

**Tidlig intervensering for å forhindre
omsorgssvikt der barn har psykisk syke
foreldre**

Bacheloroppgave i Sosialt Arbeid

Kandidatnummer:

13

19

32

Våren 2008

INNHOLDSFORTEGNELSE

| | |
|--|----|
| 1. INNLEDNING..... | 1 |
| 2. TEORI..... | 3 |
| 2.1 Innledning..... | 3 |
| 2.2 Omsorgssvikt..... | 3 |
| 2.3 Psykisk helse..... | 5 |
| 2.4 Forebyggende arbeid..... | 7 |
| 2.5 Tverrfaglig samarbeid..... | 10 |
| 3. METODE..... | 12 |
| 3.1 Innledning..... | 12 |
| 3.2 Valg av metode..... | 12 |
| 3.3 Utvelgelse av informanter..... | 13 |
| 3.4 Utforming av intervjuguiden..... | 15 |
| 3.5 Forberedelse og gjennomføring av intervjuet..... | 15 |
| 3.6 Bearbeidelse av data..... | 16 |
| 3.7 Reliabilitet og validitet vs. troverdighet og bekreftbarhet..... | 17 |
| 3.8 Forskningsetikk..... | 19 |
| 3.9 Metodekritikk og refleksjoner..... | 20 |
| 4. ANALYSE OG FORTOLKNING..... | 21 |
| 4.1 Innledning..... | 21 |
| 4.2 Informasjon om informantene..... | 21 |
| 4.3 Drøfting av empiri..... | 22 |
| 4.3.1 Omsorgssvikt..... | 22 |
| Blir barn med psykisk syke foreldre lagt merke til?..... | 22 |
| 4.3.2 Psykisk sykdom..... | 23 |
| Hvordan påvirker foreldrenes psykiske sykdom barna?..... | 23 |
| 4.3.3 Forebyggende arbeid..... | 25 |
| Hvilke forebyggende tiltak iverksettes?..... | 26 |
| 4.3.4 Tverrfaglig samarbeid..... | 27 |

| | |
|---|----|
| Hvordan få fagfolk til å bli flinkere til å melde sin bekymring?..... | 28 |
| 5. OPPSUMMERING..... | 30 |
| LITTERATURLISTE..... | 32 |
| VEDLEGG | |

1. INNLEDNING

Før vi startet å skrive denne oppgaven hadde vi en formening om at barn med psykisk syke foreldre ikke blir sett og lagt merke til. Dette gjelder spesielt der foreldrene er i kontakt med hjelpeapparatet og under behandling. Kvello (2007) viser til undersøkelser som bekrefter at terapeuter i voksenpsykiatrien sjelden innhenter opplysninger om pasientenes barn og hvordan de har det. Dette, og en forestilling om at psykisk sykdom er tabubelagt, var bakgrunn for vårt valg av tema i oppgaven. Det at vi har en oppfatning om at dette er et tabubelagt tema kommer av at man hører lite snakk om det, og vårt inntrykk av at folk generelt har en misforstått oppfatning av hva psykisk sykdom innebærer. Det er lett å tenke "gale" mennesker når det er snakk om begrepene psykisk sykdom, psykiatrisk sykehus etc. Vi tenker dette kan ha sin bakgrunn i at det ikke er nok kunnskap om psykisk sykdom blant folk flest. Vi ville finne ut hvordan fagfolk oppdager barn som lider på grunn av sine psykisk syke foreldre, og hva man kan gjøre for å forhindre at dette skjer. Vi ser for oss at tidlig intervensjon forhindrer situasjoner som kan føre til omsorgssvikt, noe som problemstillingen vår stiller spørsmål ved. Dette temaet fanget vår interesse da vi var utplassert i praksis og fra annen relevant arbeidserfaring. Alle tre har erfaring fra praksisplass som vektlegger og bruker mye ressurser på tidlig intervensjon. Vi begrenset temaet til å omhandle barn med psykisk syke foreldre, da det ellers hadde blitt for omfattende for denne oppgaven. Grunnen til at vi valgte å avgrense temaet til akkurat dette, er at vi synes psykiatri er et spennende felt. Alle har en psykisk helse og hvem som helst kan få psykiske problemer. Dette gjør det interessant da utfallet av en psykisk sykdom kan få store konsekvenser for eget og andres liv, spesielt for egne barn. Ut fra dette formulerte vi vår problemstilling:

"Hvordan kan tidlig intervensjon forhindre omsorgssvikt der foreldre er psykisk syk?"

Med tidlig intervensjon mener vi å oppdage tilløp til problemer og komme inn med tiltak for å avverge at problemene blir alvorlig.

I dagens samfunn er det mange barn og unge som vokser opp med en eller to omsorgspersoner med psykisk sykdom. Dette øker risikoen for at barn selv utvikler psykiske problemer, men vil nødvendigvis ikke medføre omsorgssvikt eller mishandling av barn og

unge (Kvelling 2007). Det er alvorlig grad av psykisk sykdom hos foreldre som er knyttet til dette. Personens innsikt i sine vansker blir mindre jo mer alvorlig de psykiske problemene er. De møter ofte barna med ignorering, redsel, sinne eller avvisning. Observasjoner viser at foreldre med psykisk sykdom i samspill med sine barn, ofte er negative, lite responderende, hindrer dem fra å være bekreftende og har vanskelig for å sette sine barns behov foran egne behov. Dårlige omsorgsferdigheter hos foreldre påvirker små barn mer enn barn i tenårene, da de er mer formbare (Kvelling 2007). Vi har derfor valgt å konsentrere oss om og sette fokus på yngre barn, da tidlig intervensjon handler om å oppdage og løse problemer på et tidlig stadium. Mange foreldre med moderate og alvorlige psykiske problemer har ofte lav emosjonsregulering og svakt utviklet empati. De viser lav bevissthetsgrad om egne og andres emosjoner, har vansker for å tolke egne og andres følelser, noe som vil påvirke deres omsorgsevne (Kvelling 2007).

I de neste kapitlene tar vi for oss teori, metode, presentasjon og drøfting av forskningsmaterialet, før vi avslutter med en oppsummering. Kapittel 2 består av en teoridel der vi har tatt for oss fire ulike temaer som vi ser som viktig for å belyse vår problemstilling. Temaene teorien presenterer er omsorgssvikt, psykisk sykdom, forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid. I kapittel 3 gjør vi rede for hvilken metode vi har brukt og gangen i undersøkelsen. Resultatet av undersøkelsen blir presentert i kapittel 4, der vi ser forskningsmaterialet i lys av teorien og setter det opp mot problemstillingen. I kapittel 5 oppsummerer vi hovedtrekkene i funnene våre og redegjør for svar på problemstillingen.

2. TEORI

2.1 Innledning

Vi vil i denne delen redegjøre for de teorier vi mener er viktig for å belyse vår problemstilling på best mulig måte. Det er viktig å vite hva som ligger i begrepene omsorgssvikt, psykiske helse, forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid.

2.2 Omsorgssvikt

Det finnes ingen universell definisjon av omsorgssvikt. Definerings av omsorgssvikt vil variere med den tid eller den kultur man lever i eller den etnisitet man tilhører, samt barnets forutsetninger. Norges offentlige utredninger (NOU 1982:26) "Barnemishandling og omsorgssvikt" definerer omsorgssvikt som *"det å forsømme og dekke et barns behov i en slik grad at det utsettes for fysisk eller psykologisk skade eller fare"*. Vi kan gradere omsorg fra nær optimal omsorg til omfattende omsorgssvikt og mishandling. Det er tydelig usikkerhet omkring hvor grensen mellom god nok omsorg versus utilstrekkelig omsorg skal trekkes, men enighet om hva som inngår i ekstrem omsorgssvikt og mishandling (Kvelling 2007).

Omsorgssvikt dreier seg om lidelser, mangler og savn hos forsvarsløse barn. Det handler også om nederlag, å komme til kort, frustrasjon og håpløshet hos de voksne i foreldrerollen. Med omsorgssvikt forstår vi at foreldre eller de som har omsorgen for barnet påfører det fysisk eller psykisk skade eller forsømmer det så alvorlig at barnets fysiske og/eller psykiske helse og utvikling er i fare (Killèn 1994). Det skjer i et samspill der foreldre ikke er i stand til å engasjere seg positivt i barnet. De er for opptatt av seg selv, sine egne problemer og behov. De registrerer og besvarer få av barnets signaler og viser lite empati. Barnet får lite stimuli og gir etter hvert dårlig tilbakemelding til foreldrene, og kan vise et tilsvarende tilbaketrukket og passivt aktivitetsnivå. Dette reduserer igjen ytterligere stimulering fra foreldrene, og den gjensidige passivitet blir dermed vedlikeholdt (Killèn 2007).

Omsorgssvikt deles inn i ulike grader fra alvorlig til livstruende skader. Alvorlighetsgraden gir seg uttrykk i barnets utvikling og ikke-organiske årsaker til at barnet ikke legger på seg og utvikles dårlig. Både alvorlighetsgrad og konsekvenser avhenger av barnets forutsetninger. Det tas derfor ikke utgangspunkt i barnets alder (Kvelling 2007). Det finnes fire former for

omsorgssvikt. Barn som utsettes for fysiske overgrep, barn som vanskjøttes, barn som utsettes for psykiske overgrep og barn som utsettes for seksuelle overgrep. Et fysisk overgrep medfører ofte en psykisk belastning. Derfor blir barn i omsorgssviktsituasjoner ofte utsatt for flere enn en av disse formene for overgrep (Killèn 1994).

Det er vanskelig å skille omsorgssvikt fra mishandling, og konsekvensene det har for barnet. Vanskelige perioder i livet gjør at foreldre kan streve med å sikre gode relasjoner til og utviklingsbetingelser for barna. Hos familier som preges av omsorgssvikt og mishandling skjer dette over lang tid, gjerne over flere år. Omsorgssvikt og mishandling forekommer i mange alvorlighetsgrader, variasjoner og kombinasjoner. Det er derfor vanskelig å vite nøyaktig hvordan barna vil utvikle seg, og om skadene vil være omfattende eller ikke (Kvelling 2007). Omsorgssvikt kan være av kortere eller lengre varighet. Det kan være situasjonsbetinget eller kronisk. Omsorgssvikt handler om mangel på erkjennelse av og respekt for barns behov, om avvising og likegyldighet. Det kan også dreie seg om foreldrenes manglende evne til å engasjere seg positivt i barna, deres manglende evne til å prioritere barns grunnleggende behov framfor egne, og om et sterkt og irrasjonelt engasjement i barna. Forskning viser at umodenhet, psykiske problemer, psykose og psykisk utviklingshemming hos foreldrene påvirker foreldrefunksjoner negativt og vil være risikofaktorer for deres barn (Killèn 1994).

Psykiske problemer, som vi vektlegger i denne oppgaven, vil opptre med ulik alvorlighetsgrad. Fra situasjonsbetingede psykiske problemer som viser seg i kriser og sårbare perioder til meget alvorlige psykiske problemer der foreldre fungerer dårlig i de fleste roller. Desto mer alvorlig den psykiske tilstanden er, desto mer forstyrres foreldrenes funksjonsevne (Killèn 1994). Mange barn og unge vokser opp med en eller to omsorgspersoner som er psykisk syke. Selv om det foreligger en risiko er ikke dette synonymt med mishandling eller omsorgssvikt av barna. Risikoen øker med alvorlighetsgraden på den psykiske sykdommen, og det er en sammenheng mellom moderat og alvorlig psykisk sykdom og vansker med å gi tilstrekkelig god nok omsorg for barna (Kvelling 2007). Prognosen for utviklingsmuligheter avhenger av i hvor stor grad foreldrene preges av umodenhet, samt måten foreldrene forholder seg til sine psykiske problemer på. Om barnet brukes av foreldrene i deres forøk på å løse sine psykiske problemer kan psykiske problemer bidra sterkt til omsorgssvikt (Killèn 1994). Lettere grad av og situasjonsbetinget psykisk sykdom hos foreldrene vil øke risikoen for at barna selv utvikler psykiske lidelser, men er ikke synonymt med for dårlig omsorg eller mishandling av barn og unge. Her vil prognosen være god. Ofte velger vi en samlivspartner vi

kjenner oss igjen i, og psykisk syke foreldre som velger samlivspartner med samme psykososiale belastningsgrad vil være en ytterligere risikofaktor for barna da det ikke er en frisk forelder som kan kompensere for den sykes vansker (Kvelling 2007). Psykisk sykdom hos foreldre har konsekvenser for omsorg når omsorgspersonenes egne problemer og ubearbejdede opplevelser vanskeliggjør realistiske vurderinger, hindrer dem fra å være bekræftende, emosjonelt nær, ha overskudd til å stimulere barnet, planlegge og holde seg til planene. Barnet kan i slike tilfeller bli møtt med ignorering, redsel, sinne eller avvisning. Foreldrene er ofte negativistiske, lite responderende og lite hensiktsmessige i samspill med barna i dekning av deres behov. Når man skal vurdere barns oppvekstvilkår i slike situasjoner er det viktig å kartlegge den psykiske sykdommens alvorlighet, foreldrenes oppdragerstil og deres evne til å være en del av det ordinære samfunnslivet (Kvelling 2007).

Forskning viser at det i omsorgssviktsituasjoner er en form for psykiske problemer som vi møter hyppigere. Det gjelder foreldre som karakteriseres som "depressive". Barna representerer ofte et overveldende krav for disse foreldrene, og foreldrene kan reagere med å utsette barna for psykiske eller fysiske overgrep etter å ha strekt seg langt (Killèn 1994). Gjennom analyser viser det seg at terapeuter i voksenpsykiatrien sjelden innhenter opplysninger om barna til sine pasienter, og rutiner for å sjekke hvordan barn av psykisk syke har det, er enten fraværende eller følges ikke (Kvelling 2007).

2.3 Psykisk helse

En psykisk lidelse foreligger når tilstanden/sykdommen tilfredsstiller kriteriene i det internasjonale diagnosesystemet, ICD-10. De psykiatriske diagnosene er en ren beskrivende klassifikasjon basert på symptomer (Weisæth og Dalgard 11:2003).

Psykiske lidelser og tilstander som betegnes som psykiske problemer er begrep som ofte blandes og flyter i hverandre. Psykiske problemer øker risikoen for å utvikle en psykisk lidelse, og det er derfor viktig å iverksette tidlig intervensjon for å unngå eller begrense en slik utvikling. Diagnoser er vanskelig å avgrense og enkelte psykiske problemer kan medføre større utfordringer i hverdagen enn en psykisk lidelse kan gjøre (Weisæth og Dalgard 2003).

Psykiatriske symptomer utvikles i et komplekst samspill mellom arv og miljøfaktorer, og sykdom kan oppstå i sårbare situasjoner ved at man ikke takler og mestrer stress. Risikofaktorer for å utvikle psykisk sykdom er knyttet til arv, påvirkning i fosterlivet, uheldige forhold i oppvekstmiljøet eller stressbelastninger senere i livet. Sårbarheten kan komme til uttrykk først senere i livet og da gjerne i forbindelse med nye stresspåkjenninger (Weisæth og Dalgard 2003). Arvelige anlegg, tidlige uheldige miljøpåvirkninger eller psykiske traumer påvirker hvordan man takler nye og vanskelige situasjoner livet kan bringe med seg. Det er ofte de miljømessige og sosiale forhold som avgjør om en tilstand vil komme til uttrykk hos et biologisk sårbart individ. Risikofaktorer bidrar altså med en viss sannsynlighet til utvikling av psykisk sykdom, men det er ytre faktorer som psykososiale forhold i form av stressbelastninger som skaper en aktuell stresstilstand hos den som har psykiske plager. Om man har forutsetning for å mobilisere egne ressurser eller ressurser i nærmiljøet i form av sosial støtte, vil det være avgjørende for det videre forløp og hvordan denne situasjonen mestres. Dersom stressreaksjonene ikke mestres, vil psykiatriske symptomer utvikle seg og kunne resultere i en psykisk lidelse (Weisæth og Dalgard 2003).

Fokuset på barn som pårørende når mor og/eller far har psykiske lidelser har blitt sterkere de siste årene. Hvordan barn preges av dette avhenger av alder, hvor lenge de lever med dette, hvordan dette påvirker familiens liv og foreldrenes forhold til barnet. Barnets egne medfødte forutsetninger viser seg også å ha betydning for hvordan barnet håndterer denne situasjonen. Foreldrenes innlevelsessevne og toleranse for frustrasjoner har særlig betydning i slike tilfeller (Mevik 200). Det er viktig for foreldrefunksjonen at den voksne har evne til å leve seg inn i barnet på en realistisk måte ut fra barnets alder og modenhet, selv klare å utsette egne behov, og ha evne og vilje til impuls kontroll. Det å leve med psykisk syke foreldre over tid skaper stress og traumer som på forskjellig vis kan forårsake emosjonelle skader hos barn. Skadevirkninger av foreldrenes atferd og følelsesmessige forhold til barna kan, som nevnt tidligere, vise seg senere i livet. Barn kan fortrenge følelsene sine, de tør ikke reagere, stille spørsmål eller bli sint. Dette kan komme av at de er redde for at foreldrene skal bli mer syke, og i noen tilfeller farlige. Barn føler ofte skyldfølelse over at foreldrene er syke, noe som kommer av mangel på forståelige forklaringer på hva det er med mor eller far. Barn bruker mye krefter på å forstå den situasjonen de befinner seg i, og setter ofte seg selv i sentrum for det som skjer med dem. Da de ikke vet noe om de faktiske forholdene vil de kunne knytte årsaken til det som skjer med foreldrene til seg selv (Mevik 2000). Barn trenger kunnskap om hvordan foreldrenes psykiske lidelse virker inn på deres oppførsel og måter å reagere på. Det

er en utbredt forestilling at barn skal skånes for det vanskelige i livet. Mange av barna som har psykisk syke foreldre har allerede opplevd smerte, usikkerhet og utrygghet, slik at det å ikke snakke om dette kan for barna oppleves som nok et overgrep. Barn tåler godt å snakke om opplevelser i livet sitt, også de vonde og problematiske. Barn tåler og kan mestre smertefulle opplevelser dersom de gis mulighet til å forstå smerten (Mevik og Trymbo 2002). Barn har varierende evne til å tåle motgang, og er forskjellige når det gjelder å ta kontakt med andre mennesker. Barn vil ha ulike behov for støtte og hjelp fra voksne til å mestre livet sitt. Barn som lever med psykisk syke foreldre påtar seg ofte en rolle, som strategi for å møte denne situasjonen. De ulike rollene barn kan påta seg i vanskelige situasjoner, representerer normale reaksjoner på en unormal situasjon (Mevik 2000). Det er viktig at familier i slike situasjoner får hjelp så tidlig som mulig da det øker sjansen for bedring, både for barn og foreldre, og da vil det være enklere å gi hjelp i denne fasen. Helsestasjon kommer tidlig på banen og er en særdeles viktig instans for alle familier, og spesielt de familier det her er snakk om. Barnehager er også viktig for å oppdage problemer på et tidlig tidspunkt. Det er avgjørende at disse instansene kommer tidlig i kontakt med disse familiene, og at det skjer på måter som oppleves støttende og ikke truende for familien. Hjelpeapparatet i dag oppleves som sporadiske og lite koordinerte (Mevik og Trymbo 2002).

Behandling av personer med psykisk sykdom bør involvere familien i større grad enn i dag. Hele familien bør involveres med en gang og under hele behandlingsforløpet. Det må fokuseres på hvordan en mestrer å være forelder når en samtidig har psykiske problemer, noe som er mer eller mindre fraværende i behandlingstilbudet. Barna må inkluderes i familiearbeidet og få ta del i forståelige forklaringer på hvorfor mor eller far er psykisk syk og hva det gjør med dem, slik at barna ikke føler skyld for dette. Det er viktig å la barna bli sett slik at de kan få informasjon og kunnskap om situasjonen de er i. De vil da få mulighet til å forstå og håndtere situasjonen slik at de kan leve bedre med den. Barn må få muligheten for en følelsesmessig bearbeiding av det som skjer, slik at de lærer å sette navn på den følelsesmessige tilstand de befinner seg i (Mevik og Trymbo 2002).

2.4 Forebyggende arbeid

Man kan definere forebyggende arbeid som *”å hindre at uønskede tilstander oppstår eller utvikler seg.”* (Sandbæk og Bunkholdt 1998:140). Forebyggende arbeid handler om å gi barn

og unge best mulig hjelp til å mestre skolegang, vennskap og familieliv. Det er viktig at forebyggingen starter på et tidligst mulig tidspunkt for å fange opp utsatte grupper og følge dem opp så lenge de er i en risikosone. Tiltakene kan være å gi ”foreldre opplæring og rådgiving på helsestasjonen, barns opplæring i sosial kompetanse i barnehage og skole, individuelt tilrettelagt undervisning og alternative opplæringstiltak i skolen og tilrettelagt fritids- og aktiviserings tiltak i nærmiljøet” (Gjertsen 2007: 22).

Gjertsen (2007) deler forebygging inn i tre deler; primær-, sekundær- og tertiærforebygging. Primærforebygging er et lavterskeltilbud og tiltak som skal gjelde og nå ut til alle barn. Den primære forebyggingen handler om det å kunne forhindre at problemer oppstår. Det å kunne forebygge at problemer oppstår vil være å ha foreldre som bryr seg, en skole som ser barna og venner som barna kan dele sine interesser med. Man setter først inn tiltak hvis noe av dette svikter. (<http://skole.forebygging.no>). Sekundærforebygging vil si den innsats som rettes mot utsatte grupper. Her settes inn tiltak som skal hindre at problemene varer eller videreutvikles. Man har her mulighet til å jobbe målrettet med en spesiell gruppe barn og unge, mens i primærforebyggende arbeid setter man inn tiltak før det oppstår problemer (www.forebygging.no). Den tertiære forebyggingen vil si hjelpetiltak etter Lov om barneverntjenester (Gjertsen 2007). Denne type forebygging er rettet mot personer som allerede har utviklet et problem. Man skal prøve å avverge en forverring av problemene. Den tertiære forebyggingen blir også brukt om rehabilitering og behandling av personer (<http://skole.forebygging.no>).

Barneverntjenesten har en dobbeltstilling ved at den både yter frivillige tjenester, men kan også gripe inn mot familiens vilje. Barneverntjenestens forebyggende arbeid står nedfelt i Lov om barneverntjenester kapittel 4. Noen av tiltakene kan være råd og veiledning til familien, økonomisk støtte til barnet slik at barnet kan delta i fritidsaktiviteter, avlastning ved å gi hjemmehjelp eller plass i barnehage, skolefritidsordning og lignende, støttekontakt og besøkshjem (Lov om barneverntjenester 1992). Lov om barneverntjenester av 1992 gir anledning for barneverntjenesten å gripe inn på et tidligere stadium enn den tidligere lovgivingen. Grunnen til at den ble endret er å bedre foreldrenes omsorgsevne slik at det kan skapes gode oppvekstvilkår for barnet i hjemmet. Formålet er å forebygge ”en negativ utvikling av barnets omsorgssituasjon som kan lede til senere omsorgsovertakelse” (Rundskriv Q-25/2005 s 21). Det at man har fått ny kunnskap om forebygging viser at man oppnår mye ved å styrke foreldrenes kompetanse. Når det blir satt i verk hjelpetiltak vil disse

ofte bygge på foreldrene som ressurspersoner, ved å gi dem mestringsferdigheter. For barneverntjenesten vil en stor utfordring bli å kunne tenke mer kreativt rundt familien, men også få gjennomslag for alternative tiltak. Etter det departementet mener, bør barneverntjenesten ha større rolle og mer ansvar i det forebyggende arbeidet i kommunen. Barneverntjenesten bør kunne samarbeide mer aktivt med andre instanser og drive oppsøkende virksomhet når dette kan hjelpe til med å løse oppgaver etter Lov om barneverntjenester. Forholdene ligger godt til rette ved helsestasjoner, barnehager og familiesentre for både primær og sekundær forebyggende arbeid. Det er flere fagfolk som arbeider primærforebyggende enn det er som jobber sekundærforebyggende. Arbeid med foreldre og barn med spesielle behov er det forebyggende arbeidet som er mest påtrengende, men minst populært. Det blir nedprioritert og overlatt til spesielt interesserte og til barneverntjenesten. Når barneverntjenesten først kommer inn er saken så alvorlig at det ikke lenger er snakk om forebygging, men om behandling. Barna har da utviklet store problemer og trenger straks tiltak. Noen blir henvist til barnepsykiatrien og pedagogisk–psykologisk rådgiving, mens andre henvises til barneverntjenesten. Lærere som mangler kompetanse og tid må slite med barn med store atferdsvansker på skolen. Det er innen det primærforebyggende arbeidet man ser behovet for sekundærforebyggende arbeid. Ved å jobbe primærforebyggende ser man foreldre og barn som har det vanskelig. Disse vanskelighetene gjenspeiles enten hos den ene eller den andre, eller i forholdet seg i mellom. (Killèn 2007). Helsesøster har primærforebyggende grupper som barselgrupper og gruppekonsultasjoner. Gruppekonsultasjon er inspirert av den svenske barnelegen Lars Gustafsson der fire til fem foreldre og deres barn deltar. Andre forebyggende tilbud ved helsestasjonen varierer fra kommune til kommune, men vil kunne være: svangerskapskurs, foreldreforberedende kurs, barselgrupper, individuelle konsultasjoner, gruppekonsultasjoner, åpen helsestasjon, foredrag, pappakurs og tilbud til vanskeligstilte grupper. Dette er med på å kunne forebygge og fange opp, der man ser det er behov for ekstra hjelp (Killèn 2007). Mange profesjonelle synes overgangen fra primær- til sekundærforebyggende arbeid er vanskelig. Det kan forandre den profesjonelles forhold til foreldrene. Ved at de formidler en bekymring og tilbyr annen hjelp, kan foreldrene føle seg truet, forsvare seg og trekke seg tilbake. Man vil kanskje aldri lykkes hundre prosent i å forebygge alle problemer i forholdet mellom barn og foreldre og forholdet mellom andre omsorgspersoner og barn. Men en rekke familier burde få hjelp før problemene har blitt store og vanskelige å behandle. Noen mener det vil bli for kostbart å forebygge, men det vil kanskje bli mer kostbart og omfattende å vente til problemene har oppstått (Killèn 2007).

2.5 Tverrfaglig samarbeid

Glavin og Erdal (2007) definerer tverrfaglig samarbeid som *”flere yrkesgrupper arbeider sammen på tvers av faggrensene for å nå et felles mål”* (Glavin og Erdal 2007:25).

Gjertsen (2007) mener at det er fem faktorer som spiller inn når fagpersoner skal lykkes i å få et godt samarbeid. For det første må lederen på arbeidsplassen kunne skape en arena og en kultur som fremmer samarbeid. Lederen må kunne oppfordre til samarbeid og oppmuntre til åpenhet, anerkjennelse og respekt. For det andre må arbeidsplassen ha en felles grunnverdi som for eksempel hvilket menneskesyn de ulike parter har. Ulike menneskesyn kan være med på å hindre samarbeid, slik at barnas behov ikke blir ivaretatt. I samarbeidsforholdet må det også være en aksept for ulikheter som forståelse og handling. Den tredje forutsetningen omhandler samarbeidskompetanse, som innebærer brukerorientering, helhetsforståelse, problemløsningsevne, fleksibilitet og omstillingsevne. Kompetanse innen samarbeid er noe som må læres. Det er ikke bare arbeidsgiver som må legge til rette for samarbeid, men yrkesgruppene som skal samarbeide må også ha kompetanse og tid. Den fjerde faktoren er at det blir lagt opp en plan til opplæring for å kunne øke samarbeidskompetansen. Den må også vedlikeholdes og videreutvikles. Tverrfaglig samarbeid fører til økt kompetanse og holdningsarbeid både når det innebærer forståelse av barn og unges problemer, samt hvilke metoder, strategier og tiltak som dekker barn og unges behov. Den femte forutsetningen er kunnskap og ferdigheter. Fagpersoner må gi mye i samarbeid med barn og unge og trenger dermed påfyll av nødvendig kunnskap og ferdigheter (Gjertsen 2007).

Ved at ulike instanser samarbeider vil hjelpen barna og familien får, ha en bedre kvalitet. Ved tverrfaglig samarbeid og tverrfaglige møter vil fagfolk få økt kunnskap om barn og familiers forhold fra andre som jobber med samme familie (Glavin og Erdal 2007).

”For å kunne vurdere hvordan barnet har det, er de forskjellige instansene som arbeider med barnet, avhengig av et tverrfaglig samarbeid. Slik vil de også kunne danne et mer helhetlig inntrykk av barnets situasjon enn om hver instans hadde kun sine egne opplysninger ut fra sin kontakt med barnet og familien.” (Glavin og Erdal 2007:22).

Tverrfaglig samarbeid gir mulighet til å gå inn med tiltak tidligst mulig og kunne vurdere effekten fortløpende. Den tidlige innsatsen har effekt dersom det er en sammenheng i hjelpen. Innen primærforebyggende samarbeid har mange kommuner et overordnet mål om at alle barn skal sikres gode oppvekstvilkår med gode utviklingsmuligheter. De skal også kunne få den hjelp og støtte de har behov for. Glavin og Erdal (2007) mener at samarbeid med ulike instanser er viktig for barneverntjenesten som driver med sekundærforebyggende arbeid. Ulike kommunale instanser må kunne samarbeide for å tilby tidlig hjelp til barn og unge. Det er viktig at foreldre som en god samarbeidspart blir involvert tidlig der man kan se at problemer utvikler seg (Glavin og Erdal 2007). Sekundærforebyggende arbeid mellom første- og andrelinjetjenesten forutsetter et nært samarbeid. Det hjelper lite å motivere foreldre og barn til å ta i mot hjelp hvis det ikke finnes noe hjelp å tilby (Killèn 2007). Killèn (2007) definerer de tverrfaglige møtene som *”profesjonelles verktøy som de anvender for å skaffe seg mest mulig forståelse av en familiesituasjon, og reflektere over hvordan de sammen kan bidra til konstruktive endringer”* (Killèn 2007: 220). Hun mener at de profesjonelle har behov for en arena der felles kunnskap om barn og barns utvikling er i samspill med dets omgivelser. Førstelinjen må styrkes gjennom kompetanseheving slik at tverrfaglig samarbeid læres (Killèn 2007). Tertiærforebyggende samarbeid innebærer samarbeid der barns rett til hjelp er sikret gjennom ulike lovverk. Barneverntjenesten kan etter barnevernloven pålegge familier å ha barn i barnehage som ett av deres hjelpetiltak. En ansvarsgruppe er en gruppe på kommunalt nivå som skal ivareta behovet for samarbeid mellom foreldre og ulike faggrupper.

3.0 METODE

3.1 Innledning

I denne delen av oppgaven vil vi først gjøre rede for hvilken metode vi har valgt for å kunne belyse vår problemstilling på best mulig måte, og beskrive hva metoden innebærer. Videre vil vi si noe om hvordan vi gikk fram i utformingen av intervjuguiden, og hvordan intervjuene av de forskjellige informantene ble gjennomført. Deretter vil vi beskrive hvordan vi bearbeidet den informasjonen vi samlet inn under intervjuene. Til slutt kommer vi inn på reliabilitet, validitet og forskningsetikk.

3.2 Valg av metode

Vilhelm Aubert har gitt en beskrivelse av hva metode er: *"En metode er en fremgangsmåte, et middel til å løse problemer og komme fram til ny kunnskap. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, er med i arsenalet av metoder"* (Hellevik, 1999: 12).

For å få svar på vår problemstilling kom vi fram til at kvalitativ forskningsmetode var mest egnet å ta i bruk. Dette er fordi denne metoden gir oss mulighet til direkte kontakt mellom oss som forskere og våre informanter. På bakgrunn av data om personer og situasjoner, gir en kvalitativ tilnærming oss et grunnlag for å forstå sosiale fenomener. I kvalitative studier konsentrerer en seg kun om få enheter og undersøker disse nøye, i motsetning til kvantitativ metode der en innhenter informasjon fra mange enheter. Kvalitative studier gir oss mulighet gjennom samtale med informanten, å få innsikt i fenomener slik han eller hun oppfatter dem. Kvalitativt materiale blir fremstilt i form av tekst, mens man i kvantitativ metode legger fram informasjonen i form av tabeller, grafer eller i andre statistiske fremstillinger. Når en tar i bruk kvalitativ forskning, kan en velge mellom en rekke innsamlingsmetoder, som intervju, analyser, observasjon, bilder og dokumenter. De mest brukte metodene er intervju og observasjon. For å få informasjon om informantens synspunkter, opplevelser og selvforståelse, mener vi at intervju er best egnet. Gjennom intervju kan vi etablere direkte kontakt med informanten (Thagaard 2002).

De relasjonene som etableres mellom oss som forskere og informanten er svært viktig for materialet og kvaliteten på det materialet vi får. Vår sensitivitet og nærhet til informanten er viktig når innsamling gjennom en åpen interaksjon foregår. For å få informasjon må vi bruke oss selv som et middel. Data blir ikke samlet inn i kvalitativ metode, men blir til i samarbeid mellom oss som forskere og informanten. I kvantitativ metode derimot, er det større avstand mellom forskeren og informant, noe som innebærer at informantens perspektiv blir vanskelig å få tak i for forskeren. I kvalitativ metode har forsker og informant et subjekt-subjekt forhold seg imellom. Dette innebærer at vi som forskere og informanten påvirker hverandre og forskningsprosessen. Hvordan vi framtrer og hvordan informanten oppfatter oss, har mye å si for den informasjonen informanten er villig til å komme med. Kvalitative data kommer til uttrykk i form av tekst som feltnotater, bilder, lydbånd eller film. Som forskere må vi analysere både ute i felten og i skriveprosessen. Det foregår en kontinuerlig «runddans» mellom metode, teori og data. Mens analysen foregår, er det mulig å bytte problemstilling, forskningsspørsmål eller feltstrategi (Thagaard 2002).

Som arbeidsmetode i undersøkelsen har vi valgt å ta i bruk en delvis strukturert tilnærming. Dette kaller Thagaard (2002) «det kvalitative forskningsintervju». Delvis strukturerte intervjuer går ut på at å fastlegge temaene på forhånd, men rekkefølgen på temaene trenger ikke nødvendigvis å følges, den kan bestemmes underveis. Vi kan på denne måten følge fortellingen som informanten kommer med, samtidig som vi sørger for å gå inn på de temaene som i utgangspunktet er fastlagt. Utgangspunktet for intervjuet er de temaene som er fastlagt, men det er viktig å være åpen for at informanten tar opp andre temaer.

3.3 Utvelgelse av informanter

Siden vi benytter oss av en kvalitativ forskningsmetode i denne oppgaven, tok vi i bruk en ikke-sannsynlighetsutvelgning, og foretok et strategisk utvalg for å finne ut hvem vi ville intervjuer. Strategiske utvalg innebærer at vi velger ut de informantene som har de egenskapene og kvalifikasjonene i forhold til vår problemstilling. Vi hadde en diskusjon i gruppa, og kom fram til at fagfolk som arbeider innenfor dette fagfeltet var best egnet som informanter.

Ved valg av informanter la vi vekt på å finne fagfolk som arbeider med barn og unge, og som har god erfaring med tidlig intervensjon. Vi ønsket å få et bredt utvalg representert med ulik utdanning og relevant kunnskap, i forhold til vårt tema. Da vi hadde bestemt oss for hvem vi ville ha som informanter, skrev vi et brev og sendte en forespørsel til hver av dem. I dette brevet skrev vi litt om hvem vi var, hva vi skulle gjøre, og presenterte tema og problemstilling (vedlegg 1). Vi sendte brev til lederen i en barnevernstjeneste i en av Norges kommuner hvor vi skrev at vi ønsket å intervju to personer, et brev til lederen av et familiesenter i samme kommune, hvor vi skrev at vi ønsket å intervju en helsesøster, en forebyggende barnevernsarbeider og en pedagogisk leder. Den siste vi sendte en forespørsel til var en kommuneansatt som er veldig interessert i, og har mye kunnskap om satsing på tiltak for barn av psykisk syke foreldre. Grunnen til at vi valgte å ikke bruke informanter fra psykiatrien er at vi mener tidlig intervensjon må skje før en eventuell psykiatrisk behandling. Etter at vi hadde sendt ut forespørselene, ringte vi for å forsikre oss om at de hadde fått brevene, og spørre om de var villig til å delta i undersøkelsen. Grunnen til at vi ringte var fordi vi tidligere har erfaring med at slike brev lett kunne bli lagt i «ventebunken», og bli glemt. Vi avtalte intervju med alle de forespurte. Senere fikk vi beskjed om at den som arbeidet som forebyggende barnevernsarbeider på familiesenteret måtte trekke seg av personlige grunner. Det var leit siden hun kunne vært en viktig informant for oss, i og med at hun arbeidet med psykisk syke foreldre. Vi endte opp med fem informanter, noe som var et passende antall i forhold til mengde arbeid, og lengde på oppgaven.

Vi ser på helsesøster og pedagogisk leder i åpen barnehage som to sentrale aktører i forhold til små barn og tidlig intervensjon. Samtidig kommer de i tett kontakt med foreldre og barn, og vil observere samspill på en naturlig måte. Barnevernsarbeiderne ser vi på som aktører med mye kunnskap om omsorgssvikt og situasjoner der det har gått galt. De vil også ha en formening om hvordan man unngår at problemene blir så alvorlig og dermed får store konsekvenser. Den siste informanten fikk vi anbefalt å snakke med fordi hun har et særlig engasjement for tidlig intervensjon og mye kunnskap om hva som gjøres i praksis. Anbefalingen framkom tilfeldig gjennom et jobbintervju som en av oss var på.

3.4 Utforming av intervjuguiden

Det som kjennetegner de kvalitative metodene er at undersøkelsene tar utgangspunkt i en intervjuguide (vedlegg 2). En intervjuguide er en oversikt over de temaene en vil få informasjon om under intervjuet, og ikke et spørreskjema som blir benyttet i den kvantitative metoden. Når vi skulle utforme intervjuguiden, var vi opptatt av å finne tema og tilhørende spørsmål som på best mulig måte kunne belyse, og gi svar på vår problemstilling. Vi startet intervjuguiden med spørsmål som alder, utdanning, ansiennitet og arbeidsoppgaver på arbeidsplassen. Dette er nøytrale spørsmål som er lett for informanten å svare på, så han eller hun skulle få en myk start på intervjuet. Videre i intervjuguiden kommer noen begreper som vi ba informantene definere. Deretter kommer de ulike temaene med tilhørende spørsmål. Til slutt laget vi noen generelle spørsmål som er lett for informanten å svare på, som for eksempel hvordan informanten synes intervjuet gikk og om vi kunne ta kontakt senere om det skulle dukke opp noe vi lurte på. Dette er en fin måte å avrunde intervjuene på (Dalland 2000).

3.5 Forberedelse og gjennomføring av intervjuet.

Da vi skulle starte intervjuene, valgte vi å intervjuer en informant av gangen. Dette fordi det ville gi oss en mer variert informasjon, og ikke minst at informantene ikke skulle påvirke hverandre. I forkant av intervjuene samlet vi gruppa og forberedte oss. Vi avtalte hvem som skulle stille spørsmål og hvem som skulle notere. Vi startet intervjuene med å skape en god tone med informanten. Det er viktig for at intervjuet skal bli vellykket. Videre informerte vi informanten om hensikten med intervjuet. Og fortalte at vi kom fra høgskolen, og at vi skulle skrive en bacheloroppgave om et selvvalgt tema. Vi presenterte temaet vårt som er «tidlig intervensjon for å forhindre omsorgssvikt der foreldre er psykisk syk». Vi presiserte at all den informasjonen som kom fram under intervjuet ville bli behandlet konfidensielt, slik at de som skal lese denne oppgaven ikke kunne kjenne igjen informanten, at informanten vil bli anonymisert når vi bruker dataene i oppgaven. Videre opplyste vi igjen om at alle notatene fra intervjuene ville bli makulert etter vi var ferdige med dem, og at informanten på hvilket som helst tidspunkt kunne trekke seg fra intervjuet. Vi ba om informantenes underskrift som deres samtykke til å delta i undersøkelsen.

I sin bok *systematikk og innlevelse* skriver Thagaard (2002) at kjennetegnet på kvalitative metoder er et fleksibelt forskningsopplegg. Det vil si at vi som forskere kan arbeide med de ulike delene av forskningsprosessen på samme tid. Påvirkningsforholdet blir på den måten gjensidig mellom utformingen av problemstilling, datainnsamling og tolkning og analyse. Man må kunne endre på metoden på grunnlag av den informasjonen dataene gir. Fortløpende i prosessen må man avgjøre om den informasjonen vi får, gir den informasjonen vi er ute etter, og en må være åpen for endringer underveis i forskningsprosessen. Vår erfaring etter første intervju, var at vi ikke måtte endre så mye på intervjuguiden. De temaene vi hadde og spørsmålene vi stilte ga oss de svarene vi var ute etter. Vi hadde derimot noen spørsmål som gikk veldig mye inn i hverandre, og fant like godt ut at vi kunne sammenfatte dem. I intervjuet med oppvekstkoordinator brukte vi intervjuguiden i mindre grad enn ved de andre intervjuene. Her fikk informanten snakke mer fritt om sin kunnskap da hun ikke arbeider med temaet på den samme måten som de andre informantene.

Når en skal intervju informantene, finnes det i kvalitativ metode tre måter å lagre den informasjonen man får; ved å notere, bruke lydbånd eller å filme. Ved å bruke lydbånd og filming får en med seg alt informanten sier, og er en god måte å sikre seg all informasjon på. Hvis vi hadde valgt en slik måte å samle informasjon på, ville dette ha vært mer tidkrevende i forhold til oppgavens omfang. Vi valgte derfor å bruke notater. På den måten fikk vi med oss det mest sentrale. Mengden av informasjon blir på den måten redusert, fordi det er umulig å få med seg alt det informanten sier. Vi fant ut at alle på gruppa skulle være med på hvert intervju, der den ene stilte spørsmål, og der de to andre noterte ned det informanten fortalte. Dette var fordi vi på en bedre måte kunne sikre oss viktig informasjon. Det den ene ikke fikk med seg, fikk kanskje den andre med seg. Fra intervju til intervju byttet vi på hvem som skulle stille spørsmål og hvem som skulle notere. Dette var fordi vi alle skulle få oppleve hvilken utfordring det var og både skulle få all den viktige informasjonen ned på papiret, og være den som skulle lede intervjuet. Det var ikke dermed sagt at de som noterte ikke kunne stille spørsmål. De hadde også mulighet til å komme med innspill og stille oppfølgingsspørsmål.

3.6 Bearbeidelse av data

Bearbeidelse og sammenfatting av den informasjonene vi fikk fra intervjuene er en tidkrevende jobb. Etter hvert intervju satte vi oss sammen og gikk gjennom den informasjon

hver enkelt hadde fått ned på papiret. Vi hadde intervjuguiden inne på datamaskinen, så vi førte inn alle feltnotatene vi hadde tatt under hvert tema og spørsmål. De to feltnotatene ble samkjørt under ett. Vi lagde en slags kode for hver informant, siden vi ikke kunne ha noen slags informasjon der som kunne identifisere informantene. Etter at vi hadde fått alt inn på data diskuterte vi innholdet i feltnotatene. Dette for å se om alle tre hadde samme forståelse av hva informanten mente med det han eller hun sa. Vi diskuterte også om den informasjonen vi hadde fått, var tilstrekkelig i forhold til vår problemstilling. Dette gjorde vi for å se om det var nødvendig å endre på intervjuguiden, og utdype oss mer i enkelte spørsmål før neste intervju.

Grunntanken i temasentrert tilnærming er å dele datamaterialet inn i ulike kategorier. Kategoriene representerer sentrale temaer i undersøkelsen. Da vi var ferdig med alle fem intervjuene satt vi igjen med et datamateriale av så stort omfang at vi bestemte oss for å sammenfatte det datamaterialet vi mente var det viktigste. I analysen finner vi det hensiktsmessig å bruke en temasentrert tilnærming der vi tar opp temaer vi mener er viktig for å belyse vår problemstilling. Vi mener at omsorgssvikt, psykisk sykdom, forebyggende arbeid og tverrfaglig samarbeid er viktige temaer som setter fokus på tidlig intervensjon for å forhindre omsorgssvikt der foreldre er psykisk syke. Dette vil innebære at vi sammenligner opplysninger fra alle informantene om hver kategori, noe som gir oss en bedre forståelse. For å få en helhetlig forståelse av hver kategori, må vi analysere deler av vårt datamateriale i forhold til intervjuet som helhet.

3.7 Reliabilitet og validitet vs. troverdighet og bekreftbarhet.

Reliabilitet og validitet er begreper som opprinnelig er knyttet til kvantitativ forskning. Reliabilitet betyr pålitelighet, og dreier seg om at gjentatte målinger med samme måleinstrument gir samme resultat. Validitet betyr gyldighet, og dreier seg om at en måler det en faktisk vil måle. For å oppnå høy validitet er det en forutsetning at reliabiliteten er høy (Ringdal 2007). Innenfor kvalitativ forskning får disse begrepene en annen betydning. Det blir mer hensiktsmessig å bruke begrepene troverdighet og bekreftbarhet. Disse begrepene fremhever særpreget til den kvalitative tilnærmingen. «*Troverdighet sier noe om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte. Bekreftbarhet knyttes til kvaliteten av tolkningen, og om den forståelsen det enkelte prosjekt fører til, støttes av en annen forskning*» (Thagaard 2002:21). At forskningen skal oppfattes troverdig er i kvalitativ forskning et viktig mål.

Troverdighet knyttes til at forskeren redegjør for hvordan data utvikles. Dette innebærer at vi er i stand til å skille mellom den informasjonen vi har fått i undersøkelsen, og våre egne tolkninger av forskningsmaterialet. Bekreftbarhet kan knyttes til forskerens vurderinger av de tolkningene som forskningen fører til. Her bør vi stille oss kritisk til grunnlaget for våre tolkninger av forskningsmaterialet. Vår posisjon i forhold til det, det forskes på, har betydning for de tolkningene som framkommer. Den forståelsen som vi utvikler gjennom undersøkelsen, har betydning for om vi er knyttet til det miljøet det forskes i, eller om vi er utenforstående. Bekreftbarhet blir også knyttet til om våre tolkninger fra de ulike intervjuene bekrefter hverandre (Thaagard 2002).

Reliabiliteten eller troverdigheten i vår undersøkelse avhenger av om den ble gjennomført på en korrekt og troverdig måte, og gjelder både selve gjennomføringen av intervjuene og notatene som ble gjort. I intervjuguiden var vi opptatt av at spørsmålene ble stilt på en måte som var lett å oppfatte og som kunne besvares presist. I brevet vi sendte til informantene i begynnelsen av prosjektet, opplyste vi om oppgavens tema slik at informantene fikk kjennskap til hva intervjuet skulle dreie seg om. Vi valgte å ikke sende intervjuguiden fordi vi mente at temaet var nok dekkende for hva intervjuet kom til å handle om. Informantene kunne forberede seg på temaet, uten å vite de eksakte spørsmålene vi skulle stille. Under intervjuet stilte vi oppfølgingsspørsmål om det var noe vi ville at informanten skulle utdype. Dette var for å forsikre oss om at vi fikk den informasjonen som på best mulig måte kunne belyse vår problemstilling. Vår egen fortolkningsevne har også betydning for troverdigheten i oppgaven. *«Utgangspunktet for tolkningen er den forståelsen forskeren utvikler av hvordan informanten forstår seg selv og sin livssituasjon. Det innebærer ikke nødvendigvis at forskeren er enig i informantens selvforståelse. Forskeren tolker dataene ut fra sitt faglige ståsted, og det kan gi en annen forståelse enn informantens»* (Thagaard 2002:170). Under intervjuene var det en av oss som presenterte de ulike temaene og stilte spørsmålene. De to andre noterte det informanten fortalte. På noen av spørsmålene snakket informanten seg bort og havnet noe utenfor temaet i oppgaven. Det var da viktig å stille spørsmål som ledet informanten tilbake til temaet. Det at informanten snakket seg bort gjorde det vanskelig for de som noterte å få med det som var viktig. De måtte selv velge ut den informasjon de syntes var viktig i forhold til temaene og problemstillingen. Derfor var det bra at det var to som noterte. Da vi reinskrev og sammenfattet forskningsmaterialet, fant vi ut at den ene hadde fått med noe relevant informasjon som den andre ikke hadde fått med, og omvendt. På den måten oppfatter vi forskningsmaterialet vårt som pålitelig, eller troverdig.

Validitet eller bekreftbarhet knyttes i vår oppgave til om tolkningen av de ulike intervjuene bekrefter hverandre. Da vi gjennomgikk og skulle tolke forskningsmaterialet vårt, ble tolkningen av hva de forskjellige informantene fortalte om hvert tema ganske lik. På begrepsavklaringene tolket vi det slik at alle informantene hadde veldig lik oppfattelse av hva begrepene innebar. Også på andre spørsmål fant vi at våre tolkninger av de forskjellige intervjuene bekreftet hverandre.

3.8 Forskningsetikk

Et prosjekt som dette krever og ta hensyn til en del etiske aspekter. Da vi i begynnelsen av prosjektet skulle finne ut hvem vi ville ha som informanter, var vi inne på tanken om å intervju barn av psykisk syke foreldre, eller foreldrene selv. Vi fant ut at det ville være vanskelig og uetisk å intervju foreldre og barn siden de er i en vanskelig og sårbar situasjon, og at det kan være vanskelig for dem å snakke om dette temaet. Det vi kom fram til, var at det var etisk riktig å ha fagfolk som informanter.

”I følge personopplysningsloven skal alle forsknings- og studentprosjekter som innebærer behandling av personopplysninger meldes til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD). Med personopplysninger forstås opplysninger som kan direkte eller indirekte identifisere enkeltpersoner” (Ringdal 2007:429). Ettersom vi har anonymisert informantene slik at de ikke kan identifiseres, så vi det ikke nødvendig å melde til NSD. Å melde til NSD innebærer å måtte vente opp til tre måneder på tilbakemelding, noe som tar for lang tid i forhold til omfang på denne oppgaven og at prosjektperioden kun er på åtte uker.

Når vi hadde funnet ut hvem vi ville ha som informanter sendte vi ut et brev til hver av dem med informasjon om vårt prosjekt, slik at de skulle få tid til å tenke over om de ville være våre informanter. Vi informerte i brevet om anonymitet, at all informasjon ville bli makulert etter undersøkelsen, og at det var mulighet for å trekke seg på hvilket som helst tidspunkt. Før vi startet intervjuene var vi nøye med å få informantenes samtykke til å delta i undersøkelsen. Vi gjentok også det vi hadde skrevet i brevet.

3.9 Metodekritikk og refleksjoner

Da vi bearbeidet datamaterialet oppdaget vi mangelfull informasjon fra informantene på begrepsavklaringene. Vi opplevde at noen av informantene ikke svarte på det vi egentlig spurte om. Det var vanskelig å få svar på hva de la i de ulike begrepene, de la mer vekt på hvordan de arbeider enn på en generell oppfatning av begrepet som vi var ute etter. Vi vil derfor rette en kritikk mot oss selv og mener vi burde ha stilt oppfølgingsspørsmål for å få svar på hvilken forståelse informantene har av begrepene. I intervjuene forbeholdt vi oss muligheten til å ta kontakt dersom vi i ettertid hadde spørsmål. Vi benyttet oss ikke av dette, men valgte heller å lære av våre feil og kritisere oss selv.

4. ANALYSE OG FORTOLKNING

4.1 Innledning

I denne delen vil vi presentere det bearbejdede forskningsmaterialet vi fikk fra intervjuene. Vi har også valgt å dele analysen/tolkningen inn i ulike temaer, det vil si kategorisering av forskningsmaterialet.

”Kategorisering av materialet innebærer at informasjon om det samme temaet samles i en kategori. Den opprinnelige teksten deles opp og knyttes til begreper som gir en beskrivelse av tekstens innhold” (Thagaard 2002:134).

Vi vil så drøfte forskningsmaterialet opp mot teorien og våre egne fortolkninger. Til slutt vil vi oppsummere det vi mener er essensen i undersøkelsen.

4.2 Informasjon om informantene

Vi har intervjuet fem informanter ved tre ulike arbeidsplasser i en av Norges kommuner. Informant 1 er en mannlig barnevernspedagog nylig ansatt i barneverntjenestens undersøkelsesteam, der de på grunnlag av en bekymringsmelding undersøker om omsorgen er god nok. Informant 2 er en kvinnelig sykepleier som har jobbet som helsesøster i åtte år. Hennes arbeidsoppgaver innebærer oppfølging og veiledning til foreldre med barn fra null til seks år. Informant 3 er en kvinnelig barnevernspedagog som har jobbet i barneverntjenestens tiltaksteam i ti år. Hennes arbeidsoppgaver er å iverksette, oppfølging og evaluering av hjelpetiltak. Informant 4 er en kvinnelig førskolelærer med videreutdanning i spesialpedagogikk. Hun jobber som pedagogisk leder og har ansvar for innhold og drift av åpen barnehage. Hun tar i mot de som besøker den åpne barnehagen og etablerer kontakt og har samvær med barn og deres foreldre. I åpen barnehage kan foreldrene komme og være sammen med sine barn når de selv ønsker det. Informant 5 er en kvinnelig lærer som i mange år har vært rektor ved en barneskole. Hun er nå ansatt som oppvekstkoordinator i en kommune i Norge, og er veldig interessert i og har mye kunnskap om satsing på tiltak for barn av psykisk syke foreldre.

4.3 Drøfting av empiri

4.3.1 Omsorgssvikt

Informantene definerer omsorgssvikt som mangel på god omsorg og at foreldrene ikke klarer å gi barna det de har behov for. Alle informantene mener at det finnes ulike grader av omsorgssvikt. Dette tolker vi som en beskrivelse av hvor alvorlig omsorgssvikt kan være. Som vi har nevnt tidligere vil alvorlighetsgraden ses i barnets utvikling i forhold til dets alder og ikke-organiske årsaker til senutvikling (Kvelling 2007). Det varierer om informantene deler inn i aktiv og passiv omsorgssvikt eller fysisk og psykisk omsorgssvikt. Vi ser at informantenes beskrivelse av aktiv omsorgssvikt har mange fellestrekk med fysisk omsorgssvikt. Dette kan innebære foreldre som fysisk skader barna ved for eksempel å banke og lugge dem, at de hindrer normal utvikling ved å behandle dem som yngre enn det de egentlig er, og mangler ved stell, rutiner, mat og aktivitet. Killèn (2007) skriver at barnets fysiske og/eller psykiske helse er i fare i samspill der foreldre ikke er i stand til å engasjere seg positivt i barnet. Barnet vil da få lite stimuli og vil etter hvert gi dårlig tilbakemelding til foreldrene, samtidig som det viser et tilbaketrukket og passivt aktivitetsnivå. Dette reduserer igjen ytterligere stimuli fra foreldrene og den gjensidige passivitet blir dermed vedlikeholdt. Passiv omsorgssvikt mener vi kan sammenlignes med psykisk omsorgssvikt, som kan innebære foreldre som ikke er i stand til å kommunisere med sine barn, og der det mangler tilknytning og samspill mellom foreldre og barn.

Blir barn med psykisk syke foreldre lagt merke til?

Et spørsmål vi stilte informantene var hvordan barn med psykisk syke foreldre blir fanget opp slik at de blir sett og lagt merke til, noe som er viktig i forhold til tidlig intervensering. Det som går igjen i informantenes svar er at det ofte er synlige tegn som barns atferd, bekledning og ernæring som først og fremst fanger deres oppmerksomhet. Det gjør at de videre vil observere kommunikasjon og samspill mellom foreldre og barn. Barn som har foreldre som fysisk er til stede, men som psykisk er fraværende, vil kompensere med å søke til andre voksne når de har behov for oppmerksomhet. Barn som lett fanger oppmerksomheten har ofte utagerende atferd, hører ikke etter og kan bli sett på som rebeller. Dette gjør at slike barn oftere blir oppdaget og sett, og har dermed større mulighet for å få den hjelpen de trenger.

Som en motsetning til rebellene forteller flere informanter om de såkalte usynlige barna. Det er de vi ikke ser eller merker oss. Det er de stille barna som har rent og pent tøy og oppfører seg eksemplarisk. De har en innagerende atferd og holder problemene inni seg.

Skadevirkninger av foreldrenes atferd og deres forhold til barna kan først vise seg seinere i livet. *”Barn kan fortrenge følelsene sine, de tør ikke reagere, stille spørsmål eller bli sinte. Dette kan knyttes til barnas redsel for at foreldrene skal bli mer syke, og i noen tilfeller farlige”* (Mevik 2000:140).

4.3.2 Psykisk sykdom

Informantene definerer psykisk sykdom som alt fra akutt innleggelse til det ”normale”, for eksempel utbrenthet som er lett å behandle. Alle har en psykisk helse og sykdommen utvikles når man blir selvdestruktiv og trenger hjelp. Weisæth og Dalgard (2003) mener arv og miljø påvirker hvordan man takler og mestrer stress. Et oppvekstmiljø der foreldre er psykisk syk kan føre til sårbarhet i hvordan man takler nye og vanskelige situasjoner i livet. Dette avhenger av hvor alvorlig sykdommen er. Psykiske problemer vil opptre med ulik alvorlighetsgrad, fra problemer som viser seg i kriser og sårbare perioder til svært alvorlige problemer der foreldre ikke fungerer (Killèn 1994). Der stressreaksjoner ikke mestres, kan det utvikle seg psykiatriske symptomer som kan resultere i en psykisk lidelse (Weisæth og Dalgard 2003).

Hvordan påvirker foreldrenes psykiske sykdom barna?

Tre av våre fem informanter trekker frem at det er svært alvorlig å vokse opp med psykisk syke foreldre, særlig der mor er deprimert. Å vokse opp i et slikt miljø og med en slik belastning kan gjøre stor skade. Hvordan barn og unge preges av å vokse opp med foreldre med psykiske problemer avhenger av mange ting. Deres alder når mor eller far får psykiske problemer, alvorligheten i den psykiske sykdommen, hvor lenge de lever med dette, hvordan dette påvirker familien og hvilket forhold foreldrene har til barna, er faktorer som kan påvirke barna (Mevik 2000). Hvis foreldrene sliter psykisk når barna er spedbarn tenker vi at dette har stor betydning for barnets tidlige tilknytning til sine omsorgspersoner. Dette gir seg mest utslag om det er mor som har psykiske problemer, da barnet er mer avhengig av henne i sitt første leve år.

”Forskning viser nokså entydig at det å leve over tid med psykisk syke foreldre skaper stress og traumer som på forskjellig vis kan forårsake emosjonelle skader hos barn” (Mevik 2000:138).

Alle informantene har en oppfatning av at det ikke er nødvendig å foreligge en diagnose for at det skal handle om psykisk sykdom. Informantene vektlegger at det å ha en diagnose gjør det lettere å få behandling. De mener det fokuseres for mye på diagnoser og det vil derfor være viktig å normalisere begrepet psykisk syk. Vi mener at psykisk problem er et svevende begrep og omfatter ikke nødvendigvis noen form for diagnose. Der et psykisk problem har utviklet seg til psykisk lidelse mener vi det foreligger en diagnose. Weisæth og Dalgard (2003) mener psykiske problemer øker risikoen for å utvikle en psykisk lidelse. Det vil derfor være viktig å iverksette tidlig intervensjon for å unngå eller begrense en slik utvikling.

En informant beskrev psykisk sykdom som en subjektiv følelse, og mener det handler om hvordan man takler det man opplever. En subjektiv følelse tenker vi handler om individuelle opplevelser av det å være psykisk syk. Det er ingen andre som kan fortelle deg eller bestemme hvordan din psykiske tilstand er. Hun opplever også at voksenpsykiatrien glemmer barna, og at de ikke er et tema i behandlingen. Det å ikke føle seg tilstrekkelig som omsorgsperson vil være en ytterligere belastning for psykisk syke foreldre, som fra før av har mange belastninger å streve med. Kvello (2007) viser til analyser som bekrefter våre antakelser om at terapeuter i voksenpsykiatrien svært sjeldent melder bekymring til barnevernet, til tross for at de jobber med foreldre som utgjør en høyrisiko for barnas utvikling. To informanter sier at psykisk sykdom er et tabubelagt tema som det er vanskelig å snakke om. Vi lever i en kultur der problemer og utfordringer i familien forblir taust. Mange barn ”*tvinges til å vokse opp med en forestilling om at det de ser og opplever i familien ikke kan snakkes om og deles med andre*” (Mevik og Trymbo 2002:100). Flere av informantene påpeker at åpenhet omkring temaet er viktig for å unngå tabu og stigmatisering. Dette gjør også at barna mister muligheten til å bearbeide det som skjer, og kan få vansker med å sette navn på den følelsesmessige tilstanden det befinner seg i (Mevik og Trymbo 2002). Dette kan tenkes å føre til at mange stenger seg inne og holder sykdommen skjult for andre. Som vi har nevnt tidligere, vil noen barn derfor påta seg en rolle som strategi for å møte denne situasjonen. Barna påtar seg det ansvaret foreldrene ikke klarer med. Dette er en normal reaksjon på en unormal situasjon (Mevik 2000). Der foreldre ofte isolerer seg, øker risikoen for at barna ikke blir sett. Ofte har de lite

nettverk å spille på, noe som gjør det vanskeligere å registrere omsorgssvikt på et tidlig tidspunkt (Kvelling 2007).

Det er viktig å fortelle barn om sykdommen da de trenger kunnskap om at dette har innvirkning på foreldrenes atferd. Mange voksne, også fagfolk, har en forestilling om at barn skal skånes fra problemene. Manglende forklaringer på hvorfor mor eller far er syk kan bidra til å gi barn skyldfølelse for foreldrenes tilstand. De trenger å vite at de ikke er alene om å ha det slik, og at det finnes hjelp å få. Det er viktig å formidle at barn ikke er skyld i det de voksne gjør, samt å få tak på hva det er de føler skyld for slik at de kan forstå at den skylden de føler er ubegrunnet. Dersom foreldrene forteller barna om deres egen skyldfølelse kan dette frata barn den skyldfølelsen de bærer på (Mevik og Trymbo 2002).

Begge informantene fra familiesenteret trekker fram at det er viktig å normalisere ulike tilstander av begrepet psykisk sykdom og å være mer direkte mot foreldre. For å normalisere vil det være hensiktsmessig å ta opp temaet i grupper, forklare at det er normalt å ha tunge dager etter en fødsel og at det er vanlig at barna ikke sover hele natten. Flere informanter opplyser om at grunnskolen normaliserer og ufarliggjør begrepet ved å bevisstgjøre elevene på at alle har en psykisk helse. Ved å ufarliggjøre psykisk sykdom skapes det aksept for at dette også er en sykdom. Det kan føre til at det likestilles med somatisk sykdom og at det dermed kan oppstå en bredere forståelse blant andre.

4.3.3 Forebyggende arbeid

Flere av informantene mener at forebyggende arbeid er å sette i gang tiltak slik at problemer ikke oppstår. Den viktigste forebyggingen skjer allerede på helsestasjon der de kommer tidlig i kontakt med foreldre og barn. Gjennom å gi informasjon om barnas behov skal helsesøster hjelpe til med å skape gode rutiner og en god relasjon mellom foreldre og barn. Helsesøster er i en posisjon der hun lett kan legge merke til relasjoner med manglende samspill og urovekkende forhold rundt barna. Begge informantene fra barneverntjenesten påpeker at den viktigste forebyggingen skjer før barneverntjenesten mottar bekymringsmelding. Dette mener vi er det som kalles primærforebyggende arbeid, som vil si at man skal forebygge slik at det ikke oppstår problemer. Disse forebyggende tiltak og tilbud skal rettes mot alle barn. Det forebyggende arbeid som barneverntjenesten gjør, er frivillige hjelpetiltak som skal forhindre at problemer skal eskalere og utvikle seg, og bli alvorlig. Barneverntjenesten har som formål å

forebygge omsorgssvikt ved å hindre en negativ utvikling av barnets omsorgssituasjon (Rundskriv Q-25/2005). Dette omhandler sekundær- og tertiærforebyggende arbeid. Den sekundære forebyggingen vil si å oppdage risikofaktorer tidlig og forhindre at de utvikler seg. Denne typen forebygging retter seg mot grupper med spesielle behov. Det er ikke alltid noe klart skille mellom sekundær og tertiær forebygging, og Gjertsen (2007) mener at tertiærforebyggende arbeid vil være det samme som behandling. Han mener også at forebyggende arbeid handler om å gi barn gode oppvekstvilkår i barnehage og skole, samt mulighet til å mestre vennskap og familieliv. Det er viktig at dette skjer på et tidligst mulig tidspunkt.

Hvilke forebyggende tiltak iverksettes?

Informantene fra barneverntjenesten informerer om ulike forebyggende tiltak. Det kan være skoletiltak, ungdomsklubb, musikkorps, barneverntjenestens frivillige hjelpetiltak som kan være avlastningshjem, opplæringstiltak i hjemmet, råd og veiledning blant annet MST (Multisystemisk behandling) og PMTO (Parent management training Oregon), familienettverk og familiebehandling, dekning av barnehage, skolefritidsordning og fritidsaktiviteter. De trekker fram familiesenteret som en viktig instans der foreldrene får oppfølging i tunge perioder. Helsesøster forteller at hun jobber forebyggende allerede i svangerskapet ved at jordmor tar kontakt dersom mor sliter og trenger tettere oppfølging. I barnas tidlige leveår er det mor som er den viktigste omsorgspersonen. Helsesøster tar derfor utgangspunkt i dette, spesielt ved temaet psykisk sykdom. Alle informantene har en oppfatning av at konsekvensene er mer alvorlig for små barn der den av foreldrene som sliter psykisk er mor. Temaet psykisk sykdom tas opp i gruppekonsultasjoner på helsestasjon, der foreldre med barn i samme aldersgruppe deltar. Dette for å informere om temaet og normalisere begrepet. Helsesøster ønsker å komme tidlig på hjemmebesøk etter en fødsel og der hun har kjennskap til at mor sliter prøver hun å få familie og nettverk inn som støtte. Andre forebyggende arbeidsoppgaver helsesøster har, vil blant annet være å gi veiledning til alle foreldre og anbefale barnehage slik at barna får relasjoner til andre barn. Tiltak rettet mot mødre med psykiske problem kan være å oppfordre til å komme seg ut, gi tilbud om avlastning, få far til å ta større ansvar, henvise til behandling for oppfølging, gi tilbud om veiledning, tettere oppfølging på helsestasjon med tilbakemelding om hvordan det går. I hovedsak skal helsesøster forebygge slik at barnevernet ikke behøver å kobles inn. Pedagogisk leder presiserer at åpen barnehage er et tilbud til alle. I åpen barnehage kan

foreldre lære av andre foreldre og fagfolk i forhold til samspill med sine barn. For å forebygge omsorgssvikt er familiesenterets foreldreveiledere viktig i forhold til å oppdage alternative måter å handle på i forhold til sine barn. De kan også henvise til nødvendige instanser ved behov, slik at familiene kan få hjelp til å begrense problemene.

To av informantene sier at forebygging er viktig for tidlig intervensjon slik at problemer oppdages og tiltak iverksettes for å unngå at familier kommer skjevt ut. Forebygging oppleves vanskelig av flere informanter, da det tar lang tid å få godkjenning fra et høyere kommunalt nivå for å iverksette lavterskeltilbud og forebyggende tiltak. Oppvekstkoordinator påpeker at det er stor politisk interesse og enighet om å bruke resurser og penger på oppvekstsatsing i kommunen og bygging av flere familiesenter, for å forebygge omsorgssvikt. Hun mener det er viktig å få saker opp til politisk behandling slik at politikere har mulighet til å prioritere dette. Hun mener forebygging er viktig for at alle skal få mulighet til et godt liv. Det viser seg at forebygging lønner seg på sikt, både menneskelig og økonomisk. Hun sier at forebygging er vanskelig da vi må tenke annerledes sammen, vi må bli flinkere til å lytte til andres kompetanse og finne felles løsninger. Det er enighet blant informantene om at nøkkelen til bedre forebyggende arbeid er at tverrfaglig samarbeid må fungere bedre. Som nevnt tidligere mener Killèn (2007) at sekundærforebyggende arbeid mellom første- og andrelinjetjenesten forutsetter et nært samarbeid.

4.3.4 Tverrfaglig samarbeid

Det er enighet blant informantene at samarbeid handler om å arbeide sammen med andre instanser. Samarbeid er å åpne seg for andre og diskutere seg fram til felles løsninger. En av informantene trekker fram samhandling som et bedre begrep da det resulterer i en handling. Et godt samarbeid vil være viktig for å gjøre en god jobb og hjelpe barn og foreldre på best mulig måte. I de saker der det er godt samarbeid både med foreldre og ulike instanser, er de sakene som gagnar barna best. Samarbeid med andre instanser ser vi på som tverrfaglig samarbeid som vil si å jobbe på tvers av yrkesgrupper for å gi det beste tilbudet til den enkelte. Glavin og Erdal (2007) sier at den hjelpen barna og familien får, vil få en bedre kvalitet ved at ulike instanser samarbeider. Gjennom tverrfaglig samarbeid vil fagfolk få økt kunnskap om familiesituasjonen da det er flere med ulik utdanning som jobber med samme familie.

Alle informantene gir uttrykk for at det finnes gode og mindre gode samarbeidsparter. Voksenpsykiatrien trekkes fram som en instans som er vanskelig å samarbeide med i forhold til ivaretagelse av barn med psykisk syke foreldre. Forskning viser at terapeuter i voksenpsykiatrien sjelden innhenter opplysninger om pasientenes barn og hvordan de har det. Slike rutiner er enten fraværende eller følges ikke i dagens praksis (Kvelling 2007). To av informantene mener de er tilbakeholden med informasjon, og at barna ikke er et tema i behandlingen. Informantene har en felles oppfatning av at samarbeidet med andre instanser fungerer greit, men at det stadig trenger å forbedres for å finne løsninger som kan hjelpe flere. En generell oppfatning blant informantene er at godt samarbeid består av faste samarbeidsmøter med andre faggrupper og instanser, noe som skaper en lavere terskel for å ta kontakt på eget initiativ. Informantene på familiesenteret har god erfaring med dette, da det er lettere å samarbeide i og med at ulike faggrupper er samlokalisert.

Hvordan få fagfolk til å bli flinkere til å melde sin bekymring?

”§ 6-4, andre ledd: Offentlige myndigheter skal av eget tiltak, uten hinder av taushetsplikt, gi opplysninger til kommunens barneverntjeneste når det er grunn til å tro at et barn blir mishandlet i hjemmet eller det foreligger andre former for alvorlig omsorgssvikt, jf. §§ 4-10, 4-11 og 4-12, eller når et barn har vist vedvarende alvorlig atferdsvansker, jf. § 4-24.” (Lov om barneverntjenester av 1992).

Barneverntjenesten har som oppgave å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan være til skade for deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg. For å ivareta denne oppgaven er de avhengig av at de som kjenner barnets situasjon best, melder fra til barneverntjenesten (Brosjyre Q- 1094 B 2006). To av informantene påpeker at fagfolk som arbeider med barn må bli flinkere å melde sin bekymring til barneverntjenesten. De gir uttrykk for at det spesielt er skoler og barnehager som må bli flinkere til dette. Hadde de meldt tidligere fra, kunne de hjulpet flere. Det viser seg ofte når barneverntjenesten innhenter opplysninger, at skole og barnehage har mye informasjon uten selv å ha meldt sin bekymring. For at de skal melde sin bekymring på et tidligere tidspunkt, er det viktig å skape et bedre samarbeid mellom skole, barnehage og barneverntjeneste. Vi mener dette kan gjøres ved at det åpnes for forum der saker kan diskuteres anonymt, noe som vil skape en lavere terskel for tidligere å ta kontakt med barneverntjenesten, som igjen vil føre til tidlig intervensjon. Barneverntjenesten opplever helsestasjon som en god samarbeidspartner som oftere melder

sin bekymring. De har også en lavere terskel for å ta kontakt med barneverntjenesten og drøfte saker anonymt. Vi har en oppfatning av at fagfolk lar være å melde til barneverntjenesten da de er redde for hvilke konsekvenser det vil få. Mange er redd for den vanskelige samtalen, det å ta opp sin bekymring med foreldrene, og redd for å bryte taushetsplikten. Mange tenker kanskje ikke over at de har en plikt til å melde fra, noe som innebærer at de ikke kan velge mellom å melde fra eller å la være ved bekymring. Det at mange er redd for utfallet av deres bekymringsmelding kan ha sammenheng med at media gir et feil bilde av barneverntjenesten, ved stadig å fokusere på skrekkeeksempler på saker som omhandler omsorgsovertakelse. Det fokuseres lite på det positive barneverntjenesten gjør, og ofte er det bare den ene siden av saken som kommer fram i media. Barneverntjenestens undersøkelser fører oftest til frivillige hjelpetiltak etter § 4-4, og omsorgsovertakelse hører til sjeldenhetene. (Lov om Barneverntjenester av 1992). For å få fagfolk som arbeider med barn til å melde sin bekymring, ser vi det som viktig at barneverntjenesten er åpen og informerer om sine arbeidsoppgaver. Mer kunnskap rundt dette vil ufarliggjøre deres arbeid, og føre til lavere terskel for å ta kontakt. Det å melde tidlig fra, altså tidlig intervensering, vil kunne forebygge at familier kommer skjevt ut og at problemer utvikler seg mot omsorgssviktsituasjoner.

Det krever økt satsning på forebyggende tiltak og tverrfaglig samarbeid for å oppnå at alle barn skal sikres gode oppvekstvilkår med gode utviklingsmuligheter. Tiltak igangsatt på lavest mulig nivå og tidlig intervensering vil øke mulighetene til å lykkes med problemløsning. (Glavin og Erdal 2007).

5. OPPSUMMERING

Utgangspunktet for denne oppgaven var at vi ønsket å undersøke hvordan tidlig intervensjon forhindrer omsorgssvikt der foreldre er psykisk syke. Vi mener at tidlig intervensjon er nøkkelen til å finne enkle løsninger på problemer. Ved å intervjuer to barnevernsarbeidere, en helsesøster, en pedagogisk leder i åpen barnehage og en oppvekstkoordinator fikk vi et bredt utvalg som hadde mye relevant informasjon og erfaring rundt dette temaet.

Etter at intervjuene var foretatt fikk vi inntrykk av at det i senere tid har blitt fokusert ytterligere på tidlig intervensjon hos fagfolk som arbeider med barn og unge. Ved å oppdage problemer på et tidlig tidspunkt vil man avverge at problemene eskalerer og blir så alvorlig at de blir vanskelig å løse. Vår forforståelse om at barn av psykisk syke ikke blir sett og lagt merke til, ble utfordret da vi fant at fagfolk er opptatt av tidlig intervensjon og viktigheten av dette. Mange tiltak iverksettes for å oppdage problemer på et tidlig tidspunkt, men det er fortsatt muligheter for forbedringer. Dette gjelder særlig for å oppdage de såkalte "usynlige barna".

I en oppsummering av funnene fra undersøkelsen vil vi påpeke at det er svært skadelidende for barn å vokse opp med foreldre som lider av alvorlig psykisk sykdom. Skadeomfanget er avhengig av alvorlighetsgraden på foreldrenes sykdom, og det vil få konsekvenser for tilstrekkelig og god nok omsorg der foreldrene setter sine egne behov foran barnas. Mange av disse barna blir ikke sett og kan gå i flere år før problemene blir så alvorlig at de til slutt kommer i kontakt med hjelpeapparatet. Problemene blir på denne måten vanskelig å løse i forhold til om hjelpeapparatet hadde kommet inn på et tidligere tidspunkt, det vil si tidlig intervensjon. Slike tilfeller forekommer ofte der barna er innadventde og derfor er vanskelig å legge merke til i motsetning til utagerende barn. Hva kan gjøres for å oppdage de usynlige barna?

Tidlig intervensjon forutsetter tiltak som settes i verk så tidlig som overhode mulig, helst før problemene oppstår. I undersøkelsen fant vi at forebyggende tiltak er en viktig del av tidlig intervensjon. Primærforebyggende tiltak er tiltak som retter seg mot alle, og kan for eksempel være idrettslag, musikkorps, ungdomsklubb og ulike skoletiltak. Den viktigste forebyggingen skjer allerede på helsestasjon der de kommer tidlig i kontakt med foreldre og

barn. Forebyggende arbeid er avhengig av et godt samarbeid mellom ulike instanser, da det gjør det mulig å finne gode løsninger sammen. Fagfolk opplever det enklere å komme fram til en felles oppfatning av problemet når flere med ulik bakgrunn og utdanning er samlet. Et godt samarbeid må ligge til grunn for at det skal være en lav terskel for å ta kontakt og drøfte problemer med andre instanser. Selv om det stadig fokuseres mer på tidlig intervensjon er det fortsatt mange som unnlater å melde sin bekymring. Hvordan kan tverrfaglig samarbeid bli bedre slik at flere melder fra, som igjen fører til at hjelp kan tilbys på et tidligere tidspunkt? Våre forestillinger om at temaet psykisk sykdom er tabubelagt, ble bekreftet av informantene. Undersøkelsen viser at det er mer åpenhet omkring temaet nå enn tidligere, men at det fortsatt er vanskelig å snakke om. Fagfolk som arbeider med barn og unge forsøker stadig å normalisere begrepet slik at flere psykisk syke foreldre åpner seg og ser muligheter for å få hjelp. Normalisering av begrepet vil føre til mindre frykt for å ta kontakt med hjelpeapparatet, noe som fremmer tidlig intervensjon.

Gjennom denne oppgaven har vi fått en oppfatning av at tidlig intervensjon er avhengig av generelle forebyggende tiltak og et fungerende hjelpeapparat. For at et samlet hjelpeapparat skal fungere, er tverrfaglig samarbeid en forutsetning. Dette skaper lavere terskel for den enkelte fagarbeider til å ta kontakt på tvers av fagområder. Dette vil igjen føre til at det blir lettere å melde sin bekymring slik at man kan ta tak i problemene på et tidlig tidspunkt.

LITTERATURLISTE

Bergersen, Rita; ”Spørsmål & svar”. [online adresse:

http://skole.forebygging.no/sos_vis.asp?faqid=78&Katid=2] Dato: 07.05.08 kl 16.30

Brosjyre Q – 1094 B; ”Opplysningsplikt til barnevernet og barnevernets adgang til å gi opplysninger”. [Online adresse:

<http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bld/bro/2006/0003/ddd/pdfv/270272->

[web_opplysn.pdf](http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bld/bro/2006/0003/ddd/pdfv/270272-web_opplysn.pdf)] Dato: Utgitt av barne- og likestillingsdepartementet i januar 2006

Bufetat (2004); ”Hjelp i hjemmet, Forebyggende tiltak” [Online adresse:

<http://www.bufetat.no/?module=Articles;action=ArticleFolder.publicOpenFolder;ID=372>]

Dato 07.05.08 kl 1715

Bunkholdt, Vigdis og Mona Sandbæk; ”Praktisk barnevernsarbeid”. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 4. utgave 1998

Claussen, Clas Jostein; ”Det er noe med den ungen. Fra bekymring til handling”. SEBU forlag, Oslo 2001

Dalland, Olav; ”Metode og oppgaveskriving for studenter”. Gyldendal Norsk Forlag AS, Oslo 3. utgave 2000

Gjertsen, Per Åge; ”Forebyggende barnevern. Samarbeid for barnets beste”. Fagbokforlaget, Bergen 2007

Glavin, Kari og Bodil Erdal; ”Tverrfaglig samarbeid i praksis – til beste for barn og unge i Kommune-Norge”. Kommuneforlaget, Oslo 2.utgave 2007

Hellevik, Ottar; ”Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap”. Universitetsforlaget AS, Oslo 6. utgave 1999

Killèn, Kari; ”*Barndommen i generasjoner – forebygging er alles ansvar*”. Kommuneforlaget AS, Oslo 2007

Killèn, Kari; ”*Sveket – omsorgssvikt er alles ansvar*”. Kommuneforlaget AS, Oslo 1994

Kvello, Øyvind; ”*Utredning av atferdsvansker, omsorgssvikt og mishandling*”. Universitetsforlaget, Oslo 2007

Lov om Barneverntjenester av 17. Juli 1992 nr 100 med endring (I kraft 1. Januar 2001)

Mevik, Kate; ”*Møte med galskap. Om pårørende og psykiatri*”. Tano Aschehoug, 2000

Mevik, Kate og Bjørg Eva Trymbo; ”*Når foreldre er psykisk syke*”. Universitetsforlaget Oslo 2002

Mikkelsen, Stein (2005); ”*Hva er forebygging?*” [Online adresse:
http://www.forebygging.no/fhp/d_emneside/cf/hPkey_9573/hParent_595/hDKey_1]
Dato: 07.05.08 kl 1630

Ringdal, Kristen; ”*Enhet og mangfold*”. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen 2. utgave 2007

Rundskriv Q-25/2005; ”*Barnevernet og det forebyggende arbeidet for barn og unge og deres familier*”. [Online adresser:
http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rus/2005/0003/ddd/pdfv/258676-rundskriv_q-252005.pdf] Dato: 07.05.08 kl 1800

Sandbæk, Mona; ”*Forebyggende barnevern*”. Universitetsforlaget, Oslo 1992

Thagaard, Tove; ”*Systematikk og Innlevelse – En innføring i kvalitativ metode*”. Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, Bergen 2. utgave 2002

Weisæth, Lars og Odd Steffen Dalgard; ”*Psykisk helse. Risikofaktorer og forebyggende arbeid*”. Gyldendal Norsk Forlag, Oslo 2003

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet

”Tidlig intervensjon av omsorgssvikt der foreldre er psykisk syk”

Bakgrunn og hensikt

Det er et spørsmål til deg om å delta i en forskningsstudie for å belyse ulike tiltak og metoder for å forebygge og oppdage omsorgssvikt på et tidlig stadium. Vi er tre studenter ved siste året på sosionomutdanningen ved Høgskolen i Bodø, og skal i løpet av våren skrive en bacheloroppgave med selvvalgt tema. Vi ønsker å sette fokus på viktigheten av tidlig intervensjon, og ser på deg som en viktig informant i forhold til dette temaet. Siden dette er et omfattende tema og størrelsen på oppgaven er begrenset har vi valgt å konsentrere oss om tidlig intervensjon der en eller begge omsorgspersoner er psykisk syk, og hvordan kommunen arbeider i forhold til dette.

Hva innebærer undersøkelsen?

I studien vil vi i hovedsak bruke kvalitativ intervju som metode for å samle inn relevant informasjon. Undersøkelsen er frivillig, men vi håper at du er villig til å stille opp. Informasjonen vil bli håndtert anonymt.

Vi vil allerede i løpet av neste uke ta kontakt per telefon for å få en tilbakemelding på denne forespørselen, og eventuelt avtale møte for intervju.

Hva skjer med informasjonen om deg som informant?

Informasjon om deg som informant skal ikke bli registrert verken i notater eller i oppgaven. Alle opplysningene vil bli behandlet uten navn eller andre direkte gjenkjennende opplysninger. Det vil ikke være mulig å identifisere deg i resultatene av studien når disse publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i undersøkelsen. Du kan når som helst og uten å oppgi noen grunn trekke ditt samtykke til å delta i studien. Dette vil ikke få konsekvenser for deg som informant og informasjonen vil ikke bli brukt i oppgaven og vil bli slettet. Dersom du ønsker å delta, undertegner du samtykkeerklæringen på neste side.

Dersom du senere ønsker å trekke deg eller har spørsmål til studien, kan du kontakte xxxx xxxxxx på telefon xxxxxx.

Vennlig hilsen

xxxxx xxxxxxxxxxxx

xxxxxxx xxxxxxxxxxx

xxxxxxx xxxxxxxxxxx

Samtykke til deltakelse i studien

Jeg er villig til å delta i studien

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Stedfortredende samtykke når berettiget, enten i tillegg til personen selv eller istedenfor

(Signert av nærstående, dato)

Jeg bekrefter å ha gitt informasjon om studien

(Signert, rolle i studien, dato)

Intervjuguide

Informasjon

- Anonymitet/taushetsplikt
- Deres tillatelse til å trekke deg før, under og etter intervjuet
- Notater og makulering

Bakgrunnsinformasjon om informantene

- Kjønn
- Utdanning
- Hvor lenge har du jobbet etter endt utdannelse?
- Hvilken stilling er du ansatt i?
- Hva er dine arbeidsoppgaver?

Begrepsavklaring

- Hva legger du i begrepene:
 - Omsorgssvikt
 - Forebyggende arbeid
 - Psykisk sykdom
 - Samarbeid

Barn i fokus

- Hvordan kommer du i kontakt med barn av psykisk syke foreldre?
- Hva er det som gjør at du eventuelt blir mer observant på barn som har psykisk syke foreldre?
- Hva kan du si om hvordan barna blir fanget opp, slik at det blir sett og lagt merke til?
- Hvordan føler du at barna forstår situasjonen de er i?

Foreldre og barn

- Samspill og risikofaktorer

Forebyggende arbeid

- Hvordan arbeider du for å ivareta barn av psykisk syke foreldre?
- Hva gjøres for å forebygge omsorgssvikt?
 - metoder
 - tiltak
 - henvisning
 - generelt
- Hva kunne vært gjort bedre?
- Er forebygging viktig?
- Hva er det som gjør at du mener forebygging er viktig?
- Er forebygging vanskelig?
- Hva tror du det er som gjør forebygging vanskelig?

Tverrfaglig samarbeid

- Hvilke instanser/faggrupper samarbeider du med?
- Hvordan føler du samarbeidet fungerer?
- Hvilke instanser ser du på som gode samarbeidspartnere, og hvorfor?
- Er det fastsatte møter for samarbeid eller skjer samarbeid på eget initiativ?

Oppsummering

- Hvordan bruker du din teoretiske kunnskap i ditt arbeid?
- Hvordan kan tidlig intervensjon forhindre omsorgssvikt?
- Er det noe du ønsker å tilføye, eller noe vi burde ha spurt om?
- Hvordan synes du intervjuet gikk?
- Kan vi ta kontakt dersom det er noe vi lurer på, eller ønsker å vite mer om?