet i Trondheim.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2007). *Veileder i psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- Statistisk sentralbyrå (2014). *Barnevernsstatistikken*. Hentet 05. August 2016 fra <https://www.ssb.no/barneverng/>
- Spesialisthelsetjenesteloven (1999). *Lov 2. Juli 1999 om spesialisthelsetjenesten*. Hentet 20. juni 2016 fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61>
- Stamatopoulos, V. (2015) *One milion and counting: the hidden army of young careers in Canada*. Puplished online: 02 Jan 2015 Journal of Youth studies. DOI: 10.1080/13676261.2014.992329
- Stang, E. G. (2007). *Det er barnets sak. Barnets rettsstilling i sak om hjelpetiltak etter barnevernloven § 4-4*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Storhaug, A, S: *Barnevernets forståelse av farskap*, doktoravhandling, NTNU 2015.
- Sundfær, Aa. (2009). *Voksenliv i lys av foreldrenes rusmisbruk. Femte studie av barna til 31 kvinner med rusproblemer i svangerskapet*. Monografiserien, rapport nr. 29. Oslo: Oslo Universitetssykehus, UIO.
- Sundfær, Aa. (2012). *God dag, jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Thomassen, M. (2006) *Vitenskap, kunnskap og praksis: Innføring i vitenskapsfilosofi for helse- og sosialfag*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Tjora, A. (2012) *Kvalitative forskningsmetoder i praksis*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Torvik, F., Rognmo, K. (2011): *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Nasjonalt folkehelseinstitutt, rapport 2011:4.
- Van Der Kolk, B.A. (2009) Developmental trauma disorder. Towards a rational diagnosis for chronically traumatized children. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie* 58 (8): 572-586.
- Van Ijzendoorn, M. H., Schuengel, C. og Bakermans-Kranenburg, M. J. (1999). *Disorganized attachment in early childhood: Meta-analysis of precursors, concomitants, and sequelae*. *Development and psychopathology*, 11, 225–249.

- Vik, K. (2001). *Psykisk sykdom hos foreldre – hva med barna? Nr. 29 – 30. november 2001. Tidsskrift Norsk Lægeforening 2001; 121:3437. Hentet 09.mai 2016 fra <http://tidsskriftet.no/article/456576/>*
- Vik, S. (2009) *Familieråd*. Barne- ungdoms- og familiedirektoratet.
- Waaktaar, T. og H. J. Christie. 2000. *Styrk sterke sider – håndbok i resilience grupper for barn med psykososiale belastninger*. Oslo: Kommuneforlaget AS.
- Wang, A.R. og V.V. Goldschmidt (1994): Interviews of psychiatric inpatients about their family situation and young children. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 94: 459–465.
- Widerberg, K. (2001). *Historien om et kvalitativt forskningsprosjekt*. Oslo, Universitetsforlaget.
- Winton, C. A. (2003). *Children as caregivers. Parental & parentified children*. Boston: Pearson Education.

Vedlegg 1

FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT/ SAMTYKKEERKLÆRING

Hei!

Mitt navn er Ane Silje Arntzberg Eger, jeg studerer master i sosialt arbeid ved Universitetet i Nordland. Jeg holder nå på å skrive en masteroppgave og i den sammenheng ønsker jeg å invitere til å delta i forskningsprosjektet mitt.

Temaet for oppgaven er ivaretagelse av barn med psykisk syke foreldre i barnevernet og formålet med studien er å kartlegge hvilke tiltak som iverksettes overfor barn innenfor barnevernet som har foreldre med alvorlig psykisk sykdom. For å besvare mitt forskningsspørsmål, søker jeg etter å intervju 4-5 ansatte ved den kommunale barnevernstjenesten.

Det er frivillig å delta, og informanten har mulighet til å trekke seg når som helst underveis, uten å måtte begrunne avgjørelsen nærmere. Dersom informanten trekker seg, vil alle innsamlende data fra vedkommende bli slettet. Opplysningene som hentes vil bli behandlet konfidensielt, noe som innebærer at det ikke vil være mulig å gjenkjenne enkeltpersoner i det ferdige produktet. Alle opplysninger anonymiseres og notatene/lydopptakene vil bli slettet/makulert når oppgaven slutføres innen 18. mai 2016. Å delta i denne studien vil innebære å bli intervjuet av meg og intervjuet vil ta ca en time. Vi blir sammen enige om tid og sted for intervjuet. For å forhindre at verdifull informasjon går tapt under intervjuet kommer jeg til å ta et lydopptak. Det er også en mulighet å svare på spørsmålene via e-post.

Hvis det skulle være noe du lurer på, kan du ta kontakt via e-post: aneols1@hotmail.com eller telefon 93202240.

Jeg håper dere finner dette interessant og ønsker å delta.

Veilederen min ved Universitetet i Nordland er Kate Mevik.

Med vennlig hilsen

Ane Eger

Jeg har mottatt muntlig og skriftlig informasjon og vet hva det innebærer å delta i dette forskningsprosjektet. Jeg gir med dette samtykke til å bli intervjuet, og til at intervjuet blir dokumentert elektronisk.

.....

Dato/ Underskrift

Vedlegg 2

SAMTYKKEERKLÆRING

Jeg har lest og forstått hva det innebærer å delta i dette forskningsprosjektet. Jeg gir med dette samtykke til å bli intervjuet, og til at intervjuet blir dokumentert elektronisk.

.....

Dato/ Underskrift

.....

Dato/ Underskrift

Vedlegg 3

Intervjuguide

Innledende spørsmål:

1. Hvilken utdanning har du?
2. Hvor lenge har du jobbet i barnevernet?

Hovedspørsmål:

3. Hvilke tiltak iverksettes oftest for barn i barnevernet?
4. Har du noen tanker eller erfaringer på om det er forskjell på hvilke tiltak som iverksettes overfor barn i ulike livssituasjoner?

Gi eksempler

5. Ser dere noen klar forskjell på barn av psykisk syke foreldre og andre barn i barnevernet? Er det noe som er felles for barn av psykisk syke som ikke gjelder andre barn?

Hvilke forskjeller/hva er felles?

6. Hvordan ivaretar dere barns rettigheter om å bli hørt og få informasjon?

Utdyp

7. Hvordan møter dere barn med psykisk syke foreldre?
Finnes det noe struktur eller regler? På hvilke måte? Hvordan kvalitetssikres det?
8. Hvordan blir det oppdaget at barnet lever med psykisk syke foreldre?
9. Hvordan klarer dere å se helheten rundt barn med psykisk syke foreldre?

Avsluttende spørsmål:

10. Kjenner du til forskning på hvilke tiltak som iverksettes overfor barn som har psykisk syke foreldre?
11. Er det noe annet enn det jeg har spurt om som du ønsker å føye til? Enten egne erfaringer eller tanker du har gjort deg opp om denne tematikken?