

**Psykiatriske diagnoser og deltakelse**  
– en undersøkelse av barnevernfaglige praksiser

**Tonje Maria Skorpen**

**Kandidatnummer 8604**

**Våren**  
**2010**

Masteroppgave i sosialt arbeid

Universitetet i Stavanger,  
Det samfunnsvitenskapelige fakultet  
Institutt for sosialfag

**UNIVERSITETET I STAVANGER**

**MASTERSTUDIUM I SOSIALT ARBEID**

**MASTEROPPGAVE**

**SEMESTER: Våren 2010**

**FORFATTER: Tonje Maria Skorpen**

**VEILEDERE: Liv Schjelderup & Cecilie Omre**

**TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:**

**Norsk tittel:**

*”Psykiatriske diagnoser og deltakelse – en undersøkelse av barnevernfaglige praksiser”*

**Engelsk tittel:**

*”Psychiatric Diagnoses and Participation – a Study of Praxis’s in Child Protection Services”*

**EMNEORD/STIKKORD:**

**Barn, diagnoser, kunnskap, paradigmer, barnevern, psykiatri, makt og deltakelse.**

**ANTALL SIDER: 107**

**ANTALL ORD: 41 507**

**STORD .....**

**Dato/år**

**.....**

**Kandidatens underskrift**

# Sammendrag

Undersøkelsen bygger på en eksplorerende design i form av kvalitative intervju med barnevernarbeidere. Siktemålet er å undersøke og belyse i hvilken grad og på hvilken måte psykiatriske diagnoser hos barn preger barnevernarbeideres faglige vurderinger og praksisutførelse. Undersøkelsen ser på hvordan ulike kunnskapssyn gir seg til kjenne i møte med diagnosene og barne – og ungdomspsykiatrien, og til hva som skjer med barnets muligheter til deltakelse. Undersøkelsen belyser hvordan barnevernarbeidere og deres faglige vurderinger blir underlagt en medisinsk – psykiatrisk forståelse av barnet. De analytiske perspektivene tar utgangspunkt i en sosial konstruktivistiske tilnærming, med fokus på et barneperspektiv og byggesteinene i sosialt arbeid; kunnskap, verdier og ferdigheter. Den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen og innholdet i selve diagnosebegrepet danner grunnlag for å diskutere hvordan det oppstår et spenningsfelt på flere nivå i det barnevernfaglige arbeidet. Denne problemstillingen synliggjøres når diagnosene fører til at barnet ikke får delta i samhandlingsprosessene i barnevernet. Diagnosen i seg selv kan også være til hinder for alternative måter å forstå barnet på. Videre peker undersøkelsen på hvordan maktaspektet er til stede i barnevernfaglig arbeidet. Lovverk og politiske mandat vektlegger at barn skal inkluderes, og undersøkelsen synliggjør at veien vekk fra en paternalistisk ekspertradisjon og mot en mer individrettet og myndiggjørende tilnærming er lang å gå.

**Stikkord:** Barn, diagnoser, kunnskap, paradigmer, barnevern, psykiatri, makt og deltakelse.

# Abstract

This study is based on an exploratory design through qualitative interviews with child protection workers. The aim is to examine and shed some light on to what extent and how psychiatric diagnosis on children influences the child protection workers professional considerations and praxis. The study examines how different views of knowledge are expressed in relation to the diagnosis's and children's psychiatry. The social constructive approach with its focus on the children's perspective, and the knowledge- skills- and value base in social work are used as analytic perspectives. The background for discussing the tension field that occurs in this type of work is based on the medical – psychiatric approach and on the content of the diagnosis term. The understanding of the different levels of this tension field is discussed in relation to children's participation in child protection work. The study shows that the use of psychiatric diagnoses on children can lead to a simplified perception of the child's problems with less focus on the child's environment. The study also shows how the dimension of power is present in child protection work. Legal and political aspect underline the children's right for participation. This study shows that the road away from a paternalistic expert-tradition toward an individual based and empowering approach is long.

**Key words:** Children, diagnosis, knowledge, paradigm, child protection work, psychiatry, power and participation.

# Innholdsfortegnelse

**Forord**

**Sammendrag**

**Abstract**

## **Del I**

<b>1. Innledning</b>	<b>1</b>
Bakgrunn for valg av problemstilling	2
Avgrensning	4
<b>2. Tidligere forskning</b>	<b>5</b>
<b>3. Metode og gjennomføring</b>	<b>12</b>
Fenomenologi og hermeneutikk	12
Utvalg, rekruttering og datainnsamling	14
Mottagelsen	16
Å forske i eget felt	16
Databehandling og analyse	18
Overførbarhet & validitet	23
Forskningsetiske betraktninger	24
Forforståelse	25
Å produsere tekst om andre	25
<b>4. Analytiske perspektiver</b>	<b>26</b>
<b>Konstruktivisme og barneperspektivet</b>	<b>27</b>
<b>Makt</b>	<b>30</b>
<b>Deltakelse</b>	<b>33</b>
<b>Sosialt arbeids byggesteiner</b>	<b>35</b>
Kunnskapsgrunnlag	36
Ferdigheter	37
Verdigrunnlag	40
Juridiske rammeverket og politisk mandat	41
<b>Det medisinsk – psykiatriske paradigmet</b>	<b>45</b>
Diagnosebegrepet	46
<b>Det salutogene perspektiv og mestring</b>	<b>49</b>

## **Del II**

<b>Presentasjon av resultater</b>	<b>51</b>
<b>5. I spenningsfeltet</b>	<b>52</b>
Spenningsfelt mellom teori og praksis i møte med rådende kunnskapssyn	54
Når livsverden og systemverden møtes	58
Perspektivdreining i sosialt arbeid?	59
Tverrfaglig samarbeid	59
Kunnskapsmakt	64
Oppsummering	67
<b>6. Diagnosens betydning for det barnevernfaglige arbeidet</b>	<b>68</b>
Diagnostisering	69
Det barnevernfaglig arbeidet	73
Oppsummering	81
<b>7. Deltakelsens muligheter og utfordringer</b>	<b>82</b>
Deltakerstigen	83
Deltakelse i barnevernfaglig arbeid	87
Kommunikasjon og samhandling	95
Beskyttelse eller rett til deltakelse?	97
Makt i relasjonen	100
Juridisk rammeverk og politisk mandat	102
Deltakelse; et honnørord?	104
Oppsummering	106
<b>8. Avsluttende oppsummering</b>	<b>107</b>
<b>9. Referanseliste</b>	<b>110</b>
<b>10. Vedlegg</b>	<b>115</b>
	<b>121</b>

# Forord

Aller først vil jeg rette en stor takk til barnevernarbeiderne som sa seg villig til å delta i denne undersøkelsen. Uten deres fortellinger om et utfordrende, spennende og komplekst arbeidsfelt ville ikke denne oppgaven kunne belyse et viktig og interessant tema om barnevernfaglig arbeid med barn og psykiatriske diagnoser.

Arbeidet med masteroppgaven har vært tidkrevende og jeg har møtt på stadige utfordringer. Det ferdige produktet kunne ikke blitt til uten inspirasjon fra min mor, Aina Skorpen. Hennes støtte og faglig engasjement har hjulpet meg mye; tusen takk for ”dype” samtaler og rom for kreativ tenkning. Videre vil jeg få takke Olav, også kjent som ”pappa i perm”. Takk for at du har gitt meg tid og mulighet til å realisere dette arbeidet, uten din tro på meg og mitt arbeid hadde jeg ikke kunnet nå målet mitt. Med deres støtte har jeg fått anledning til å gjøre det jeg liker aller best.

Jeg vil også få takke mine veiledere Liv Schjelderup og Cecilie Omre som har fulgt meg i hele prosessen. Deres faglige innspill, krav og tro til meg som student har gitt denne undersøkelsen en dimensjon jeg ellers ikke ville ha nådd. Takk for den tilgjengelighet og fleksibilitet dere har gitt meg i denne prosessen.

Stord, mai 2010

Tonje Skorpen

# Del I

## 1. Innledning

Denne oppgaven er en del av min master i sosialt arbeid ved Universitetet i Stavanger og bygger på kvalitative intervju med barnevernarbeidere ved barneverntjenesten i 2010. Undersøkelsen belyser i hvilken grad og på hvilken måte psykiatriske diagnoser preger barnevernarbeideres faglige vurderinger og praksisutførelse. *Hovedsiktemålet* er å undersøke og belyse barnevernarbeideres kunnskaper og konkrete handlinger tilknyttet barn som har fått en psykiatrisk diagnose. Undersøkelsen ser på hvordan ulike kunnskapssyn gir seg til kjenne gjennom praksis i barnevernfaglig arbeid i møte med diagnosene og barne – og ungdomspsykiatrien, og i denne forlengelse hva som skjer med barnets muligheter og begrensinger til deltakelse. På denne bakgrunn har jeg valgt tittelen ”*Psykiatriske diagnoser og deltakelse – en undersøkelse av barnevernfaglige praksiser*”.

Koblingen mellom deltakelse og barn som har fått psykiatriske diagnoser ser ut til å være lite utforsket, det samme gjelder hvordan barnevernarbeidere innenfor hjelpeapparatet opplever og erfarer dette i forhold til diagnosens påvirkning på det barnevernfaglige arbeidet generelt. Barnevernarbeiderne er satt til å forvalte et alvorlig samfunnsmessig felt med dype dilemmaer, usikkerhet og iboende motsetninger av moralsk art (Vagli, 2009). Samtidig som barnevernarbeiderne skal utøve medmenneskelig solidaritet, basert på myndiggjøring og deltakelse, skal de også utøve samfunnsmessig styring og kontroll. Levin (2004) omtaler dette som et spenningsfelt, som også omhandler forholdet mellom teori og praksis i sosialt arbeid, og det skillet som foreligger mellom disse begrepene. Spenningsfeltet viser også til hvordan et skille kan bli satt mellom ”personen i situasjonen” og ”individet i dets kontekst”. I min undersøkelse vil jeg forsøke å belyse deler av dette spenningsfeltet. Det er viktig å skape bevissthet og ny kunnskap om disse dimensjonene av sosialt arbeid, og i dette henseende det barnevernfaglig arbeid. Både for å skape en bevissthet hos barnevernarbeiderne, men ikke minst for alle de barna og familiene dette berører.

De teoretiske perspektivene i undersøkelsen er knyttet til sosialt arbeid, psykiatri og sosiologi.



Hovedvekten i oppgaven knyttes opp mot begrep og tema som kunnskap, deltaking, makt og sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag. Maktbegrepet knyttes her til teorier utformet av M. Foucault (1970/1978), og ser på makt i relasjoner, makt knyttes til kunnskap og på hvordan makten vil få følger for barnas deltakelse. Habermas (1999), og hans teorier om systemverden og livsverden anvendes for å få en forståelse av hvordan sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag utfolder seg. Den sosial konstruktivistiske tilnærmingen med vekt på barneperspektivet og den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen anvendes som overordnede analytiske referanserammer. Videre brukes Schjelderup og Omres' (2009) deltakerstige som analyseverktøy i arbeidet med å se på grader av deltakelse, samtidig som Antonovskys' (2006) salutogenese – patogenese tenkning anvendes for å analysere deler av materialet.

## **Bakgrunn for valg av problemstilling/tema**

Bakgrunnen for valg av problemstilling er et faglig engasjement og en samfunnsmessig interesse for deltakelse i barnevernfaglig arbeid og for psykiatrisk diagnostisering av barn. Ulike studier fra inn- og utland anslår at ca 20 prosent av barn og unge lider av ulike psykiske lidelser knyttet opp mot variasjoner i kjønn, alder og sosiale forhold. Mer alvorlige og behandlingstrengende lidelser rammer ca 5 prosent av barnebefolkningen (St. meld. Nr. 25, 1996-97). I løpet av perioden for Opptrappingsplanen for psykisk helse (1998-2008) har antallet barn og unge som får behandling for psykiske plager i spesialisthelsetjenesten økt fra 20 634 pasienter til 53 111, en økning på 157 prosent. Målet om fem prosent dekningsgrad er langt på vei innfridd på nasjonalt nivå (Sektorrapport for psykisk helsevern, 2008). Tall fra Statistisk Sentralbyrå (2009) viser at oppsiktsvekkende nok så utgjør barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere til sammen 1.289 års verk innenfor psykisk helsevern, dette er høyere enn det totale antall psykologer innenfor samme fagfelt. Slike tall viser til at sosialt arbeid har en plass innenfor medisinen, og flere fagpersoner påpeker at det innefor dette fagfeltet foreligger en manglende anerkjennelse av sosialarbeidernes praksisbaserte og kontekstuelle kunnskap (Vika & Jørgensen, 2009; Normann, 2009 & Ekeland, 2009). Det diskuteres hvorvidt det økende fokuset på diagnoser uttrykker et kunnskapssyn i strid med sosialt arbeids relasjoner og kontekst (Smedslund, 1998; Vagli, 2009; Jørgensen & Vika, 2009 & Normann, 2009).

Videre har barn vært lite deltakende i kontakten med hjelpeapparatet, og da spesielt i møte med barnevernet. Dette er godt dokumentert i forskning både i Norge og Norden (Christensen & Egelund 2002, Egelund & Thomsen 2002, Nielsen 2001). Den anerkjente svenske forskeren i sosialt arbeid, Gunvor Andersson (2002), viser til at det er enighet i denne oppfattelsen av at barn ikke blir hørt i barnevernets undersøkelsesarbeid og de heller ikke gis noe selvfølgelig fokus i barnevernsarbeid generelt, - uansett om det dreier seg om forebyggende arbeid, tiltaksarbeid eller plassering utenfor hjemmet. Dette til tross for forskning som finner at barn som er blitt snakket med og blitt hørt i sin sak, får økt sin kompetanse til å gi uttrykk for sine tanker og følelser (Christensen 1998). Den manglende deltakelsen står i kontrast til faglige og politiske diskurser. Diskursen har fokusert på borgernes demokratiske rettigheter i forhold til offentlige tjenester. Norsk lov har også endret seg i forhold til barns deltakelse hvor barns rett til å delta og bli sett på som kompetente aktører nå vektlegges (NOU 1985:18; Ot.prp. nr. 44; lov om barneverntjenesteloven 1991). FNs barnekonvensjon (1989) vektlegger også barns rett til innflytelse i eget liv. Samfunnspolitisk har tendensen gradvis gått i retning av å selvstendiggjøre barn som rettssubjekter og være mer oppmerksom på at barns synspunkter må tillegges større betydning (Schjelderup, Omre & Marthinsen, 2005). En slik retning fordrer at hjelpeapparatet inntar et barneperspektiv, som fremholder et syn på barn som selvstendige subjekt, hvor forståelsen av barndom sees på som et sted en både kan erfare og vende tilbake til. Dette åpner for en ny og mer utfordrende posisjon hvor barn blir forstått som kompetente aktører som aktivt bidrar til å skape sine egne forestillinger og livsvilkår (Kjørholt, 2004) Økt deltakelse er også et overordnet mål innen helse- og sosialtjenestene. *St meld nr 25 (1996-97)* vektlegger at tjenester til mennesker med psykiske lidelser skal ta utgangspunkt i brukernes behov. Dette gjelder både hvilke tjenester som ytes, og hvordan de er organisert. *St. melding nr. 40 (2001-2002)*: "Om barne og ungdomsvernet" understreker barnets rett til deltakelse og medvirkning. Barnevernet har i denne forbindelse i stadig større grad blitt møtt med en forventning om at brukerne trekkes inn i saksbehandlingen som aktive deltakere (Slettebø og Seim, 2001), spørsmålet blir hvordan barnets syn rent praktisk lar seg komme frem. Ved å innta et barneperspektiv trer deltakelse frem som en naturlig konsekvens. Smedslund (1998) uttrykker dette slik;

*"Møtet med klienter er alltid er et møte med noe ukjent. Å formulere hypoteser og stille diagnoser er å forsøke å inkorporere den andre i din verden og i dine kategorier (...). Det*

*unike andre mennesket kan bare erkjennes ved å lytte og se så åpent som mulig. Forståelsen vokser frem spontant”.*

Smedslund (1998:1092).

En slik tilnærming er imidlertid ikke helt uproblematisk. Barnevernarbeidere befinner seg stadig i vanskelige og utfordrende situasjoner med barn, deres diagnose og omgivelser. Likevel skal barnet være deltakende, og det er dette som vil bli gjenstand for diskusjon og refleksjon i det følgende.

## **Avgrensning**

Fokus for masteroppgaven er som nevnt å synliggjøre hva som skjer med det barnevernfaglige arbeidet når barnet får/eller har en psykiatrisk diagnose, både når det gjelder barnevernarbeiderens praksis i forhold til prinsippet om deltakelse og hvordan praksis utspiller seg i møte med andre kunnskapssyn. Forklaringsmodeller om diagnostisering som går på arv og miljø debatten i seg selv er ikke hovedfokuset, og jeg vil i liten grad komme inn på årsaksforståelsene for psykiatriske diagnoser. I denne undersøkelsen har jeg intervjuet fagpersoner og ikke barn, det er derfor deres erfaringer med denne type arbeid som er grunnlaget for analysen. Informantene blir i denne oppgaven omtalt som både barnevernarbeidere og informanter.

Problemstillingene i undersøkelsen analyseres ikke ut fra et kjønnets perspektiv, og heller ikke ut fra alder. Undersøkelser viser at alder ikke er noen forutsetning for deltakelse, men at det er sosialarbeiderens forståelse og ferdigheter som avgjør hvorvidt barnet blir deltakende (Schjelderup og Omre, 2009). Disse perspektivene er interessante, men ligger utenfor denne oppgaven. Omfanget av min undersøkelse gir ikke mulighet til å berøre disse variablene. Det samme gjelder vinklinger sett ut fra en flerkulturell forståelse. Når FNs Barnekonvensjon (1989) benytter seg av begrepet barn (child) refereres det til enhver person under 18 år, og i denne undersøkelsen anvendes ”barn” som et felles begrep om både barn og ungdommer. Jeg har videre valgt å benytte meg av begrepet deltakelse som en samlebetegnelse for barns involvering i beslutningsprosesser, knyttet til barns rett til informasjon, til å uttale seg før det tas avgjørelser i saker som berører dem, og til at barnets mening skal tillegges vekt (Bvl. §

6.3, barnekonvensjonen Art. 12). Deltakelse kan oversettes til det engelske begrepet ”participation”, som anvendes i internasjonale publiseringer og forskning, og jeg finner det derfor hensiktsmessig å ta dette begrepet i bruk.

## 2. Tidligere forskning

Eksisterende litteratur og forskning danner bakteppe for mine analyser av data og videre drøftninger. Ut i fra søk gjort i databaser som BIBSYS og ulike databaser for artikkelsøk (Academic Search Premier, BIBSYS Emneportal: Helsefag/Sosialfag, ISI Web og Science) har jeg funnet noen prosjekter/undersøkelser som omhandler hvordan barn av psykisk syke foreldre opplever og erfarer psykisk sykdom og hvordan unge opplever annerledeshet og psykisk helse hos andre. Deler av disse undersøkelsene har nyttige funn for min undersøkelse. Det foreligger også noen undersøkelser som er gjort av hjelpeapparatets holdninger ovenfor barn og unge med psykiske lidelser. Det eksisterer videre en del litteratur som vil være sentral for oppgaven og som tar for seg emnet deltaking og barn. Jeg har benyttet meg av søkeord som deltakelse/deltaking, brukermedvirkning, makt, barn, ungdom + psykiske lidelser, diagnostisering, paradigmer, kunnskapssyn, sosialt arbeid, identitet, barnevern og myndiggjøring.

Når det gjelder sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag og diskusjoner om faglig kompetanse foreligger det en del forskning. Disse empiriske innfallsvinklene er relevant i min undersøkelse fordi jeg har som siktemål å forklare og forstå hva som ligger til grunn for de avgjørelsene barnevernarbeiderne tar i møte med barn som er gitt en psykiatrisk diagnose. Kompetanseoppbygging til profesjonelle innenfor hjelpeapparatet er blant annet rettet mot utfordringene i Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003). Her understrekes behovet for satsing på psykososial kompetanse, samarbeidskompetanse og kompetanse knyttet til deltakelse og brukermedvirkning. Det hevdes at styrking av barn og unges utviklingsbetingelser og psykiske helse krever et helhetlig perspektiv i utvikling av kunnskap og kompetanse, et økt behov for forskningsinnsats om barn og unges psykiske helse og at barne- og ungdomsfeltet trenger sterke forskergrupper. Sosial- og helsedirektoratets veileder (2007) viser til at gode skole- og læringsmiljøer beskytter effektivt mot problemutvikling hos barn og unge. Denne undersøkelsen kan sees på som et ledd i dette.

Doktorgradsavhandlingen til Åse Vagli (2009) stiller spørsmål ved barnevernets verdigrunnlag. Hun konkluderer med at det trengs mer åpenhet og bevissthet om barnevernet sitt underliggende normative grunnlag. Gjennom deltakende observasjon på et barnevernkontor synliggjøres det hvilken kunnskap som ligger til grunn for beslutningsprosessene i barnevernet. Hun fremhever at barnevernets oppdrag i seg selv er normativt og kulturelt betinget, men de faktiske normative premissene er ikke i tilstrekkelig grad synliggjort (Vagli, 2009). Den dominerende og aktive kunnskapen i barnevernarbeidet er *implisitte kulturelle "tatt-for-gittheter"*. På den måten blir normative tenkemåter knyttet til middelklasseverdier om barneoppdragelse, moderskap og standarder for livsførsel. Disse normative tenkemåtene utgjør en grunnleggende implisitt kunnskap som klientene evalueres ut fra. Vagli (2009) trekker frem hvordan tiltak begrunnes med psykopatologi på individnivå som eksempel på dette. Barnevernarbeiderne ser etter personlige og moralske svakheter, noe som fører til at en ser bort fra klassebetingende betraktninger og ulikhet i materielle forhold når en tolker personenes situasjon og atferd.

Masteroppgaven til Hoel og Rønnild (2009) har som siktemål å analysere sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag, og de fant at teori blir forstått som kunnskap tilegnet ved utdanning, og praksis ervervet gjennom erfaring med pasienter og klienter. Teoretisk kunnskaps betydning blir verifisert gjennom praksis. Hvis teori ikke er anvendelig i praksis, får den heller ikke betydning. Studien viser også til at det på den ene siden blir uttrykt et behov for et høyere teoretisk faglig nivå, men på den andre siden representerer en akademisering å fjerne seg fra fagfeltes kjerne, nemlig praksisfeltet. Mest relevant for denne undersøkelsen er at det viser seg at det mellom teori og praksis eksisterer et intervall. Dette kaller Hoel og Rønnild (2009) for *tause selvfølgerliggjøringsprosesser*. Disse prosessene viser til at teoretisk kunnskap forsvinner som en del av sosialt arbeids kunnskap, ettersom den ikke lengre kan skilles fra den praktiske kunnskapen i utøvelsen. På denne måten kan sosialt arbeid stå ovenfor et formuleringsproblem i deres artikulering av kunnskap i utøvelsen av faget. Med selvfølgerliggjøring menes det at kunnskap blir tatt for gitt, og at den ikke lenger anerkjennes. Diskursbegrepet står sentralt i denne studien og viser til at når det er snakk om en diskurs så vil det alltid være noe som er forbudt og noe som er tillatt å utrykke seg om (Foucault, 1970). For informantene i studien blir *akademia* en diskurs, og praksis (*den dyktige praktiker/å starte der den andre er*) en annen. Foucault (1970) viser til at sann kunnskap innen en vitenskap

alltid vil være avhengig av etablerte forestillinger som bidrar til å skape regler og rammer for individet og deres handlinger. Informantene i Hoel og Rønnilds' (2009) studie viser til at den sanne kunnskapen for dem er praksis, samtidig som de må forholde seg til den andre diskursen, *akademia (teorififfen)*. De vektlegger at sosialt arbeid må legge mer vekt på å være teoretisk, og at en bør ta utgangspunkt i målbare metoder som er i tråd med samfunnets generelle vitenskapelige kriterier. På denne måten skyves praksiskunnskap i skyggen av det teoretiske. Når det foreligger en oppfattelse av hva som er gyldig kunnskap, kan diskursen om *akademia* opptre som usynlig for informantene i denne studien. Den blir naturliggjort slik at de ikke stiller spørsmål til den eller er bevisst på dens påvirkning. Behovet og opplevelsen av trygghet bidrar til at informantene blir ubemerket inn i *akademia* diskursen, og de henger seg på uten motstand.

Når det gjelder hvordan barnevernarbeideren kan anvende sine ferdigheter og verdier i praksis har Uggerøj (1996) intervjuet 28 barnefamilier som stod i fare for omsorgsovertakelse og 11 sosialarbeidere i Danmark. Denne forskningen viste at familiene ikke opplevde at de er avhengige av systemet, men av sosialarbeidere og den personlige kontakten de hadde med dem. Begrepet «menneskelig profesjonell» introduseres, og henviser til at det er familienes opplevelse av tillit, og sosialarbeiderens evne til å vise menneskelighet, engasjement og ærlighet i kontakten som betyr noe. Dersom en som ansatt i hjelpeapparatet klarer å anvende denne menneskelige profesjonalismen som en konkret ferdighet kan forutsetningene for deltaking ligge tilstede på en bedre måte. Deltaking har videre vært gjenstand for mange faglige diskusjoner de siste tiårene, og i denne undersøkelsen foreligger det er utvidet fokus på barns deltagelse som en følge av diagnostisering i det barnvern faglige arbeidet.

I hvor stor grad barneverntjenesten snakker med og involverer barn har vært gjenstand for forskning gjennom flere undersøkelser her til lands. Norske undersøkelser viser noe varierende resultat. Seim og Slettebø (2007) erfarte gjennom sitt brukermedvirkningsprosjekt at brukeren i liten grad hadde kjenneskap til hva barnevernet kan hjelpe til med, hvordan beslutninger tas, hvordan barnevernet er organisert, og hvilke rettigheter og plikter de har. De fleste ansatte i barneverntjenesten var usikre på betydningen av brukermedvirkning, og de hadde få konkrete forslag til hva det kunne innebære i praksis. Mange mente at deltagelse og brukermedvirkning ikke var relevant for barnevernet og de var skeptiske til at brukerne skulle få bestemme mer. Havnen, Christiansen og Havik (1998) fant i sin undersøkelse ved fire

bydeler i Bergen, at barnet var involvert i kun 30 av 90 undersøkelsessaker. I kun to saker hadde barnevernet samtale med barnet uten foreldrene til stede. Husby (2002) intervjuet 8 barnevernarbeidere om deres kontakt med barna i konkrete barnevernundersøkelser. Noen av barnevernarbeiderne var opptatt av informasjonsaspektet, det vil si å få mest mulig informasjon for å belyse saken. Kontakten med barnet forgikk i hovedsak gjennom samtaler med foreldrene til stede. I halvparten av sakene fikk barnas uttalelser lite innvirkning på beslutninger som barnevernarbeideren fattet. Flere brukerundersøkelser understreker at brukerne selv er eksperter i sine egne liv og deres kunnskaper og erfaringer må telle med på lik linje med annen kunnskap når hjelpetiltak skal tilbys og beslutninger fattes. Det fremheves at et aktørperspektiv forutsetter også en avmystifisering av profesjonell kunnskap, klientene må kunne redefinere sine problemer på egne premisser, og vise at det er en sammenheng mellom individuelle problemer og sosial ulikhet (Williams, Popay og Oakley 1999).

Innenfor psykisk helsevern har det den senere tid også blitt publisert noen rapporter om hvorvidt brukere blir tatt med som samarbeidspartnere. Slik forskning er viktig i denne sammenheng fordi den danner en bakgrunnsforståelse om hvorvidt deltakelse av barn implementeres og forstås innenfor de barne – og ungdomspsykiatriske rammene. SINTEF rapporten; ”Brukerbasert evaluering av det kommunale tjenestetilbudet for barn og unge med psykiske vansker 2004-2007” inngår i evaluering av Opptrappingsplanen for psykisk helse, hvor problemstillinger som i hovedsak omhandler i hvilken grad brukere med psykiske vansker er tilfreds med samhandling mellom tjenester, men også hvorvidt brukerne blir tatt med som samarbeidspartnere. Prosjektet er basert på en brukerundersøkelse blant barn, unge og deres foresatte som er brukere av PP-tjenesten eller helsestasjon og skolehelsetjenesten. Undersøkelsen ble gjennomført i form av spørreskjemaundersøkelse. Noen sentrale funn i denne rapporten viser at barn, ungdom og deres foresatte opplever i stor grad helsestasjonen og PP-tjenesten instanser som møter brukerne på en positiv og ivaretaende måte. Studien viser også at brukerne og deres foresatte i stor grad opplever at de har mulighet til å påvirke tjenestene. I denne undersøkelsen er foresatte informanter på vegne av barn under 16 år, dette begrunnes med krav om samtykkekompetanse for denne gruppen og fordi foreldre ansees som en viktig på i vurderingen av barnets tjenestetilbud. Resultater fra undersøkelsen viser at foresatte i stor grad er tilfreds med muligheten for medvirkning i forhold til tjenestene. De opplevde at de var en viktig samarbeidspartner av tjenestene de var i kontakt med, og at de hadde muligheten til å påvirke tjenestene i stor grad. Det må likevel presiseres at det fortsatt

er svært viktig å fokusere på at brukernes, og i dette henseende barn og unges, stemme blir hørt. En stor andel av barn og ungdom med psykiske vansker rapporterer imidlertid om mangel på kontinuitet i tjenestetilbudet, og dette er ikke i tråd med Opptappingsplanen om helhetlige, sammenhengende og koordinerte tjenester. De rapporterer at de ofte må gjenta sin historie i møte med tjenesteapparatet. Svært mange i undersøkelsen opplevde at de ble hørt og tatt på alvor, at tjenesteyter viste omtanke og forståelse for deres situasjon og at forholdet var preget av tillit. De ansattes fagkompetanse ser ut til å være en sentral faktor i møte mellom brukere og tjenesteapparat. Undersøkelsen sier videre noe om at de største utfordringene når det gjelder tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske vansker ser ut til å være knyttet til samhandling mellom tjenester.

Dybdahl et. al (2009) belyser helse- og sosial personells holdninger til brukeres involvering og rettigheter. Spesielt i forhold til problemvurdering, diagnostisering og behandlingsmål, tilbud og fornøydhet. Det vektlegges at sosialfaglig kompetanse og kompetanseutvikling hos sosialarbeideres utøvelse og beskrivelse av sosialt arbeid i psykisk helsevern for barn og unge er sentralt. Ett av temaene som ble gjenstand for mye refleksjon og diskusjon var innvirkningen politiske målsetninger og rammer har for sosialfaglig praksis. Det ble også diskutert hvorvidt sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag og verdier sammenfaller med disse føringene.

Sofie Normann (2009) har skrevet en rapport på oppdrag fra RBUP Nord, som har som målsetting å belyse hva som er sosionomer og barnevernpedagogers kompetanse i spesialhelsetjenesten for barn og unges psykiske helse, og hva som er viktige sosialfaglige kompetanseområder. Hun viser til at en ekspertrolle blir tydeliggjort gjennom vektleggingen av kartleggingsinstrumenter, strukturerte intervju og tester i møte med klientene, og hvordan dette lett kan føre til en gjensidig bekreftelse og forståelse av forventningene til hva en skal gjøre uten at det er formidlet språklig. Det er behandleren som vet hva som er problemet eller sykdommen bare spørsmålene besvares eller oppgavene utføres. Disse forventningene om å være en ekspert møter altså sosialarbeiderne. Det formidles en tydelig utfordring som ligger i motstridene forventninger; å være en ekspert for en annen samarbeidspart eller handle ut fra en grunnleggende verdi i eget fag. I dag skal barn og unges problemer utredes ved bruk av tester og verktøy som tradisjonelt ikke inngår i en sosialfaglig tilnæringsmåte. Flere av informantene i Normanns' (2009) undersøkelse gir uttrykk for at det er en utfordring å kunne



se og ta i bruk sin egen kunnskap i forhold til disse forventningene. Å kunne arbeide ressurs og mestringsorientert beskrives som grunnleggende viktig, men også utfordrende i forhold til sykdomstenkningen i psykiske helsevern. For sosialarbeiderne blir forståelsen av atferd og uttrykk knyttet til diagnose en for snever forståelsesramme å arbeide ut fra. Normann (2009) fremhever at den foretrukne kunnskapen hovedsakelig er medisinsk/psykiatrisk og psykologisk dersom en ser kunnskap ut fra et maktperspektiv. Dette kommer til syne gjennom innehavelse av sentrale stillinger og verv, hvem som treffer beslutninger og definere kvalitetskriterier i arbeidet. Forskjellene er også store når det gjelder verdsetting lønnsmessig. Om maktforholdene i liten grad blir formulert og tydeliggjort i det daglige vil de prege sosialarbeidernes forståelse av seg selv og andre, og sannsynligvis også synet på egen kunnskap. Disse maktstrukturene tas lett for gitt, vi forholder oss til dem nærmest som noe naturlig som det ikke stilles spørsmål ved (Normann, 2009). Vika & Jørgensen (2009) vektlegger at det sosialfaglige og sosialpsykiatriske perspektivet marginaliseres i psykisk helsevern. Bekymringen deres dreier seg ikke bare om profesjonskamp, men også at det har blitt mindre plass til å jobbe med folk i deres livs sammenheng.

Det foreligger videre to masteroppgaver som tar for seg hvordan barn opplever psykisk sykdom (Tveit 1998; Haug, 2003). Disse undersøkelsene er relevante fordi de sier noe om hvordan de psykiatriske diagnosene oppleves av omgivelsene til barn som har fått en diagnose. Disse funnene kan videre settes i sammenheng med barnevernarbeidernes erfaringer, og belyse kompleksiteten som kan oppstå i det barnevernfaglige arbeidet når barn diagnostiseres. Tveit (1998) gjennomførte 18 kvalitative intervju med 16 – åringene om hvilke tanker de har om mental helse og sykdom. Resultatene pekte mot at ungdommene ser på psykiske problem som delvis nedsettende og stigmatiserende, men også noe mer nyansert og reflektert. Ungdommene i denne undersøkelsen snakker om andre i sitt nærmiljø som de oppfatter som personer med psykiske problem, og ikke om seg selv og sine egne opplevelse og erfaringer. På generelt grunnlag kjente disse ungdommene lite til det psykiatriske hjelpeapparatet. Tilsvarende resultat fant også Secker et. al (1999) som utforsket hvordan ungdommer konstruerte sin forståelse av psykisk sykdom. De skilte mellom avvik fra personlige normer og avvik fra sosiale normer.

Haug (2003) ser på barn og unges forståelse av annerledeshet og psykisk sykdom. Hun dybdeintervjuet barn om deres hverdagsliv, deres forståelse og erfaring med psykisk sykdom

og galskap og fant at barn og unge ikke beskriver og forstår psykisk syke mennesker på samme måte som biomedisinen gjør det. Medisinsk terminologi knyttet til psykisk sykdom er for det meste ukjent for dem. De er lite kjent med denne måte å kategorisere på og svarene de gir blir derfor preget av deres sosiale forståelsesramme og ikke den biomedisinske forståelsesrammen. Funnene viser at det ikke er naturlig for barn og unge og anvende de samme kategoriseringsverktøyene som det medisinsk psykiatriske paradigmet gjør. De karakteristikkene de er ukjent med klarer de heller ikke å kategorisere. Dersom ungdom som har fått en psykiatrisk diagnose ikke "passer inn" i forståelsesrammene til sine jevnaldrende og diagnosen fører med seg karakteristikk som vanskelig lar seg kategorisere, vil de ut i fra disse intervjuene sine funn bli tatt avstand fra og gitt lite sympati. Det er imidlertid viktig å merke seg at barna og ungdommene i intervjuene i liten grad ser på atferd som var kjent for de (gjennom vignettene) som psykisk sykdom slik det defineres ut fra en biomedisinsk modell. Undersøkelsen viser til at det ble gjort et skille mellom fysisk sykdom, psykisk sykdom og annerledeshet. Barna og ungdommene brukte ikke disse begrepene selv, men måtte få dem forklart (Haug, 2003). En av ungdommene i undersøkelsen sier dette om psykisk sykdom:

*"En person som er psykisk syk har det vondt med seg selv. Og har det litt vanskelig og sånn. De er VELDIG annerledes da. Du ser at de er litt sånn... kanskje litt tilbakestående..."*

*Carina, 13 år.*

Barn og unge konstruerer psykisk sykdom ut fra erfaringer og kunnskaper de har. Haug (2003) sitter igjen med et inntrykk av at til tross for at det har blitt mer åpenhet omkring psykisk sykdom (kjente personer står frem med sine problem, Stortingsmelding nummer 25) så har ikke barn og unge fått større kunnskap om psykisk sykdom. Ungdommene i Haug (2003) sine intervjuer poengterer at en kan bli frisk igjen av fysisk sykdom i motsetning til psykisk sykdom som de mener det er vanskelig å komme seg ut av. Når det gjelder fysisk sykdom bruker respondentene terminologi knyttet til den biomedisinske tradisjonen. Det er enklere å lage konstruksjoner og sosiale representasjoner for respondentene fordi de har kjennskap gjennom egne erfaringer og opplevelse til denne type sykdommer og kan derfor kategorisere dem. Haug (2003) slår fast at barn og unge i undersøkelsen ikke kategoriserer mennesker med utgangspunkt i en biomedisinsk forståelse av psykisk sykdom, men som annerledeshet innen en sosial forståelsesmodell. Men når det gjelder fysisk sykdom er de godt

kjent med den biomedisinske forståelse.

Den presenterte litteraturen og forskningen danner som nevnt bakgrunn for interesse, valg av tema og presentasjon av resultatene. Hovedvekten i denne undersøkelsen ligger på egen empiri, innhentes gjennom kvalitative intervju med barnevernarbeidere. Jeg vil i det følgende gjøre rede for metodiske valg og gjennomføring av selve undersøkelsen.

### **3. Metode og gjennomføring**

En metode sier noe om hvordan man kan fremskaffe eller etterprøve kunnskap. Begrunnelsen for valg av metode er at metoden vil gi forsvarlige data og belyse det spørsmålet som stilles på en faglig og god måte. Et hvilket som helst middel som tjener dette formålet, hører inn under arsenalet av metoder (Dalland, 2000). Samfunnsvitenskapen skiller mellom kvantitative og kvalitative metoder. Metodene forsøker å bidra til en bedre forståelse av samfunnet, og hvordan enkeltmennesker, grupper og institusjoner handler og samhandler. Utover dette formålet er forskjellene store (Dalland, 2000). Jeg har i denne oppgaven valgt å benytte meg av den kvalitative metoden i form av åpne dybdeintervju, med den begrunnelsen at bruk av denne metoden tillater meg og utforske et område som det finnes lite systematisk kunnskap om. Mitt hovedfokus vil være å karakterisere og vise til de kvalitetene eller egenskapene ved de fenomenene jeg studerer gjennom et eksplorative design. Kunnskapssynet som kvalitativ forskning representerer forutsetter at den sosiale verdenen konstrueres kontinuerlig. Jeg er ute etter å forstå informantenes situasjon og mening, og en kvalitativ innfallsvinkel var derfor hensiktsmessig i min undersøkelse. Styrken ved kvalitative intervju blir således at den legger til rette for innblikk i en mangfoldig menneskelig verden (Kvale, 2007). Denne kvalitative metodetilnærmingen bygger på teorier om fortolkning (hermeneutikk) og menneskelig erfaring (fenomenologi).

#### **Fenomenologi og hermeneutikk**

Den hermeneutiske forståelsesrammen er sentral i oppgaven. Hermeneutikken er opprinnelig en teologisk tekstdisiplin som har utviklet seg til en ren filologisk teksttolkningsmetode. Historiske og sosial sammenhenger som ligger bak teksten er viktige og må fortolkes i en

forstående metode (Aadland, 1997). En fenomenologisk hermeneutisk metode er egnet til å belyse menneskelige erfaringer og oppfatninger med utgangspunkt i deres perspektiv. Oppmerksomheten rettes mot subjektet og dets erfaringer, og mitt fokus er derfor rettet mot barnevernarbeidernes opplevelser og erfaringer fra deres ståsted (Thomassen, 2006). Jeg pretenderer ikke å fortelle ”hele sannheten” om hvordan det er for barnevernansatte å arbeide med barn som har fått en psykiatrisk diagnose, og hvilke følger dette får, men jeg ønsker å formidle noen av de barnevernarbeidernes opplevelse og erfaringer med denne type arbeid. Fenomenologien legger vekt på konkrete, fylldige og erfaringsbaserte beskrivelser. Selv om analysene ikke er representative i en kvantitativ forstand, har de en informasjonsverdi utover det som gjelder for den enkelte som har blitt intervjuet.

Jeg har intervjuet ”profesjonelle hjelpere” og har gjennom dette fått en tekst å tolke, men jeg kan ikke fri meg fra å bli påvirket av informantene slik jeg har møtt dem. På denne måten ble barnevernarbeidernes fortellinger mer enn de ordene de sa. Med dette som utgangspunkt har det derfor vært viktig å kunne vise til hvordan resultater har blitt til og hvordan jeg har analysert dem. Gjennom et fenomenologisk perspektiv skal forskeren ta avstand fra egeninteresser (Tranøy, 1986). Den faglige interessen har likevel preget min forforståelse i møte med barnevernsarbeiderne, og i tillegg har jeg noen arbeidserfaringer med barn som også har preget min teoretiske forforståelse. Teori om hva som skaper psykiatrisk sykdom kan forstås på ulike måter, og hvordan dette kan virke positivt eller negativt og teori om hvordan barn konstruerer sin virkelighet har vært med på å prege meg i møtet med informantene. Min personlige og teoretiske forforståelse har preget datainnsamlingen. Oppmerksomheten min var rettet mot informantenes erfaringer, og i tråd med fenomenologisk tenkning forsøkte jeg å ta avstand fra egeninteresser og holde fokuset på informanten og dens erfaringer og opplevelse (Schjelderup og Omre, 2009). I tillegg er denne form for intervju en god design fordi den understøtter den eksplorerende intensjonen ved studien, ettersom en styrke ved denne metoden er at den gir anledning til å følge opp viktige tema som kommer frem fra informantene. Dette er en sentral forskjell fra kvantitative studier hvor svaralternativene er fastlåste i en datainnsamlingsammenheng. Det er hovedsakelig en fortolkning av informantenes forståelse og forklaringer som kommer til syne i denne oppgaven, men også relevant og interessant litteratur vil fungere som supplerende, klargjørende og danne bakteppe for dataanalysen og drøftningen. Det metodiske valget gir meg som intervjuer noen muligheter, men samtidig også noen begrensinger. Ved å vektlegge og fokusere

barnevernarbeidernes forståelse og opplevelse løftes ikke barnas egne erfaringer frem, og barnets stemme kommer heller ikke til sin rett.

## **Utvalg, rekruttering og datainnsamling**

Undersøkelsen hadde som nevnt i utgangspunktet et ønske om å omhandle og inkludere barn som hadde fått en psykiatrisk diagnose, men siden diagnosebegrepet skulle komme til å bli viet såpass stor oppmerksomhet viste det seg at prosjektet måtte legges frem for Regional Etisk Komité. Dette var en prosess som ville ta mer tid en jeg hadde på daværende tidspunkt. Med tanke på tidsaspektet ble problemstillingen derfor omformulert til å omhandle ansatte innenfor barnevernet.

Utvalget er basert på et ønske om å få belyst problemstillingene fra barnevernarbeidere som arbeider med forskjellige barn som har fått en psykiatrisk diagnose. Jeg hadde ingen kjennskap til noen av informantene fra tidligere. Barnevernarbeiderne som ble intervjuet har til felles at de er sosialfaglig utdannet, det vil si at de enten er sosionomer eller barnevernpedagoger. Informantene ble rekruttert ved at jeg tok kontakt med ledelsen ved en barneverntjeneste, og de videreformidlet kontakt med barnevernsansatte som kunne tenke seg å delta på bakgrunn av et informasjonsskriv (vedlegg). Jeg ringte til informantene og informerte om undersøkelsen, og jeg sendte dem en e-post med samtykkeerklæring og informasjonsskrivet. Deretter avtalte vi tid og sted for intervjuene, som i utgangspunktet var satt til å ta 1 time, men som ofte dro litt lengre ut ettersom informantene hadde mye å fortelle. Jeg hadde ikke tilgang på noe eget kontor når intervjuene skulle gjennomføres, så jeg oppsøkte de ansatte på deres eget kontor i arbeidstiden. Jeg fikk mulighet til å gjennomføre fire intervju, og i etterkant av det første intervjuet oppdaget jeg at jeg hadde hatt mulighet til å gå mer i dybden av svarene jeg fikk. Siden dette var mitt første intervju var jeg ennå ikke helt trygg i rollen som intervjuer, og jeg var nok litt forsiktig med spørsmålene jeg stilte, og i oppfølgingen av disse. I analyseprosessen oppdaget jeg at det lå et potensial i dette intervjuet som ikke var helt oppfylt. Den interessante vendingen kom når informanten tok kontakt med meg, og ønsket å sende meg en e-post med tanker vedkommende hadde gjort seg i etterkant av intervjuet, og som vedkommende ønsket å forklare nærmere. Siden både jeg og informanten hadde en følelse av at her lå det noe uavklart avtale vi å gjennomføre enda et

intervju hvor vi gikk mer i dybden, og hvor jeg nå fikk utforske nye emner og tema som var kommet til på bakgrunn av det første intervjuet.

I intervjuene hadde jeg med meg en intervjuguide som hjelpemiddel (vedlegg).

Undersøkelsen har som nevnt en eksplorerende design, og intervjuene av de barnevernansatte var semi – strukturerte. Det vil si at tematikk for intervjuene var delvis forhåndsbestemte temaområder innenfor barnevern og psykiatrisk diagnostisering som jeg ønsket nærmere utdypet, samtidig som jeg under intervjuene forfulgte interessante tematikken som måtte komme opp underveis. Guiden var nyttig å ha når samtalen sporet ut, og med bruk av denne fikk jeg kommet innom de fleste temaene jeg hadde satt opp på forhånd. Intervjuguidens grunnstamme var den samme gjennom alle intervjuene, men jeg fikk bruk for å endre noen av de åpne spørsmålene etter hvert som intervjuene ble gjennomført. Dette fordi jeg gjennom samtale med de barnevernansatte oppdaget nye problemstillinger og interessante temaer. Det er viktig med tanke på validitet og hele tiden å vurdere om spørsmålene og formuleringene fungerer etter hensikten (Malterud, 2003), og etter hvert som min for forståelse forandret seg underveis var det en viktig prosess og hele tiden ta inn ny forståelse og reflektere omkring denne. Intervjuene ble tatt opp på diktafon, og ble transkribert ut fra denne kort tid etter intervjuene var avsluttet, dette på grunn av validitetsmessige hensyn og for å ivareta de ferske inntrykkene (Malterud, 2003). Jeg fant imidlertid ut under transkripsjonen at jeg noen steder sannsynligvis burde tålt stillheten bedre og latt informantene fått mer tid til refleksjon gjennom lengre pauser før neste spørsmål. Det var også et par eksempler underveis hvor jeg burde stilt flere utdypende spørsmål, og ikke vært tilfreds med de svarene jeg fikk da jeg hadde inntrykk av at det lå ”mer bak”. Jeg satt meg også etter kort tid ned for å notere inntrykk og viktige poeng. Underveis i intervjuene noterte jeg meg spesielle forhold, som kroppsspråk eller avbrudd etc., i tillegg til at jeg direkte etter hvert intervju noterte inntrykk, refleksjoner og andre faktorer som jeg tenkte kunne ha betydning for best mulig å dokumentere forbindelsen mellom analysen og intervjuet. Slike feltnotater bidrar til økt validitet (Malterud, 2003). Siden muntlig språk i tekstform kan oppleves som usammenhengende, kan det også virke stigmatiserende ovenfor informantene. Jeg har forsøkt å beskytte informantene ut fra dette hensynet. Jeg har forsøkt å bevare poengene i de sitatene jeg har valgt å benytte, selv om noen sitat er kortet ned ved at jeg har fjernet innhold. Dette er markert med tre punkt og klamme; (...). Transkriberingen var en tidkrevende, men nyttig prosess for å komme dypt inn i informantenes livsverden slik den ble

formidlet. Den ansees også som en viktig del av analyseprosessen (Kvale, 2007).

I forkant av undersøkelsen ble det søkt Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste om konsesjon, den undersøkelsen ble fritatt for plikten (vedlegg). Dette begrunnes i at jeg ikke har oppbevart digitalt lydbånd eller identifiserbare persondata. Videre har jeg ikke vært ute etter hvordan enkeltindivider forholder seg til private fenomener, men hvordan barnevernarbeidere som en større gruppe forholder seg til det barnevernfaglige arbeidet med barn som har fått en psykiatrisk diagnose.

## Mottagelsen

Da jeg kom på kontoret første gang møtte jeg positive og engasjerte barnevernarbeidere, men det virket også som at de var nervøse for samtalen og for hva jeg skulle spørre dem om. Mitt inntrykk var at de trodde at jeg kom for å sjekke om de gjorde jobbene sine tilfredsstillende. En ansatt reagerte slik når jeg spurte henne om etikk var en sentral del av arbeidet;

*”Jeg har etikk – biten med meg, alltid. Skal du spørre meg om jeg husker Yrkesetisk Grunnlagsdokument nå? For jeg synes den var veldig god, uten at jeg helt klarer å huske...”*

Mitt mål med intervjuene var å føre en åpen samtale med de ansatte, uten at jeg ble oppfattet som noen som var der for å sjekke hvilke kunnskap de hadde. Jeg var det for å få innsikt i deres erfaringer og tanker om det å jobbe med barn som hadde fått en psykiatrisk diagnose. Etter hvert som samtalene utviklet seg, og jeg fikk forsikret de om hva min hensikt var slappet de mer av på dette området og samtalen virket mer uanstrengt.

## Å forske i eget felt

Utfordringene var likevel mange fordi jeg forsket i et miljø jeg hadde en viss kjennskap til, likevel var det på mange måter også en fordel. Det å gjøre feltarbeid i egen kultur har blitt beskrevet som å kunne lette tilgangen og legitimere innpass til feltet, noe som også er i overensstemmelse med mine erfaringer fra undersøkelsen. Jeg hadde allerede en del kunnskap om terminologien og det fagspråket som anvendes. Jeg kjente også godt til den sosialfaglige –

og medisinsk orienterte tenkningen, jeg opplevde også at min bakgrunn ga undersøkelsen en uformell troverdighet blant de barnevernansatte. I intervjuene ga barnevernarbeiderne ofte uttrykk for at det var nyttig og lett å snakke med en person som selv hadde jobbet innenfor barnevernet, og som forstod "hva det dreiet seg om". En av de største utfordringene med å gjøre en undersøkelse i hjemlige og kjente omgivelser var at det kunne være vanskelig å få den rette analytiske distansen. Wadel (1991) trekker frem hvordan feltarbeid i egen kultur kan føre til kulturblindhet, og hvordan praksis da kan fremstå som naturlig og selvfølgelig. De brillene jeg hadde på kunne nok bli for fargede, slik at jeg lett kunne overse noe. Det har blitt hevdet at det blir vanskelig å forstå velkjente fenomen som fremmede, og at det derfor er viktig med nøktern avstand til feltet og nødvendig analytisk distanse. På bakgrunn av dette forsøkte jeg i en kulturell forstand å tenke som Hastrup (1992); å gjøre det fremmede hjemlig og det hjemlige fremmed.

I undersøkelsens tidlige fase hadde jeg en forforståelse om at det ville bli vanskelig for barnevernarbeidere å fastholde på sin sosialfaglige kunnskap i møte med et dominerende kunnskapssyn som ville gi seg til kjenne gjennom de psykiatriske diagnosene. I etterkant ser jeg at det til en viss grad synes å stemme. Om dette har utelukkende med kunnskapssyn og definisjonsmakt å gjøre har jeg måtte reflektere og endre noen av mine synspunkter på. Det foreligger andre måter å forstå og forklare disse fenomenene på, og gjennom datainnsamlingen og analysen av den har det kommet overraskelser i beskrivelser og opplevelse av diagnosens betydning for deltakelse og foreldresamarbeid. Mine moralske og faglige idealer styrte således hva jeg la merke til i den tidlige fasen av innsamlingen og analysen, men gjennom kritisk refleksjon har undersøkelsen tatt noen uventede vendinger. Dette vil jeg komme tilbake til ved presentasjon av resultatene og diskusjonen.

Hovedfokus for intervjuene var i utgangspunktet disse:

- a) I hvilken grad, og på hvilken måte preger diagnosesetting barnevernarbeiderens praksis?
- b) I hvilken grad, og på hvilken måte preger dette barnet og deres omgivelser?

Ut i fra disse spørsmålene dukket det opp flere underordnede problemstillinger. For å belyse disse spørsmålene var jeg spesielt opptatt av to forhold. På den ene siden var jeg interessert i



hvordan barnevernarbeiderne sosialfaglige praksis utspilte seg, og jeg valgte da å benytte meg av de tre byggesteiner for sosialt arbeid; kunnskap, verdier og ferdigheter som utgangspunkt (Shulman, 2001). På den andre siden var jeg opptatt av barnevernarbeidernes konkrete handlinger, samhandling og hvilke konsekvenser dette ville få for barnets deltakelse. I denne sammenheng kom barnevernarbeideren med konkrete saker og eksempler som de hadde et spesielt forhold til og som hadde positive og negative aspekt ved seg.

## **Databehandling og analyse**

Analyse er en måte å systematisere og lete etter mønstre basert på nedtegnede hendelser, handlinger, samhandling og samtaler. Analyse kan videre forstås som en runddans mellom teori, metode og dataproduksjon (Wadel, 1991). Mine analyser er preget av denne runddansen, og mine analyser ble stadig preget av nye refleksjoner knyttet til nye møter med det nedtegnede materialet. Etter hvert som det empiriske materialet ble gjennomgått fant jeg nye analytiske innfallsvinkler og perspektiver.

Det empiriske materialet vil ofte sprike og ikke gi noe entydig bilde, men heller gi et mangefassert og komplekst bilde, noe som gir særlige utfordringer i analysearbeidet. Det var derfor nødvendig å forsøke å sortere materialet etter temaer. Jeg har i dette arbeidet primært valgt å følge Ricoeurs' (1979) emneanalyse og fortolkningstrinn. Årsaken til dette metodiske valget var at jeg ikke søkte å få frem allmenngyldige sannheter eller virkeligheter, men jeg søkte etter å beskrive og tolke det som er viktig for en bestemt person i en gitt situasjon, der utsagnene ble formet gjennom personens historie, kontekstuelle omgivelser, erfaringer, tolkninger og meninger (Ricoeur, 1979). Denne hermeneutiske fremgangsmåten innebærer en tekstteoretisk forståelse som omfatter fortolkning gjennom en reflekterende metode. Metoden går ut på at man forsøker å få en avstand slik at man klarer å forstå oss selv bedre og se klarere slik at man kan unngå å fortape seg i tidligere forestillinger om oss selv, de andre og verden (Ricoeur, 1979). Fortolkningstrinnene inspirerte meg til å dele analyseprosessen inn i tre nivå:

Nivå 1: Gjennom den første naive lesning søkte jeg å få et helhetsinntrykk av den foreliggende teksten. Jeg måtte lese gjennom flere ganger for å skape meg et slikt inntrykk, og

i tråd med Ricoeur (1979) bestod dette av å se og lytte til det som berørte meg, slik at den enkelte teksten fikk mening, og fenomener kom til syne.

Nivå 2: På dette nivået ble den enkelte teksten lest med fokus vendt mot tekstens struktur, gjentagende fenomener eller grunntemaer og sammenhenger mellom dem. Jeg var opptatt av hva som ble sagt og betydningsenheter. Dette gjorde jeg for og tydeligere få frem mønstre og sammenhenger. Sentrale temaer ble så skrevet ned i et sammendrag. Jeg forsøkte å se på likheter og ulikheter, på idealer og faktiske handlinger. Jeg gjennomførte en grundig gjennomlesning av hvert intervju, og i denne fasen av analysearbeidet stilte jeg følgende hovedspørsmål til den enkelte tekst: Hvilke sentrale og gjentagende temaer og strukturer synliggjør teksten og hvem av deltakerne i teksten introduserer og opprettholder temaene? Ut fra dialogen mellom min forståelseshorisont og forståelse av den enkelte tekst trådte følgende seks sentrale fenomener, eller grunntemaer frem i de enkelte intervju:

Første grunntema: Informantens opplevelse av DIAGNOSEBEGREPET  
- Om psykiatri, barnevern og faglig ståsted

Andre grunntema: Informantenes opplevelse av TVERRFAGLIG SAMARBEID  
- Om konflikter, idealer og ressurser

Tredje grunntema: Informantenes opplevelse av barnas/familiens DELTAKELSE  
- Om muligheter og utfordringer

Fjerde grunntema: Informantenes opplevelse av DIAGNOSENS BETYDNING for det barnevernfaglige arbeidet, barnet og familien

Femte grunntema: Informantenes opplevelse av KUNNSKAP om diagnoser i barnevernsarbeid

Sjette grunntema: Informantenes opplevelse av FORELDRE-SAMARBEID

Nivå 3: I denne fasen gjennomførte jeg en kritisk fortolkning av det totale materialet.

Grunntemaene ble analysert opp mot helheten, og på denne måten fant jeg noen helhetlige

mønstre. Barnevernarbeidernes utsagn og fortellinger, deres ulike handlinger og samhandlinger ble analysert opp mot helheten. Jeg vurderte tekstene, strukturen og grunntemaene i det enkelte intervju opp mot helheten – det samlede materialet. Denne lesningen synliggjorde en sammenheng mellom de ideer, fenomener og grunntemaer som var kommet frem tidligere i analysearbeidet. Seks grunntemaer som gjenspeilet informantenes opplevelse av diagnosebegrepet, tverrfaglig samarbeid, deltakelse, kunnskapsgrunnlag og foreldre – samarbeid. Disse grunntemaene ble nå integrert til undersøkelsen 3 hovedtemaer. Hovedtemaer som representerer mine fortolkninger og nye forståelse av det totale intervju materialet. Hovedtemaene ble som følger:

Hovedtema 1: Spenningsfeltet i ulike kunnskapssyn mellom sosialfaglig teori og praksis. Dette hovedtemaet inkluderer mine fortolkninger og forståelse av informantenes opplevelse (grunntemaer) av diagnosebegrepet, dets betydning for barnevernfaglig arbeid og det tverrfaglige samarbeidet mellom barnevern og psykiatri.

Hovedtema 2: Deltakelse – muligheter og begrensninger. Et hovedtema som inkluderer min forståelse av informantenes opplevelse (grunntemaer) av hvilken måte, og hvordan barn med psykiatriske diagnoser får delta i det barnevernfaglige arbeidet. Dette er opplevelse og erfaringer som blir definert og synliggjort gjennom begreper som barnevernarbeideres kunnskapsgrunnlag, deltakelse og foreldre – samarbeid.

Hovedtema 3: Diagnosens betydning for det barnevernfaglige arbeidet. Et hovedtema som har til formål å se på hvordan praksis utspiller seg som en følge av å jobbe med barn som har fått en psykiatrisk diagnose. Dette temaet oppsummerer de tre første hovedtemaene, ettersom det barnevernfaglige arbeidet endrer seg når sosialfaglige praksiser og den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen møtes, videre vil grad og form av deltakelse legge noen viktige premisser for utførelsen av arbeidet. Informantenes opplevelse av diagnosens betydning for barnet, familien og omgivelsene danner også bakgrunn for den barnevernfaglige praksisen.

Hovedtemaene må sees på som komplementære og i stadig samspill med hverandre, og ikke som tre enkelte kategorier, da dette vil være en forenkling av de opplevelsene informantene gjenga. Ut i fra helheten vil jeg illustrere og belegge min forståelse av intervjuenes resultater, hovedtemaer med sitater fra forskningsdialogens tekster (det totale intervju materialet).

Prosessen med innsamling av data, bearbeidelse av materialet og integrering av analyseprosessen forståelse har vært lang, arbeidskrevende og omstendig. Overgangen fra materialets grunntemaer (diagnosebegrepet, tverrfaglig samarbeid, deltakelse, diagnosens betydning, kunnskapsgrunnlag og foreldre – samarbeid) til undersøkelsens hovedtemaer er ikke subjektiv gjetning, men sitater som fortolkes inn i en kontekstuell sammenheng, og i den forstand legitimerer seg selv. En mening, en redefinering av hva informantene faktisk beretter, en fortolkning av teksten. Undersøkelsens temaer muliggjør ny mening og betydningsmuligheter. Informantenes fortellinger om et spenningsfelt mellom psykiatri og barnevern knyttes til det jeg har valgt å kalle sosialfaglige teori og praksis i møte med det medisinsk – psykiatriske paradigmet. Dette knyttes så videre opp mot deltakelse, kunnskap, makt og diagnosens betydning for barnet, familien, dets omgivelser og for barnevernarbeiderens faglige arbeid. Resultatene fra undersøkelsen tar ikke sikte på å omfatte alle aktører innenfor barnevernarbeid, men synliggjør ”et bilde eller bit” av en virkelighet gjennom å fokusere på barnevernarbeideres beretninger fra deres daglige virke. Som deltaker og ansvarlig for forskningsprosessen er det imidlertid viktig å ta et kritisk tilbakeblikk på hele prosessen. I denne sammenheng har jeg stilt meg spørsmål om jeg burde ha intervjuet flere personer, og fra flere sosialfaglige områder? Er det sannsynlig at informantene har unngått å fortelle om viktige hendelser, og har jeg evnet å formidle forskningsmaterialet på en logisk og forståelig måte? Kunne jeg tolket resultatene på en annen måte, og til sist om min undersøkelse er relevant i et sosialfaglig perspektiv?

Jeg holdt hele tiden muligheten for å foreta flere intervju åpne, men ettersom jeg intervjuet informanter med både mye arbeidserfaring og en allsidig bakgrunn avsluttet jeg intervjuprosessen etter 4 dybdeintervju. Informantenes opplevelse sammenfalte i stor grad på noen sentrale områder, men det er klart at materialet fra barnevernarbeidere fra ulike sosialfaglige arenaer kunne ha gitt et bredere grunnlag for ny forståelse. Et utvidet forskningsmateriale som måtte omfatte ulike deler av barnevern, så vel som psykiatri, og i denne sammenheng også barnets egne opplevelse. En slik undersøkelse vil være både spennende og utfordrende, men innebære et langt større prosjekt. Jeg har forsøkt å formidle mitt materiale ut fra etiske refleksjoner, ansvar, kunnskap og bistand fra mine veiledere. Dette ved primært å ha tillit til egen selvstendighet og modenhet, og ikke minst mitt sterke og oppriktige ønske om å bidra til større forståelse og kunnskap om diagnosenes betydning for

det barnevernfaglige arbeidet.

Etter hvert som dette arbeidet vokste frem, så jeg at materialet lå godt til rette for å diskutere i forhold til M. Foucault (1970) og hans perspektiver på makt, kunnskap, profesjonalisering og disiplinering. Jeg har derfor valgt å diskutere noe av resultatet på denne bakgrunn.

Schjelderup og Omres' (2009) deltakerstige knyttes opp mot deler av materialet. Jeg har som nevnt også hatt to overordnede perspektiv i analysearbeidet. Den sosial konstruktivistiske tilnærmingen legges til grunn, og omfatter maktperspektivet og sosialt arbeids arbeidsgrunnlag knyttet til Habermas' (1996) teorier om livsverden og systemverden. På den andre siden ser jeg resultatene ut fra en medisinsk – psykiatrisk tilnærming, som også omfatter diagnosebegrepet i seg selv, samt maktperspektiver. Disse to paradigmenes har svært forskjellig innhold og uttrykk. I denne sammenheng kan det være nyttig å se til T. Kuhns' (1970) teori om de ulike paradigmenes. Et paradigme forstås som et allment anerkjent tankesystem, som i en periode fungerer som modell for forståelsen av problemer og for det som skal aksepteres som forklaringer og løsninger innenfor et fellesskap. Sentrale begreper i Kuhns' (1970) teori er paradigme, paradigmeskifte, anomalier og normalvitenskap. Hans teori er avgrenset til å handle om vitenskapelig kunnskapsproduksjon, men sier selv at ideene også kan overføres og nyttiggjøres i forhold til andre endrings- og utviklingsforhold. I sin teori om kunnskapsutvikling er Kuhn (1970) opptatt av den treghet som oppstår i overganger fra det han betegner som et paradigme til et annet. Kort sagt overgang fra det etablerte til endringer er innarbeidet. Han tar til orde for at en endringsprosess gjennomgår ulike stadier, hvor utviklingen skjer i form av sprang og revolusjoner. Overgang fra et paradigme til et annet skjer i følge Kuhn gjennom det han betegner som revolusjoner. En revolusjon innebærer brudd med det eksisterende, og forutsetter at det er noe før og noe etter. Noe forstyrrer det etablerte og igangsetter en revolusjon. Revolusjoner fører med seg brudd med det eksisterende (tradisjonell praksis), innbefattet kunnskap og kompetanse, måter man stiller spørsmål på etc. Dette nye som dukker opp kaller Kuhn (1970) anomalier. Anomalier har en forstyrrende effekt på det etablerte og lar seg vanskelig integrere og forene med det eksisterende. Overført til praksis innen barnevern kan anomalier forstås som ny kunnskap som følge av barnevernsforskning, endringer i offentlige retningslinjer og betingelser for behandling og komplikasjoner i klientens problematikk som ikke kan forstås ut i fra tidligere erfaring og kunnskap.

## Overførbarhet & validitet

Malterud (2003) fremhever hvordan intern validitet viser til hvordan resultatet reflekterer temaet for undersøkelsen, om den valgte metoden og om spørsmålene har vært egnet til å belyse forskningsspørsmålene. Gjennom å drøfte hvorfor valget av metode ble som det ble øker undersøkelsens troverdighet og generaliserbarhet. Det eksplorerende designet, med kvalitative dybdeintervju er en metode som egner seg godt for å få frem data om personlige erfaringer. Mine delvis strukturerte intervju var til god nytte for å holde seg innenfor de temaene som var planlagte, samtidig var det rom for endringer og oppfølgingsspørsmål slik at informanten også kunne se nye sammenhenger. Som nevnt er det i tråd med fenomenologisk tenkning viktig å være åpen og undrende i møte med informantene, og en standardisering kan ødelegge denne muligheten til å være fleksibel og eksplorerende på en åpen måte (Kvale, 2007). Validiteten av datamaterialet vil også avhenge av min evne til å kommunisere, selvreflektere, min for forståelse og min kunnskap til feltet. Svakheten ved at jeg anvender meg selv som instrument for datainnsamlingen er at forskere i noen sammenhenger har stor makt over intervjusituasjonen og i analysearbeidet (Malterud, 2003).

Utvalget av barnevernarbeidere begrenser seg til en del av hjelpeapparatet, og jeg vet ikke hva som gjorde at noen valgte å delta som informanter fremfor andre. Intervjuene var også med barnevernarbeidere i en liten by i Norge. Slike skjevheter, og muligens flere, eksisterer i utvalget. Men gjennom intervjuene har jeg likevel kunnet ”identifisere” noen typiske svar som går igjen hos informantene, og som peker mot noen mer generelle utfordringer som barnvernarbeidere står ovenfor i møte med psykiatriske diagnoser. Jeg har også benyttet det kvalitative materialet til å peke på hvilket spenningsfelt som eksisterer på enkelte punkter – i tjenestetilbudet og i barnets liv slik som barnevernarbeidere ser det. Jeg har gjort et forsøk på å forklare og beskrive noen av disse forskjellene.

I denne undersøkelsen har jeg hatt regelmessig kontakt med veiledere, og med flere forskere med på planleggingen og bearbeidelsen øker troverdigheten og bidrar til å kvalitetssikre forskningsprosessen validitetsmessig (Kvale, 2007). Vi har blant annet drøftet problemstillinger, valg av perspektiver og andre ulike alternativer. Jeg har også relevant praksiserfaring fra både psykiatri og barnevern, dette kan som nevnt være utfordrende, men det kan også være med på å øke validiteten til undersøkelsen. Malterud (2003) viser også til

hvordan den eksterne validiteten handler om hvordan resultatene fra undersøkelsen kan overføres til andre sammenhenger. Når jeg nå har diskutert avhandlingens validitet, kan det alltid diskuteres om valg av metode og dataanalyse har vært tilfredsstillende nok. Det er derfor viktig å trekke frem at man innenfor kvalitative metoder ikke baserer seg på generaliserbarhet basert på statistikk og logiske slutninger (Kvale, 2007). Gyldighet i denne sammenheng baserer seg heller på at kunnskap om fenomenet blir overført til leseren i form av forståelse (Malterud, 2003). Det er kvaliteten av undersøkelsen som er i fokus, og resultatet er at man sitter igjen med økt innsikt og kunnskap om i hvilken grad, og på hvilken måte psykiatriske diagnoser virker inn på barnevernsarbeiderens praksis og tankemåte. Forskningsspørsmålene blir på denne måten belyst på bred bakgrunn.

## **Forskningsetiske betraktninger**

Jeg vil nå redegjøre for noen sentrale forskningsetiske betraktninger for datainnsamlingen. Frivillig deltakelse uttrykt gjennom begrepet informert samtykke er hjemlet i forvaltningsloven (Ringdal, 2001). I denne undersøkelsen ble informantene opplyst om at all deltakelse var frivillig både muntlig og skriftlig, og at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuene uten at dette vil få noen konsekvenser for dem. Informantene i undersøkelsen blir også informert om at forble anonyme gjennom hele prosjektprosessen. I informasjonsbrevet til informantene ble det opplyst om at all informasjon ble behandlet konfidensielt og presentert på en måte som ville gjøre at informanten ikke kan identifiseres. Konfidensialitet kan være et problem i forbindelse med bruk av sitater i oppgaven (Ringdal, 2001). Den samlede sitatmengde er derfor forsøkt utformet slik at en ikke kan identifisere den enkelte av informantene. I tillegg er det viktig å presisere at informantene ikke ble ført bak lyset. Dette forsøkte jeg å hindre ved at informantene ble informert om formålet med undersøkelsen og hvem som stod bak. De forskningsetiske retningslinjene har vært sentrale i mine møter med informantene. Prosjektet ble planlagt og utført slik at informantenes integritet ble beskyttet. Arbeidet mitt er basert på en grunnleggende respekt for menneskeverdet, og forskningen skal gjenspeile dette ved å respektere individets frihet og selvbestemmelser.

## Forforståelse

Det er en stor utfordring å åpne seg mot en annens livsverden. Dette stiller strenge krav til tilstedeværelse og bevissthet fra intervjuerens side. Forforståelsen bør dempes så langt det er mulig, men det vil være umulig å møte den andre uten referanserammer (Malterud, 2003). Det var sentralt for den kvalitative forskningsprosessen at jeg prøvde å se bort fra egne forhåndskunnskaper, ettersom dette ville få stor betydning for både analyse og tolkning av resultatene. For å få frem informantenes unike opplevelse måtte jeg kontinuerlig arbeide med å dempe min egen fortolkning. Dette gjorde jeg ved å være bevisst på språkbruk og ordvalg, og jeg la vekt på åpne spørsmål og jeg inntok en lyttende holdning. Det var til tider vanskelig å ha disiplin nok til ikke å inngå i diskusjoner og avbryte informantene underveis i intervjuene. For å kunne arbeide i tråd med den fenomenologiske tilnærmingen var fokus på deres opplevelse og hvordan de selv forstod sine egne erfaringer. Nå kan det imidlertid være at mine fortolkninger ikke stemmer i detalj med hva den enkelte informant har formidlet. Det er derfor viktig å trekke frem at i analysen av materialet har jeg sett på sammenhenger og helheter, noe som gir et litt annet bilde enn den enkeltes informants opplevelse. Mine tolkninger vil også uansett være subjektive, og jeg har min egen forståelseshorisont og erfaringer som gir bakgrunn for hva jeg oppfatter og hva jeg ser vekk fra. Jeg har også valgt ut noen faglige perspektiver fremfor andre, og på denne måten kan noen interessante perspektiver ha gått tapt (Malterud, 2003). Jeg har blant annet valgt å trekke inn det medisinsk – psykiatriske paradigmet som en forståelsesramme. Dette har gitt nye utfordringer underveis, ettersom det mest sannsynlig ville vært tryggest og bare forholde seg til det sosialfaglige profesjonsdomene fordi jeg selv har denne bakgrunnen, men dette har vært et bevisst valg for å få frem hvilke spenninger som utfolder seg når barnevern og psykiatri møtes. Det er viktig å være klar over at dette er et produkt som har vokst frem gjennom en lang refleksjonsprosess som har vært preget av min kunnskap, mine verdier og mine praktiske overveielser. Jeg har blitt nødt til å revurdere valg og retning underveis som ny kunnskap kom til.

## Å produsere en tekst om andre

Når man produserer tekst om andre innebærer dette et moralsk ansvar, da denne kunnskapen skal gjøres offentlig kjent. Det å produsere kunnskap om andre krever ikke bare en



redegjørelse av intervjuerens posisjon, men også etiske vurderinger av hvordan produsere, fremlegge og tilbakeføre tekst til de studerte. Prinsippet med autonomi betyr at informantene ble informert om prosjektets innhold og formål (Schjelderup og Omre, 2009). Med denne undersøkelsen ønsker jeg å skape en sosialfaglig debatt og bevissthet om barnevernarbeideres forståelser og fagideologier i møte med barn som har fått psykiatriske diagnoser. Informantene ble informert om de konsekvenser det kunne ha for dem å delta i undersøkelsen, og at de også hadde en rett til å avbryte samtykket. Fremstillingen av andre er ikke nødvendigvis enkelt tilgjengelig eller akseptabel for de som blir forsket på. Intervjueren vil ofte gå utover den tolkningen informantene selv har av sin verden, og dette kan føre til at de føler seg objektivert, eller at de stiller seg utenforstående til intervjuerens beskrivelser (Malterud, 2003). I denne undersøkelsen søkte jeg å produsere en tekst som innebar å være feltets ideologikritiker ved å sette informantenes handliner og fortellinger inn i nye kontekstuelle sammenhenger. Disse sammenhengene kan være sentrale føringer, stortingsmeldinger, lovverk og ideologier som er nedfelt i de sosialfaglige, og medisinsk – psykiatriske kunnskapstradisjonene. På denne måten løftes ideologier og rammer for praksisutøvelsen frem. Med et for ensidig fokus på rammer kan informantene stå i fare for å bli fremstilt som passive aktører, og dette kan føre til at aktørens egenvurderinger og ansvar for den praksisen de bedriver fratras. Den kritikken som reises i denne undersøkelsen bør sees på som en kritikk av både politiske og faglige rammer, samt sosialfaglige og medisinsk – psykiatriske ideologier, og i mindre grad som en kritikk mot informantene. Målet er ikke å avdekke den enkelte barnevernarbeideren, men om å synliggjøre de grunnleggende dominerende tankemønstre og praksiser.

## **4. Analytiske perspektiver**

I disse avsnittene vil jeg gjøre rede for to overordnede analytiske perspektiver; det sosial konstruktivistiske og det medisinsk – psykiatriske. Disse perspektivene danner bakgrunnen for presentasjonen av resultatene fra undersøkelsen. Innenfor den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen vil jeg se nærmere på diagnosebegrepet og hvilket kunnskapssyn som er dominerende innefor denne retningen. Det sosialt konstruktivistiske perspektivet omhandler en dypere forståelse av maktbegrepet, dets innhold og betydning og jeg vil se på sentrale

elementer av sosialt arbeid innenfor denne retningen. Sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag presenteres gjennom temaer om barnevernsarbeiderens kunnskap, verdier og ferdigheter, og det juridiske rammeverket og det politiske mandat er sentrale bestanddeler av dette kunnskapsgrunnlaget. Avslutningsvis vil jeg gjøre rede for salutogenese perspektivet.

## **Konstruktivisme og barneperspektivet**

Kontroversen omkring hvilken retning som skal dominere sosialt arbeid følger en historisk tradisjon tilbake til fagets fremvekst på 1900 – tallet i USA. På den ene siden stod Jane Addams, som representerte den konstruktivistiske, samfunnsrelaterte retningen, og på den andre Mary Richmond som representerte den individualistiske ekspertisetradisjonen (Schjelderup og Omre, 2006). Dagens diskusjoner innenfor fagfeltet kan spores tilbake til denne kontroversen. Barn og unge har blitt sett på som noe som skal beskyttes, men man har gradvis gått fra å se på barn som objekter til å se på de som selvstendige individer med kompetanse og rett til å definere egne behov. På 90-tallet fikk barn i Norge styrket sin rettsstilling og synet på barn og barndom er endret i takt med den generelle samfunnsutviklingen. Barndomssosiologien har tydeliggjort et syn på barn som sosiale aktører som konstruerer sin sosiale virkelighet (Sandbæk 2001). FNs Barnekonvensjon fra 1989 har vært med på å bidra til denne endringen. Dette har fått konsekvenser for kunnskapsutviklingen i sosialt arbeid. Barn og ungdom er i en konstruktivistisk tilnærming aktiv i konstruksjonen av sitt eget liv. De er medskapere i eget liv gjennom samhandling med omgivelsene (Tiller, 1988). I tråd med at det konstruktivistiske, samfunnsrelaterte perspektivet har vokst frem snakkes det nå om ”det resiliente barnet” og om ”kompetansebarnet”. Innenfor dette perspektivet vektlegges barn som kompetente aktører og deltakere i beslutninger. Mitt perspektivvalg innenfor sosialt arbeid med barn representerer et annet kunnskapssyn enn det som har fokus på definisjonsmakt, klassifiseringer og begrensinger, og som har hatt sterke tradisjoner i sosialt arbeid (Schjelderup og Omre, 2009). Hvordan barn tas i mot og forstås av hjelpeapparatet vil avhenge av hvilken forståelse og perspektiv en har av barn. Den anerkjente norske forskeren Per Olav Tiller (1988) har kommet med kritikk om at den etablerte kunnskapen om barn er sekundær. Han påpeker at barn skal ha karakter av å være en sosial person og ikke et objekt. Barneperspektivet innebærer at en går mer og mer bort fra et paternalistisk syn på barn; hvor det er den voksne som vet best hva barn kan og bør gjøre og

derfor kan ta beslutninger på deres vegne, til et syn på barna som kompetente aktører og som selvstendige subjekt (Tiller 1988; Backe-Hansen, 2001) Barneperspektivet formuleres som oppfattelsen av barn som aktører, som er skapere av og blir skapt av sine betingelser. Barn betraktes som unike personer og ikke som representanter for en kategori (Schjelderup og Omre, 2009:35). Sandbæk (2001) mener en erkjennelse av at barn og foreldre er aktører, kan påvirke den relasjonen som etableres og utvikles med de profesjonelle hjelperne. Fokus rettes mot familienes hverdag, også hva de mestrer og lykkes med. Dette bygger opp under de teoriene som vektlegger myndiggjøring, partnerskap, mestring og kompetanse (myndiggjøring) framfor de mer patologisk orienterte modellene som ensidig fokuserer på risikofaktorer, symptomer og det barn og foreldre ikke mestrer.

Det kan i denne sammenheng være nødvendig å presisere hva som legges i et barneperspektiv gjennom en nærmere forklaring. Emilsson og Saltell (1998) deler begrepet opp i to komponenter; hvor den første er å se ut fra *barnets* synsvinkel og få frem barnets perspektiv og den andre er å ha barnet i *sin* synsvinkel. Schjelderup og Omre (2009) tilføyer tre andre dimensjoner som vektlegger at *barns beste interesser* må fokuseres og tydeliggjøres av alle involverte parter, videre må barnet inkluderes i arbeidsprosesser over tid gjennom *deltakelse* og det må foreligge en eksplisitt redegjørelse av dominerende *tankesett og verdier*, kulturelt og faglig. Konsekvensen og viktigheten av å inneha et barneperspektiv er at de på denne måten i større grad involveres i beslutningstaking, og de blir selv informanter og eksperter på eget liv og barndom. Sett ut fra disse beskrivelsene om barneperspektivet, kan det være nytt og se videre på hvilke konstruktivistiske grunnforutsetninger som ligger tilstede for et slikt perspektiv. Berger og Luckmann' (1996) søker å fremstille en syntese mellom det subjektive, det vil si hvordan individer tilskriver seg mening, og det intersubjektive, som omhandler hvordan mening skapes gjennom samhandling og relasjoner, i sosiale konstruksjoner av virkeligheten. Den sosiale virkeligheten konstruerer opplevelsen av oss selv og våre erfaringer. Det konstruktivistiske perspektivet bryter radikalt med utbredte forestillinger om hva sosialt arbeid er. Moe (2006) viser til at den tradisjonelle objektivistiske modellen er en mekanistisk modell som sier at endring og styring skjer gjennom ytre påvirkning, mens det konstruktivistiske paradigmet viser til at endring kun kan skje ved at systemet endrer seg selv, eller sin egen virkelighetsbeskrivelse. Det tradisjonelle psykodynamiske, individrettede synet på barn har flere paralleller med denne objektivistiske modellen som begge har en forestilling om at dårlig fungering forårsakes av "en svikt i maskineriet". Den profesjonelles oppgave blir

da og diagnostiserer seg frem til defekter å forandre systemet. Det konstruktivistiske paradigmet bryter med en slik oppfatning. Virkeligheten blir ikke sett på som noe objektivt og felles. Systemets, eller barnets i dette henseende, virkelighet er dets egen konstruksjon. Den profesjonelles påvirkning på systemet blir sett på som tolket og bestemt av systemet selv. Det er autonomt og kan ikke styres og manipuleres av andre. Endring i følge den konstruktivistiske tilnærmingen er en aktiv og konstruktiv prosess av erfaringer som må fortolkes og endres gjennom stadig nye erfaringer (Moe, 2006). Et sentralt begrep innenfor konstruktivismen er *diskursbegrepet*. Det foreligger flere definisjoner og forståelser av dette begrepet. Dette er ikke noe jeg vil problematisere videre, men jeg vil i denne oppgaven forholde meg til denne definisjonen av diskursbegrepet;

*”diskurs er tankemønstre som ligger til grunn for hvordan et fenomen defineres, eller hvordan system av utsagn eller oppfatninger konstrueres”*

*(Askheim, 2003:153)*

Den sosial konstruktivistiske tilnærmingen hevder at objektive og isolerte sykdomstilstander ikke kan knyttes til enkeltindividet, det har i stedet sin opprinnelse i hvordan bestemte kulturer, samfunn, sosialkontekster, fagmiljøer og historiske epoker oppfatter, definerer, tolererer og kategoriserer bestemte menneskelig væremåter og i kraft av dette er med på å skape, konstituere og dermed opprettholde og vedlikeholde dem (Hillestad, 2006). Disse tilstandene må oppfattes som kontekstavhengige og relative fenomener med opphav i sosiale og diskursive definisjons- og makt- prosedyrer av forskjellig art. I forlengelsen av dette kan en si at de diskursene som former en psykiatrisk diagnose er knyttet til strukturer, praksiser og de institusjonelle ordningene som er knyttet til vedkommende som har fått en psykiatrisk diagnose. De rådende diskursene får lett status som sannhet, og dette vil derfor få betydning for hvordan barn med psykiatriske diagnoser oppfattes og behandles av omverdenen.

I tillegg er særlig Foucaults' (1970) forståelse av forholdet mellom makt og viten sentral innenfor sosialkonstruktivismen. Kunnskap kan innenfor denne retningen bli sett på som sosialt konstruert, ettersom virkeligheten også er det. Kunnskap skapes gjennom prosesser som både er ideologiske, interesse – og maktbetonte (Alvesson og Sköldberg, 2008). Foucault (1970) ser på makt som noe som alltid er gjensidig tilstede i en relasjon. Maktbegrepet er for han noe som er ideologisk nøytralt. Det mer interessant å se på effektene av makt innenfor de

sosiale sammenhenger den opptrer (Nygaard, 2008). Foucault (1970) påpeker at sannhet og kunnskap ikke er entydige fenomener, men at de må relateres til mak tstrukturer innenfor bestemte historiske, kulturelle og sosiale kontekster (Askheim, 2003). Diskurs er et sentralt begrep også for Foucault (1970). Diskurser blir skapt i språket og i en sosial sammenheng. Makt og diskurs er to sider av samme sak (Nygaard, 2008). Innenfor barnevernsfeltet kan en si at barnevernarbeideren og barnet opprettholder en diskurs om makt i barnevernet ved at de begge underkaster seg barnevernets og samfunnets definisjon av hva som inngår i barnevernets praksis. Et interessant spørsmål blir hva som skjer når diskursen ikke er kjent og inneholder ulike forutsetninger for praksisutførelse?

I denne oppgaven vil jeg ikke problematisere om det finnes en objektiv virkelighet utenom de sosiale konstruksjonene, men vise til at Foucault (1970) vektlegger at maktutøvelse i et moderne samfunn har endret seg fra synlig undertrykking utenfra til en usynliggjort disiplinering av den enkelte. Denne disiplineringen settes i sammenheng med et positivistisk grunnsyn. I følge Foucault (1976) fungerer denne klassifiseringen som virkemidler til normalisering og sosial kontroll, ved at mennesker blir delt inn i syk/frisk og sunn/gal dikotomier (Askheim, 2003). Den konstruktivistiske tilnærmingen ser videre på hvordan språk og meningsdannelse er knyttet til samfunnsmessig makt. Dette omtales som *definisjonsmakten*, og denne danner konstruksjoner hvor mennesker med en eller flere psykiatriske diagnoser havner i kategorier med klare avgrensinger (Askheim, 2003). Et viktig utgangspunkt for god og kritisk praksis innenfor hjelpeapparatet vil derfor være å dekonstruere diskursene som danner grunnlaget for disiplineringen. Sosialt arbeid er videre et fagfelt som opererer innenfor ulike diskurser og kunnskapsregimer. Sosialarbeidere kan sees på som kunnskapsbrukere som forhandler med de ulike diskursene i sitt felt og praksis (Hoel og Rønnild 2009; Levin, 2004). På denne måten kan diskursbegrepet være et bidrag i forhold til å se på mulighetene og begrensingene i barnvernsarbeidernes kunnskapsforståelse. For å få en bedre forståelse av dette er det nyttig å se på sele maktbegrepet, og hvordan det kan forstås.

## **Makt**

Maktbegrepet er omstridt og de fleste er enige om at makten har mange uttrykk (Thomsen, 2000). Makt er flertydig og inngrepene. De forskjellige maktformene strekker seg fra fysisk

tvang til mer ubemerkede former for makt. I de fleste relasjoner mellom hjelpeapparatet og brukere vil det være elementer av strukturell og personlig makt (Bunkholdt og Sandbæk, 2008). Det er også en tett forbindelse mellom diskusjoner om makt og diskusjoner om demokrati. Vårt politiske system hviler på en oppfatning av at borgere skal behandles som autonome individer og at inngrep og innskrenkninger i denne friheten skal ha et legalt grunnlag som i siste instans er basert på demokratiske beslutningsprosesser. Retten til deltaking skal også omfatte barn (Jfr. FNs barnekonvensjon). I denne oppgaven er jeg opptatt av maktformer som viser seg på mikro – nivået i konkrete møter mellom personer. Dette dreier seg om møter mellom representanter for ikke sosiale hjelpesystem, og møte mellom profesjonelle hjelpere og barn som er gitt en psykiatrisk diagnose. Makten kan medføre at barnevernarbeidernes vurderinger tillegges mer vekt enn barnas egne vurderinger av sin livssituasjon (Bunkholdt og Sandbæk, 2008)

M. Foucault (1978) har hatt stor innflytelse på nyere maktdiskusjoner, hvor han har vært opptatt av maktformer som går utover legal myndighet. Dette kan være makt basert på konstruerte sannheter om hva som er best for klienten, - basert på profesjonenes egen problemdefinisjon og mer eller mindre subjektive normer. Jeg vil også se på de maktformene som viser seg på makro – nivået når to ulike og til dels motstridende kunnskapssyn møtes. Foucault (1978) beskriver hvordan medisinen og psykiatrien kan ta kontroll over individet. Gjennom sin maktviten eier de forståelsen om hvordan man sosialt, faglig, moralsk og politisk skal håndtere mennesker gjennom spesielle systematiseringer, klassifiseringer og diagnostiseringer. Makten fungerer også i følge Foucault (1978) tett sammen med viten og vitensproduksjon. Denne makten skaper og installerer individualiserte sannheter i subjektene. Slike subjektiveringsprosesser foregår når makten virker konkret inn på den enkelte sin identitetsdannelse. Foucault (1970) vektlegger videre hvordan sannheten forvaltes av vitenskapene, og han forsøker å vise hvordan sannhetene er koplet til makten og hvilke funksjoner dette har. Makt kan forstås som et nettverk av relasjoner som er i en dynamisk aktivitet. Makten er innebygget i økonomi, seksualitet, disiplin, politikk etc. Når makten er innvevd i vitensproduksjon foregår dette gjennom profesjonalisering og subjektivering. Det er viktig i Foucaults (1978) maktforståelse at makten skapes i relasjonene, og skal derfor analyseres herfra. Ørstavik (1996) har argumentert for at dersom et element av makt er til stede ved menneskelig samhandling, kan det være farlig å late som den ikke finnes. Makt kan kun finnes når den ene parten ikke er fullstendig kolonialisert av den andre, og derfor kan en

ikke tenke seg makt uten motstand eller motmakt. Denne nesten usynlige maktformen er vanskelig å gjøre motstand mot, den er anonym og virker på de som er underkastet den (Foucault 1970).

Andre sentrale teoretikere på makt er M. Weber og P. Bordieu. En av de mest kjente definisjoner på makt har Weber formulert slik:

*”Muligheten for å påtvinge andre en atferd mot deres egen vilje”.*

(Garsjø, 2003:325)

Maktutøvelsen ligger som en mulighet selv om den ikke brukes, og det i seg selv vil være med på og gi innhold til en relasjon. Det dreier seg om å få andre til å gjøre det en selv ønsker, gjennom å oppnå handlefrihet. Individ som mangler ressurser og midler til å realisere sine egne interesser, har redusert handlefrihet, eller avmakt (Garsjø, 2003).

Dreiningen i perspektiv innenfor sosialt arbeid som har blitt presentert legger noen viktige premisser for de profesjonelles utøvelse av rolle og makt. Den tradisjonelle psykodynamiske, individualistiske tilnærmingen vektlegger at hjelpeapparatet er opptatt av å definere problem og feil på brukerens vegne. Denne type paternalistisk fremgangsmåte vil føre til at hjelperen sitter med en ekspertmakt. Det konstruktivistiske, samfunnsrelaterte perspektivet vil på sin side føre til at hjelperen er en samarbeidspartner, som fokuserer på myndiggjøring og styrke og kapasiteter hos brukeren. Dette innebærer at hjelperen må gi fra seg en betydelig mengde makt. I partnerskap får brukerne anledning til å forhandle om resultater og være med i beslutningsprosesser (Seim og Slettebø, 2007). Dette kan settes i sammenheng med symbolsk deltakelse hvor barnet blir invitert med i prosessen, men den reelle muligheten til videre involvering i beslutningsprosessen blir ikke ivaretatt. Dersom barnet bare en symbolsk deltakende som et tomt ritual som er satt i verk for å dempe en protest, foreligger det ikke en reell overføring av makt som skal innebære deltakelse og innflytelse (Seim og Slettebø, 2007). Bourdieu (1996) viser til hvordan kulturen det enkelte menneske lever i er avgjørende og bestemmende for de valg vi gjør. Strukturelle forhold og makt griper inn i menneskers selvopplevelse og identitet. Makt og avmakt blir således sentrale begrep, hvor det grunnleggende spørsmålet bør stilles for å tydeliggjøre forutsetningene for maktforhold og dermed menneskenes handlingsvalg. Symbolsk makt kommer till uttrykk gjennom det gitte,

det handler om å få andre til å se eller tro på en verdensoppfatning. Det er viktig å merke seg at symbolsk makt bare virker hvis den anerkjennes. Denne makten er ifølge Bourdieu (1996) ikke lett å oppdage fordi den er tilstede i oss alle som meninger og vaner. Makten er videre mellom alle, både de som utøver makt og de det utøves makt overfor blir bærere av en struktur for produksjon og reproduksjon av praksisfeltets kultur. Ifølge Normann (2009) blir kunnskap i et maktperspektiv i all hovedsak foretrukket innenfor det medisinske psykiatriske paradigmet. Makten finnes altså i relasjonene, og dette vil således ha betydning for hvordan barnet blir gitt muligheter og begrensninger til å delta. Videre er barns deltakelse lovbestemt, og en faglig og etisk del av det barnevernfaglige arbeidet. Det formelle barnevernet utøves innen norsk offentlig sektor der det de siste årene har vært lagt stor vekt på at brukerne skal være delaktige og ha innflytelse på utforming av tiltak og tjenester (Slettebø og Seim 2001). Dette har medført at brukerperspektivet i barnevernet og i barnevernforskningen har fått større legitimitet, men begrepet er likevel omdiskutert innenfor en tjeneste der muligheten til maktutøvelse er stor (Sandbæk, 2001). Jeg vil i det følgende se nærmere på deltakingsbegrepet.

## **Deltakelse**

Deltakelse – begrepet kan på lik linje med makt – begrepet knyttes til demokratiske prosesser. En nasjon er demokratisk så lenge borgerne er involvert i de samfunnsmessige prosessene som foregår. Deltakelse er en fundamental rettighet i et medborgerskap. Gjennom gradvis praksis kan kompetanse til økende deltakelse utvikle seg. På denne bakgrunnen bør barns mulighet til deltakelse i et demokrati utvikle seg i tråd med utviklingen av barns rettigheter som vektlegger barns muligheter til å snakke for dem selv (Hart, 1992). Dessverre er det et grunnleggende problem med begrepet deltakelse; selve bruken av begrepet ikke gir noen garanti for faktisk anvendelse i praksis (Schjelderup og Omre, 2009).

Det er i relasjonen mellom to parter at deltakingen finner sted, og i denne relasjonen mellom brukeren og forvaltningen ligger det en forventning om at brukeren skal være aktiv (Humerfelt, 2005). Relasjonen kan ha et variert innhold, der forholdet mellom bruker og forvaltning kan bestå av makt – avmakt, avhengighet av hjelpetjenester, til et tilnærmet likeverdig samarbeids forhold. Forskeren Sherry Arnstein presenterte i 1969



”samfunnsborgernes deltakerstige”. Sentralt i denne stigen står ulikheter i fordelingen av makt. Den tydeliggjør og illustrerer poenget med at det er en signifikant gradering av borgerdeltakelse, samtidig som den viser at deltakelse er knyttet til makt, og at det forutsetter at makt fordeles, eller omfordeles mellom aktører dersom deltakelsen skal være reell (Arnstein, 1969). Selv om Arnsteins’ (1969) stige er utviklet for relasjoner med voksne er den relevant i denne sammenheng ettersom deltakerstigen som anvendes som et analyseverktøy i denne undersøkelsen baserer seg på barns roller som deltakere i beslutninger om egen hverdag og det å finne løsninger på vanskelige livssituasjoner. Schjelderup og Omres (2009) deltakerstige brukes for å analysere barnevernsarbeidernes handlinger og samhandlinger. Fokuset i denne stigen er på barns roller som deltakere i beslutninger om egen hverdag, samtidig som det fokuseres på mulighetene til å finne løsninger i vanskelige livssituasjoner (Schjelderup og Omre, 2009). Deltakerstigen ser altså på grader av deltakelse, og varierer fra ingen deltakelse, til grader av skinndeltakelse og til grader av deltakermakt. Innenfor disse gradene er det ni trinn som viser hvordan barn som manipuleres eller som brukes som dekor ikke er deltakende overhodet. Barn som enten gis utvalgt informasjon, full informasjon, som konsulteres eller barn som blir sett på som forhandlere er skinndeltakende. Barn som derimot blir betraktet som partnere, som får delegert makt eller som er aktive beslutningstakere ansees som en del av deltakermakten (Schjelderup og Omre, 2009).

Det er individuell deltakelse som her legges til grunn. Skillet mellom kollektiv deltakelse og deltakelse i egen sak er det viktig å være oppmerksom på da de to formene reiser ulike muligheter og problemstillinger (Skivenes og Strandbu, 2006). Tanken bak deltakelse er ofte av normativ verdi fordi de avgjørelsene ofte er av betydning for den enkeltes liv, og må derfor rettferdiggjøres i forhold til den det gjelder. Deltakelse fra berørte parter er en vesentlig komponent for å fatte legitime avgjørelser, og særlig innenfor barnevernet er legitimitetsspørsmål viktige fordi det offentlige skal avgjøre hva som er *barnets beste* (Skivenes og Strandbu, 2006). Barnets beste er imidlertid et normativt begrep som vil preges av samfunnets normer (Jfr. barneperspektivet). Andre grunner for viktigheten av barns deltakelse kan knyttes til viktigheten av at ulike interesser, behovene og synspunktene rundt en sak bør bli kjent. Barna har kunnskap om personlige relasjoner, og oppfatninger om spesifikke forhold vedrørende behovene som søkes å dekket. Dette må inkluderes i barnevernet prosesser for å få et adekvat grunnlag for å finne ut hva som skal besluttes. Det handler også om respekt og ivaretagelse av integriteten for enkeltindividet. Ved at barnet får

delta utvikles barnets selvstendighet og evne til deltakelse i demokratiske prosesser (Hart, 1992). Gjennom deltakelse får barnet status som et subjekt, og ikke bare et objekt som er underlagt andres beslutninger (Skivenes og Strandbu, 2006).

## Sosialt arbeids byggesteiner

For å få en forståelse av utfordringene det innebærer å være sosialarbeider i fagfeltet barns psykiske helse kan det være nyttig å se nærmere på hva som er fagets kunnskapsgrunnlag og arbeidsmetoder. Sosialt arbeid er et fag som i likhet med mange andre profesjonsfag har hentet kunnskap fra ulike fagdisipliner. Faget preges i stor grad av en praktisk dimensjon. (Normann, 2009; Levin, 2004). Fossetøl (1997) argumenterer for en kunnskapsforståelse i sosialt arbeid der profesjonell handling først og fremst sees på som utøvelse av praktisk dømmekraft og godt skjønn. Dette perspektivet synes å stå i motsetning til det dominerende synet på kunnskapsutvikling som legger vekt på at den enkelte yrkesutøver blir profesjonell ved å inneha og mestre en vitenskapelig kunnskap som kan benyttes teknisk eller instrumentelt i løsningen av praktiske og sosiale problemer. Dette kommer blant annet til uttrykk i fagfeltets interesse om å finne en kategori eller diagnose det enkelte barns problemer hører til ved hjelp av standardiserte metoder. Når den rette diagnosen er funnet skal den behandles ut fra hva som forskningsbasert er ansett som den beste metode. Diagnostikken tar imidlertid ikke hensyn til den subjektive opplevelsen og meningene i erfaringene (Normann, 2009). Tiltross for at det er vanskelig å definere hva godt sosialt arbeid er, har Hove (2002:47) formulert det slik;

*«en god sosialarbeider bør ha et kritisk hode, et varmt hjerte og ikke minst evnen til å kunne gjøre et solid håndverk. Det første innebærer at han/hun må kunne anlegge et kritisk perspektiv på samfunnet, velferdsstaten og yrkesutøvelsen. Videre er det viktig å ha et engasjement for klientene og svakstilte grupper og ikke minst kunne beherske og dyktiggjøre seg i sitt fagområde – i faget sosialt arbeid»*

Kunnskap, verdier og ferdigheter trekkes frem som sentrale byggesteinene for hva godt sosialt arbeid ideelt sett kan være (Shulman, 2001). En yrkesutøver kan betraktes som kompetent når vedkommende har tilstrekkelige kunnskaper om jobben som skal gjøres, holdninger eller

verdier som er nødvendig for å få jobben gjort på en etisk forsvarlig måte og vedkommende i tillegg har ferdighetene som trengs for å omsette dette ut i praktisk handling (Jørstad, 2009).

## Kunnskapsgrunnlag

Som teoretisk kunnskap regnes faktakunnskap og allmenn forskningsbasert viten, kunnskap som direkte berører fag, og som er relevant for utøvelsen av faget (Normann, 2009).

Hjelpeapparatet sin kunnskap må betraktes som en av flere former for kunnskap, og ikke som overlegen brukernes erfaringer og kunnskaper (Seim og Slettebø, 2007). Innenfor hjelpeapparatet blir både eksplisitt og implisitt kunnskap anvendt. Den implisitte eller tause kunnskapen har med personlige forutsetninger å gjøre, men kan ifølge Haugsgjerd (1998) utvikles gjennom erfaring og refleksjon. Innenfor sosialt arbeid er imidlertid ikke kunnskapsbegrepet helt uproblematisk.

Sosialt arbeid blir ofte betegnet som et praktisk fag (Levin, 2004). Også Fossetøl (1997) trekker frem handlingsbegrepet i sosialt arbeid og legger vekt på fagets praktiske dimensjon. Dette kan føre til at den praktiske kunnskapen ikke gjenkjennes som kunnskap i det hele tatt slik som teoretisk kunnskap ofte blir oppfattet som vitenskapelig kunnskap (Hoel og Rønnild 2009; Levin, 2004). Et slikt skille vil føre med seg et skille i kunnskapens verdi og status. Den kunnskapen sosialarbeidere besitter er fleksibel og kontekstuel forankret, dette fører til at det er vanskelig å formulere kunnskapen i den presise og teoretiske formen som mange mener fagkunnskap må ha. I et slikt kunnskapshierarki er det en form for kunnskap som settes høyest uten å bli nevneverdig problematisert. Øverst i et slikt hierarki finner en evidensbasert forskning der synlige og håndfaste resultater står i forsete (Ekeland, 2009). Slik evidensbasert forskning og håndfaste resultater og kategorier finner en i den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen. I medisinsk behandling kan det være tilsynelatende uproblematisk å definere kriterier, problemer og løsninger, mens i både sosialfag, barnevern og psykisk helsevern er det ikke mulig å objektivere seg vekk fra dette. Interessene vil være ulike, makten asymmetrisk og begrunnelsene ideologiske (Ekeland, 2009). Dette skille mellom teori og praksis blir innenfor sosialt arbeid omtalt som evidensdebatten. Innenfor evidensretorikken er det en utilbørlig forenkling av, eller mangel på kunnskap om hvilke problemer det handler om. Evidensretorikken forholder seg til noe som om det kan inne sin endelige løsning (Ekeland, 2009:147). Innenfor sosialt arbeid møter denne retorikken en del begrensninger i og med at

den gjenspeiler en mangel på forståelse av grunnlagsproblemer som gjør at ulike fenomener ikke lar seg innpasse i en metodisk "gullstandard". Det hevdes at sosialt arbeids teori gir ikke tilstrekkelig rom for brukernes eget perspektiv. Dette fordi det positivistiske kunnskapssynet ligger til grunn for mye av sosialt arbeids teori og praksis (Hove, 2002). Det har også vært uttrykt bekymring for at respekten for brukerens egne definisjoner av sine problemer kan føre til at forskningsbasert og profesjonell kunnskap avvises (Backe-Hansen, 2001). Dette vil jeg komme tilbake til senere i oppgaven. Det må her fremheves at det i vårt samfunn eksisterer et skille mellom kunnskap og erfaring, hvor det er erfaringen som nedvurderes i forhold til hva som er gyldig kunnskap (Hoel & Rønnild 2009; Levin, 2004). Kunnskapsbasen danner videre grunnlaget for de ferdighetene som ansees som sentrale i sosialt arbeid.

## **Ferdigheter**

Godt sosialt arbeid kan være så mangt ettersom det er svært kontekst- og personavhengig (Hove, 2002). En god profesjonell bør besitte ferdigheter som kan anvendes på tvers av disse. I arbeidet med barn som har fått psykiatriske diagnoser kan en ofte som profesjonell ofte stå ovenfor store problemer med å praktisere de ferdighetene man skulle ønske man kunne. Det kan være vanskelig å gjennomføre på grunn av strukturelle og organisasjonsmessige hindringer, men det kan også være vanskelig å anvende en viss type tilnærming ovenfor alle typer barn (Hove, 2002). Hindringer kan videre være økonomiske forhold, tilgjengelighet, hjelpeapparatets kultur og tradisjoner. Dette kan føre til at det ikke blir gitt gode nok muligheter for deltakelse pga manglende dialog, manglende mål og beslutningsgrunnlag både på grunn-, ledelses- og politikernivå. Kunnskap og ferdigheter fra grunnutdanningen «avkodes» ofte i praksis. Kvalitetsvurderinger og tid til refleksjon nedprioriteres, likeså evalueringer av de ansattes atferd ovenfor brukerne, organisasjonskulturen og kunnskapsgrunnlaget i sosialt arbeid (Hove, 2002). De yrkesspesifikke ferdighetene omfatter de praktiske ferdigheter som en gjør nytte av i utøvelsen av yrket. Det kan være hvordan en kommuniserer i møte med andre, samarbeidsferdigheter, formuleringsevne både muntlig og skriftlig etc. (Normann, 2009) Som en del av hjelpeapparatets praktiske kompetanse i arbeidet med barn fremheves kommunikasjon og tillit som særlig viktig. Det må skapes tillit dersom barn skal kunne be om hjelp og ta aktivt del i det som skjer med dem. Hjelpeapparatet bør derfor legge opp til en tettere og personlig kontakt med barna (Seim & Slettebø, 2007). Skal barnevernarbeidere kunne se saken fra barnets synsvinkel vil dette romme barnets "egentlige

perspektiv” (Sommer, 2004). Språk og kommunikasjon er nøkkelkomponenter for forståelse generelt og for å forstå barn spesielt. Kommunikasjon kan sies å være selve samhandlingsprosessen. Meningsfull kommunikasjon går ut på at en får kunnskap om hverandre gjennom samtale og observasjon av ulike kommunikative tegn. Prosessen som fører til en forståelse mellom individer er da den meningsfulle kommunikasjonen. Gjensidighet er et viktig prinsipp for enhver samtale (Rye, 2007). Det er essensielt at man er ”der den annen er” og er bevisst på at barnets livsverden fortøner seg annerledes enn den voksnes (Schjelderup & Omre, 2009). Det er konteksten som skaper selve samtalen og samhandlingsprosessen. Partenes oppfatning av hverandre, forholdet mellom dem og hensikten med dialogen vil følgelig prege samtalen. Konteksten bør derfor klargjøres ovenfor barnet innledningsvis i samtalen (Bunkholdt & Sandbæk, 2008).

Gjennom kommunikasjonen formidles det både et innhold og en relasjon, dette betyr at vi kan komme til å dobbeltkommunisere. Det er relasjonen mellom partene som står i sentrum. Uten gode relasjoner kan det bli mye *sendt* informasjon, og den profesjonelle har i så måte gjort sin lovpålagte jobb, men lite *mottatt* informasjon som fører til at barnet har forstått informasjonen og kan bruke den (Ekeland og Heggen, 2007). På denne måten er ikke problemet for lite informasjon, men for dårlig kommunikasjon. Å snakke med barn i vanskelige livssituasjoner kan være svært krevende. En forutsetning for en god samtale er at den profesjonelle har et ønske om å lære noe nytt. Åpenhet og nysgjerrighet er viktig (Skivenes og Strandbu, 2005). Samtaler med barn om deres erfaringer kan både bekrefte egen viten og gi spørsmål som fører til ny læring. Deltakelse kan gi læring, men det fordrer en vilje til å lære. Øvereide (2004) viser til at det forgår alt for få samtaler med barn og unge i utrygge situasjoner, og han hevder at det kan være stor mentalhygienisk gevinst i at alle som skal møte et barn er i stand til å gjennomføre disse, ofte vanskelige samtalene. Barn som har fått en psykiatrisk diagnose og som er tilknyttet hjelpeapparatet lever ofte under utrygge og kaotiske forhold. Det er da viktig at barnevernarbeideren gjennom deltakelse møter og forsøker å gi barnet en slik hjelp gjennom samtale. Sundfær (2002) er av den oppfatning at tausheten omkring barn og unges hverdag kan være skadelig for dem. Følelsen av å bli lyttet til, å bli tatt alvorlig og å få definere sin egen situasjon er noe av det som gjør myndiggjøring og bedring av livssituasjonen mulig. Det har innenfor medisinen og det naturvitenskapelige synet vært lite rom for kommunikasjonsbegrepet. I dag har kommunikasjon fått en sentral plass, i alle fall innenfor helse- og sosialfag, som en forutsetning for mestring, myndiggjøring og helse.

Innenfor det medisinske paradigmet har viktigheten av kommunikasjon lav status. Dette fordi kommunikasjonen hverken kan standardiseres eller måles instrumentelt (Ekeland og Heggen, 2007).

Den tyske sosiologen og filosofen Jürgen Habermas' (1999) rasjonelle kommunikasjonsteori kan være nyttig for å beskrive hvordan kompetanse utspiller seg i praksis. Begrepene livsverden og systemverden introduseres som begrep som sorterer ut ulike kommunikasjonsformer. Livsverden hos Habermas er det mellommenneskelige kommunikasjonsfellesskapet vi er en del av i dagliglivet (Nygaard, 2008). Begrepet er hentet fra fenomenologien og er ment å beskrive et skille mellom ulike arenaer hvor det foregår ulike kommunikasjonsformer. Typisk for livsverdenen er at den normalt er preget av en romslig og inkluderende interaksjon. Den tar hensyn til mange forhold, men først og fremst gjør den medlemmene til ansvarlige deltakere i sine egne liv (Moe, 2006). Systemverdens kommunikasjonsform på sin side kjennetegnes av en instrumentell tenkning. I følge Habermas (1999) er imidlertid livsverden under en konstant trussel fra systemverden. Habermas (1999) hevder at systemverden *koloniserer* livsverden. Dette skjer gjennom at den rasjonelle og instrumentelle tenkningen blir overført til livsverden. Makt for Habermas er knyttet til denne kommunikativ handling og utspiller seg ulikt i systemverden og livsverden (Røkenes & Hansen 2006). Jørgensen (2004:48) viser til Habermas sitt maktbegrep når hun sier at:

*”Den strukturelle dominansen finner sted når de objektive sosiale betingelser setter grenser for individers selvbestemmelse og realisering”.*

Man kan si at denne kolonialiseringen forstyrrer nettopp den muligheten som ligger i en ”hverdaglivskontekst” til å oppnå en gjensidig, respektfull og forståelsesfull dialog og samhandling. Dette kan forstås som om at det skjer en ugyldiggjøring av hverdaglivets måter å oppfatte virkeligheten på. Habermas (1999) advarer derfor mot at den teknisk-instrumentelle rasjonalitet som vi finner innefor systemverden stadig vinner innpass innenfor arenaer som også skal bygge sin virksomhet på nettopp mellommenneskelig gjensidighet og forståelse (Nygaard, 2008).

*”Systemets kolonialisering av livsverdenen gjør det vanskelig å bevare blikket for det som ikke går opp i forhåndsdefinerte kategorier”.*

Jørgensen (2004:42)

I det barnevern faglige arbeidet forsøker barnevernsarbeidere å finne løsninger som innebærer en profesjonell forandring, dette gjør de ved å kalle inn det private sosiale nettverket. Barnevernarbeiderne representerer et ekspertsystem, med en egen logikk i sin virksomhet og utvikling. Barna og deres omgivelser har en annen logikk. barnevernet blir da en systemverden som ikke er forpliktet av fellesskapet og relasjonene, men av saken og beslutningene (Schjelderup og Omre, 2009). En god måte å møte barna og familien deres på er å ta utgangspunkt i deres livsverden, på deres premisser. Barnevernet i seg selv forholder seg til en systemverden der en rasjonell saksavgrensende og standardiserende logikk skal gjelde. Hva skjer så når det barnevern faglige arbeidet må forholde seg til enda et ekspertsystem, en konkurrerende eller komplementær systemverden – den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen slik den kommer til uttrykk gjennom de psykiatriske diagnosene? Dette er et spørsmål jeg vil komme nærmere tilbake til under presentasjonen av mine resultat.

## **Verdigrunnlag**

Verdiaspektet handler mye om hvem en er som person, hvordan en vurderer seg selv, og forholder seg til andre i et samspill. Verdier og menneskesyn inngår i den personlige kompetansen. Det samme gjelder engasjementet, innlevelsevnen og sensitiviteten en har for andre mennesker (Normann, 2009). Det hevdes videre at det er en forutsetning å ha en interesse for andre mennesker tanker og følelser dersom man skal arbeide med mennesker med psykiske lidelser, men også med annen type problematikk (Haugsgjerd, 1998). Andre viktige forutsetninger er at en er nysgjerrig i møte med den andre, samtidig som man har respekt for den andres selvfølelse og ikke minst virkelighetsoppfatning. Disse forutsetningene (holdningene, verdigmessige grunnsynet) kan man finne igjen i Yrkesetisk Grunnlagsdokument (FO 2002), som er retningsgivende for hjelpeapparatets utførelse av sosialt arbeid. Prinsippet om solidaritet står sterkt i dette dokumentet. Det erkjenner at mennesker er avhengige av hverandre, og at den profesjonelle skal fremme solidaritet mellom

individer, grupper og klasser og arbeide for et inkluderende samfunn. Et annet sentralt punkt er myndiggjøring som innebærer at brukeren får hjelp til å mobilisere og ta i bruk egne ressurser, slik at de opplever mestring og har innflytelse og styring over eget liv. I denne sammenheng skal barnevernarbeideren opplyse barnet om rettigheter, muligheter og hvilke tilbud som kan gis. Myndiggjøring kan innebære at faglig innflytelse og kontroll blir svekket til fordel for brukerens egen makt, ansvar og kontroll. Det hevdes at myndiggjøring er en særlig utfordring i arbeidet med barn som ikke selv kan gi uttrykk for ønsker og behov, ikke forstår konsekvensen av egne valg eller har urealistiske mål (Seim og Slettebø, 2007). Utvikling av selvbestemmelse er uansett i følge yrkesetiske prinsipper viktige i dette arbeidet (Yrkesetisk Grunnlagsdokument, 2002).

Når man arbeider med brukere som har fått en psykiatrisk diagnose kan det muligens by på visse belastninger som er annerledes enn dem man møter i hjelpeapparat forøvrig, men det kan samtidig by på spesielle muligheter for personlig vekst (Haugsgjerd, 1998). I arbeidet med barn som har fått en psykiatrisk diagnose kan møtene være sterke i form av at de ofte er følelsemessige innholdsrike og bevegende. Barnevernarbeideren møter ofte sider av seg selv, både kjente og ukjente. Forholdet mellom å være profesjonell og privat utfordres alltid i møtet med brukere (Haugsgjerd, 1998), og ulike former for kunnskaper, verdier og ferdigheter aktualiseres. Det er imidlertid ikke bare kunnskaper, verdier og ferdigheter som regulerer sosialt arbeid i møte med ulike brukere. De juridiske føringene for hvordan barn og foreldre skal involveres i saksbehandlingen i barnevernsaker har blitt styrket de senere årene. Et vesentlig bidrag er inkorporering av internasjonale konvensjoner i norsk menneskerettslovgivning (Bunkholdt og Sandbæk, 2008). Dette dreier seg om bindene regler som står over andre føringer og som norske myndigheter på alle nivå plikter å kjenne og rette seg etter. Foreldre og barns rett til deltakelse som brukere av barneverntjenesten kan ikke settes til side av den enkelte saksbehandler eller tjeneste (Oppedal, 2007).

### **Juridisk rammeverk og politiske mandat**

Barn og unges rettigheter er sentralt for barns deltakelse, og et rettighetsperspektiv vil inneholde barns rett til vern, beskyttelse og omsorg, og barnets selvstendige rettigheter til å bli hørt, til deltagelse og medbestemmelse (Ørstavik, 2002). Kravet om medvirkning har solid grunnlag i gjeldende rett, og inkorporeringen av menneskerettighetene har betydd en



styrkning av de krav som gjeldende rett stiller til hjelpeapparatets innsats med hensyn til å involvere barn og unge. deltakelse og deltakelse er ikke et valg, men en tjenesteplikt for profesjonelle som arbeider innenfor sosialt arbeid (Lindboe, 2003).

Barnekonvensjonen av 1989 ble i 2003 inkorporert i norsk lov og går foran annen norsk lovgivning. Barnekonvensjonen har ingen nedre aldersgrense (Lindboe, 2003). Disse bestemmelsene pålegger de instanser som arbeider med barn å trekke barns med inn i virksomheten, uavhengig om de har en diagnose eller ei. Konvensjonen slår fast at barn og unge også omfattes av menneskerettighetene og de sosiale, sivile og kulturelle rettigheter (Seim og Slettebø, 2007). Barn betraktes som mennesker med fullt menneskeverd, med rett til respekt for sine meninger. De har rett til beskyttelse og det fastslås at de har grunnleggende behov som skal ivaretas. Konvensjonen understreker at barnet og ungdommen skal få uttale seg fritt. Artikkel 12 gjør seg spesielt gjeldende når det er snakk om barns deltakelse;

*”Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt å gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som berører barnet, og gi barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet. For disse formål skal barnet særlig gis anledning til å bli hørt i enhver rettslig og administrativ saksbehandling som angår barnet, enten direkte eller ved en representant eller et egnet myndighetsorgan og på en måte som samsvarer med vedkommende lands saksbehandlingsregler”.*

(FNs Barnekonvensjon, artikkel 12, 1989)

Lov om barnverntjenester (1992) beskriver barns rettigheter og denne loven vil være retningsgivende for barnevernarbeideren under saksbehandling. I § 1 – 1 står det at barnevernet er samfunnets apparat som skal sikre at barn som lever under forhold som kan skade deres helse eller utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. I § 6-3 (barnevernloven) stadfestes barns rett til å delta;

*”Et barn som er fylt 7 år, og yngre barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, skal informeres og gis anledning til å uttale seg før det tas avgjørelse i sak som berører ham eller henne. Barnets mening skal tillegges vekt i samsvar med barnets alder og modenhet”.*

(Lov om barnverntjenester § 6-3, 1992).

I § 6-3 understrekes det at barnet skal informeres, jf § 4-4 (veiledningsbestemmelse). Det er ofte nødvendig å treffe et barn flere ganger for å være sikker på at barnet har en klar oppfatning av hva saken gjelder og for å gi tid og mulighet til å uttrykke seg (Lindboe, 2003). I mange tilfeller er det ikke reell medvirkning før barnets mening tillegges betydning når saken skal avgjøres. Retten til å medvirke er altså knyttet til to forhold. For det første må avgjørelsen i saken vedrøre (artikkel 12) eller berøre (§ 6-3) ungdommen. For det andre må barnet ”være i stand til å danne seg egne synspunkter”. Dette skjønnsstemaet gir anvisning på en vurdering av barnets faktiske forutsetninger for å kunne forme en mening, men ikke noen adgang til å vurdere om det er ønskelig å gi barnet anledning til å uttrykke sin eventuelle mening (Seim og Slettebø, 2007). I vanskelige saker kan det være utfordrende å få tak i barnets virkelige mening, eller saken kan være belastende og tungt for barnet. Andre sentrale paragrafer i forbindelse med medvirkning er § 4-3 (i barnevernloven) som viser til muligheten for å tale med barnet i enerom og § 19 i forvaltningsloven viser til at man kan nekte foreldrene innsyn i hva barnet har ment.

Psykiatriens juridiske rammeverk er viktig å fremheve dette ettersom de psykiatriske diagnosene tildeles innenfor barne – og ungdomspsykiatrien. For å kunne drøfte og analysere hjelpeapparatets forklaringsmodeller vil det være viktig å ha kjennskap til hvilken virksomhet som regulerer den psykiatriske virksomheten. Jeg vil her bare kort nevne helsereformer og retningslinjer knyttet til dette rammeverket fordi en i de senere år hatt fokus på å endre det tradisjonelle paternalistiske menneskesynet ved å legge vekt på den enkeltes autonomi og rettigheter. Dagens helsevesen forsøker å basere seg på internasjonalt inngåtte avtaler og menneskerettighetskonvensjoner. Når helsetjenesten skal organiseres legges det til grunn pasientrettigheter, krav til informasjon og samtykke, og sist men ikke minst, brukermedvirkning og deltakelse (Snoek og Engedal, 2005). Dette juridiske rammeverket er nærmere bestemt Stortingsmelding 25 (1996-97) *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Denne meldingen legger stor vekt på brukerperspektivet, og hensynet til pasienten skal være et styrende prinsipp i organiseringen av helsetjenesten. Dette prinsippet finner en også igjen i *Pasientrettighetsloven* av 1999. *Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2006*, følger opp de endringsbehovene som ble presentert i Stortingsmelding 25. Den tar utgangspunkt i et ønske om en samfunnsutvikling med større vekt på kulturelle og menneskelige verdier, desentralisering, familie og nærmiljø og en mer rettferdig fordeling

(Snoek og Engedal, 2005). Opptrappingsplanen vektlegger at brukerens behov skal være utgangspunkt for all behandling og prege oppbygging, praksis og ledelse av alle helsetjenester. I St.meld. 25 (1996-97) og St.prp. nr. 63, (1997-1998)) er det et overordnet mål at brukere og pårørende har reell innflytelse på utformingen av tjenestene både på individuelt nivå og system nivå (Sosial- og helsedirektoratet, 2006). Opptrappingsplanens dokumenter vektlegger videre at en egen plan for barn og unges brukermedvirkning må utformes. I Stortingsmelding nr 25 (1996-97) vurderer departementet det slik at det er grunn til å vurdere poliklinikkens behandlingsskapasitet som kritisk. Stortingsmelding nr 25 (1996-97) slår videre fast at barne- og ungdomspsykiatrien er ett fagfelt som trenger betydelig videre utbygging. Den vektlegger også ett bedre samarbeid med andre instanser innenfor hjelpeapparatet, og da spesielt med barnevernet. Det vises til at det må videreutvikles kompetansesentre og man må få tilstrekkelig med faglig personell på plass. Departementet vurderer det også slik at tilbudene er for dårlig utbygd både i barne- og ungdomspsykiatrien og i barnevernet, når det gjelder kapasitet og kompetanse. Det er *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern (2001)* som regulerer all psykiatrisk virksomhet. Som en ser står deltakelse og brukermedvirkning sentralt i det juridiske og politiske rammeverket til psykiatrien, så vel som innenfor sosialt arbeids rammeverk. En kan si at det har foregått en økt demokratisering av sosialt arbeid, og i tråd med de generelle samfunnsendringene har dette også vært målet innenfor psykiatrien. Dessverre er det enda slik at mange pasienter, brukere og pårørende vil likevel erfare at det kan være langt mellom ideelle mål og faktiske mål.

Økt demokratisering er et viktig grunnlag for å forstå den økende veksten som nå legges på barnets deltakelse og brukermedvirkning (Seim og Slettebø, 2007). Innenfor barnevernet har det vært tvetydige signaler om brukermedvirkning i offentlige dokumenter. Felles for dem er at barn og unges levekår vektlegges og barnevernet skal ha fokus på at barn har rett til deltakelse og innflytelse på egne levekår. Brukermedvirkning er både nasjonalt og internasjonalt løftet frem som et sentralt kriterium på kvalitet i hjelpetjenester (Willumsen, 2005). I en offentlig utredning om barnevernet fra år 2000 ble det vist til at informasjon, bruk av talperson, talerett, forhandlingsrett og beslutningsrett utgjør fem ulike grader for brukermedvirkning (NOU 2000:12). Ut fra dette vil alt bli oppfattet som brukermedvirkning, selv om det faktisk kan innebære at barnet ikke selv deltar eller har mulighet for innflytelse. Stortingsmelding nr. 40 (2001 – 2002, Om barne- og ungdomsvernet) vektlegger ungdoms medvirkning på denne måten;

*”Av dette følger ein aksept for at barn er kompetente og har ein sjølvstendig rett til deltaking og medverknad på ulike arenaer. Barn og ungdom bør få påverke og sjølve delta i prosessar som gjeld dei sjølve. Dette inneber til dømes den sjølvstendige retten barnet har til å medverke og påverke i ei barnevernsak”.*

Videre understrekes det at det skal legges tydelig vekt på synspunktene hos barnet i samsvar med alder og modning. For barn som er i kontakt med hjelpeapparatet er det snakk om at vedkommende skal høres og det skal legges vekt på deres synspunkter. Det er likevel fagfolk eller rettslige instanser som på bakgrunn av hva barnet sier som vurderer hva som er barnets beste (Seim og Slettebø, 2007).

## **Det medisinsk - psykiatriske paradigmet**

Som nevnt ovenfor har det pågått en kontrovers omkring hvilken retning som skal dominere sosialt arbeid, og diskusjonen har da dreiet seg mest omkring sosial konstruktivisme og tradisjonelle ekspertradisjonen (Schjelderup og Omre, 2007). Brukernes deltakelse er noe som i den senere tid har opptatt både sosialt arbeid og psykiatrien som sådan. I denne oppgaven skal det gjøres rede for hvordan barn som har fått en psykiatrisk diagnose oppleves av barnevernarbeideren, hvordan dette påvirker det barnevernfaglige arbeidet, og om barna får muligheten til og delta. For å kunne drøfte og analysere de funnene jeg har gjort er det viktig å se på hvordan psykiske lidelser har oppstått som fenomen og begrep, og hvilket fagfelt diagnostisering av barn tilhører, nemlig psykiatrien. Det medisinske paradigmet kan sies å være dominerende innenfor psykiatrien, og denne type tenkning knyttes til den individualistiske ekspertradisjonen. Det er i følge Hummelvoll (2003) enda ett paradigme, endog svakere, nemlig det miljøterapeutiske. Den medisinske tilnærmingen gjør seg spesielt synlig ved at brukere tilknyttet psykiatrien får en diagnose, og ut fra denne blir det bestemt hvilken behandling vedkommende skal motta. Denne modellen vektlegger videre at diagnosen, som også kan betegnes som sykdom, er knyttet til medfødte biologiske karakteristikk. På denne måten blir pasientenes egne erfaringer og andre ytre forhold, som kultur, sosial status eller personlige oppfatninger av sykdommen utelatt. Bruken av psykofarmaka i behandlingen av ulike grupper pasienter er en sterk indikasjon på at den biomedisinske modellen dominerer i norsk psykiatri (Hummelvoll, 2003). Hillestad (2006)

viser til at denne utstrakte bruken av psykofarmaka har ført til en optimisme rundt behandlingen av psykiske lidelser, og at den psykopatologiske tradisjonen på denne måten har fått forsterket sin posisjon. Innenfor psykiatrien er altså medisinen og patologien sentrale bestanddeler. Begrepet, patologi, utgjør selve hjørnesteinen i en tradisjonell avviksforståelse, og medisinen er en moralsk vitenskap som har makt til å definere hva som er normalt og hva som er unormalt. Innenfor psykiatrien kan alle tilstander, reaksjonsmønstre og væremåter plasseres. Dette systemet hviler på en objektiv tankegang hvor tilstander og symptomer må kunne avleses og kategoriseres uavhengig av person, kontekst og bakgrunnsbetingelser (Hillestad, 2006). Psykiske lidelser gir seg til kjenne ved avvikende atferd, ved tankegang, følelsesuttrykk eller måter som er vanskelige å forstå, eller som på annen måte gjør at individet havner utenfor fellesskapet. Begrepet lidelse kan ses som overlappende med sykdomsbegrepet (Haugsgjerd et. al, 1998).

## **Diagnosebegrepet**

Ordet diagnose kommer fra det greske ”diagnosis”, som betyr undersøkelse. Det er innenfor det medisinske paradigmet, og nærmere bestemt psykiatrien mennesker får en psykiatrisk diagnose. Slik begrepet blir brukt i dag innebærer det en kartlegging og bestemmelse av en sykdom (Haugsgjerd et. al, 1998). Det hevdes videre av noen fagfolk (BRO Prosjektrapport, 2001) at diagnosen kan gi holdepunkter for hvilken behandlingsmetode som skal foretrekkes, og hvorledes utsiktene (prognosen) er for det videre forløp. Dernest vil bruken av diagnoser, med vel definerte kriterier, kunne lette kommunikasjonen både mellom klinikere og mellom forskere. Slik kommunikasjon mellom fagfolk på tvers av landegrenser er nødvendig for å bringe faget fremover. For det tredje er klassifikasjon og diagnostisering en helt nødvendig forutsetning for befolkningsundersøkelser og forløpsstudier og derigjennom for planlegging av helsetjenesten. For det enkelte barn/ungdom er det fra trygdemyndighetenes side et krav at det skal foreligge en diagnose å forholde seg til som kan utløse trygdemidler i henhold til lov, forskrifter og regler. Det er for eksempel selvsagt at en pasient med ADHD får trygdepenger tildelt når det foreligger legeattest som dokumenterer diagnose og ekstra slitasje på klær, møbler og utstyr som følge av atferdsavvik i henhold til diagnosen (Prosjektrapport BRO, 2001). På den andre siden foreligger det tunge motforestillinger mot å sette “evigvarende psykiske merkelapper” i form av diagnoser på unge individer under rask utvikling psykisk og fysisk. En bør være meget varsom med å stille både diagnose og prognose på unge

mennesker. Blir det likevel ansett som nødvendig å gjøre dette, må en være klar over at det er meget krevende både med hensyn til tid, innsikt og varsomhet å meddele sitt resultat overfor foreldrene, og barnet selv. Barnet har krav på en fullgod og forståelig forklaring på sin diagnose, en forklaring tilpasset barnets alder. Foreldrene vil ha mange spørsmål, og særlig vanskelig er det å forklare årsaksforholdene. Spesielt viktig er det å peke på mulige feilkilder og svakheter ved dagens diagnostiske nøyaktighet og pålitelighet. Grensen mellom det normale og det unormale kan ofte være forskjellige i ulike samfunn, og uenighet mellom de informantene man bygger på kan være stor. Mange avgjørelser kan i stor grad være bygget på skjønn (Prosjektrapport BRO, 2001).

I Norge brukes diagnosesystemet International Classification of Diseases (ICD) som er utarbeidet av Verdens helseorganisasjon (Snoek og Engedal, 2005). 20 % av barn og ungdom har følelsesmessige eller atferdsmessige problemer, og en firedel av dem er av så alvorlig karakter at de trenger behandling. Symptomer på psykisk lidelse er vanskeligere å erkjenne hos barn enn hos voksne fordi barn er i stadig utvikling, likevel får flere barn og unge psykiatriske diagnoser. Disse diagnosene innebærer følelsesmessige forstyrrelser (separasjonsangst, fobisk angstlidelse og søskensjalousi), sosiale funksjonsforstyrrelser (reaktiv tilknytningsforstyrrelse og uhemmet tilknytningsforstyrrelse) atferdsforstyrrelser, hyperkinetiske forstyrrelser (ADHD, MBD, DAMP) og gjennomgripende utviklingsforstyrrelser (barneautisme) (Snoek og Engedal, 2005). Borge (2003:38) hevder at merkelappene «*atferdsproblemer og følelsesmessige (emosjonelle) problemer*» i dag er allment akseptert. Dette gjenspeiler seg i at atferdsproblemer innebærer konflikter med omgivelsene, mens følelsesmessige problemer innebærer problemer med selvoppfatning. Grensen for å definere hva som regnes som problematferd kan varierer mye, og det er viktig å huske på at det som kan fremstå som problematferd for noen ofte kan være normalatferd for det spesifikke alderstrinnet. Borge (2003) viser til at ungdomsalderen fører til mer antisosial atferd enn noen annen aldersperiode. Hun viser videre til at så mange som 80 % av alle ungdommer prøver ut ulike former for antisosial atferd som et alderstypisk fenomen. Barns helse må videre sees i sammenheng med oppvekstmiljø og samfunn. Belastninger forbundet med å leve i samfunn med hverandre, også kalt psykososiale problemer er økende. Denne type problematikk kan være vanskelig for de profesjonelle innefor et hjelpeapparat å møte, og denne store utfordringen krever fagkunnskap og handlingskompetanse (Jørstad, 2009).

Sosial- og helsedirektoratet (2007:67) definerer psykiske vansker som "*Normale reaksjoner forbundet med en vanskelig livssituasjon*". og psykiske lidelser som "*Psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til en diagnose*". I følge Snoek og Engedal (2005) er det å stille en diagnose nødvendig for ethvert klinisk arbeid, fordi diagnosen skal være en hjelp til å finne frem til den mest hensiktsmessige behandlingsformen. Diagnosens formål er å skaffe presis, rask og effektiv kommunikasjon om pasienten, og den skal skape orden og klarhet (Rognes, 2003). Videre foreligger det noen teoretiske premisser for diagnostisering som Rognes (2003) har valgt å sammenfatte til fire hovedkategorier; *sykdomstekning, realisme, empirisme og en teknisk – instrumentell praksisoppfatning*. Samlet sett kan disse kategoriene sier å definere det paradigmet (Kuhn, 1962) den diagnostiserende tekningen beveger seg innenfor. Rognes (2003) viser til hvordan klassifikasjonssystemer (DSM IV) ikke skiller mellom mentale og fysiske lidelser, og at dette gjenspeiler et reduksjonistisk syn på mennesker. Realisme i denne sammenheng viser hvordan den diagnostiske tenkingen og forskningen er nært forbundet med en naturvitenskapelig metodeholdning. Den empirisketiske måten å tenke på gir seg utslag i at kunnskap vinnes ved at en formulerer hypoteser, gir operasjonelle definisjoner, samler inn relevante observasjoner og sammenligner disse. Den teknisk - instrumentelle praksisen baserer seg på kunnskap om årsakssammenhenger systematisert i form av teorier. Dette muliggjør en kontroll av fenomenene.

Psykiatriske diagnoser kan videre bli betraktet som stigmatiserende. Hvis en ser til sosiologen Erwing Goffmanns' (1959) teori om stempeling innebærer det at den som stemples tilskrives en bestemt identitet som ofte settes i forbindelse med avvik. Opplevelsen av psykisk helse sett ut i fra et tilhørighetsperspektiv viser at personer med en psykisk lidelse kan synes det er vanskelig å forklare hva denne psykiske lidelsen innebærer for andre. Disse personene kan se på det å ha en psykisk lidelse som noe skremmende, og den diagnosen de fikk som følge av deres lidelse og omgivelsenes reaksjoner på denne diagnosen forandret personens identitet og selvoppfatning. Den kjente sosiologen Georg Herbert Mead (1972) mente kort forklart at vår selvoppfatning blir dannet gjennom det som han kaller sosial speiling som er andres reaksjon på oss selv som vi observerer. På denne måten vil en oppfatte seg selv som for eksempel en avviker hvis omgivelsene ser på en som avviker Ut fra Meads' speilingsteori vil andres forventinger og handlinger påvirke vår selvoppfatning, bevissthet og prestasjoner. Dette utvikles gjennom interaksjon med andre (Garsjø, 2001). Den norske filosofen Hans Skjervheim (2001) viser til at mennesket i en viss forstand definerer seg selv, og på denne

måten skaper sin egen identitet. På denne måten kan diagnoser bli identitetsmarkører (Ekeland og Heggen, 2007). Det skjer med andre ord noe når diagnosen skifter plass fra en ren observasjon hos behandleren og til den tar plass i pasientens selvbevissthet. Troen på hva en selv og på hva andre rundt en har ansvar for kan på denne måten bortforklares med diagnosen. Skjervheim (2001) retter skarp kritikk mot de på rådende positivistiske tankeganger innenfor samfunnsfagene. Skjervheims hovedanliggende er at menneskelig samhandling foregår i språket, og at språket således er en viktig kilde til utviklingen av fellesskap og gjensidig forståelse (Nygaard, 2008). Det vitenskapelige fagspråket kan skape distanse og fremmedgjøring av hva problemene omhandler og hvilken kunnskap som er betydningsfull for å kunne være til hjelp (Normann, 2009). Det er en vesensforskjell på personens opplevelse av lidelse og det bildet den andre gjør seg av personens tilstand, knyttet til et allmennbegrep. Disse allmennbegrepene utgjør ordene i psykiatriens fagspråk. Det er sosialt konstruerte kategorier som uttrykker og henger sammen med en forståelsesmåte som er skapt av tiden vi lever i, og av de praksisformene og observasjonsmetodene som vi benytter (Haugsgjerd, 1998). Dette vil si at kunnskapen har oppstått innenfor en historisk og sosial sammenheng. I arbeidet med barn som har fått psykiatriske diagnoser blir både det medisinske paradigmet og sosialt arbeid aktualisert. Som en samlebetegnelse kan en benevne dette arbeidet som psykisk helsearbeid. Psykisk helsearbeid er et nytt fag som fokuserer på ulike teorier og behandlingstilnærminger sett i et tverrfaglig perspektiv (Jørstad, 2009). Borge (2006) peker på at psykisk helsearbeid rommer både psykososialt arbeid og sosialpsykiatrisk forståelse. Hun sier videre at brukerperspektivet, normalisering og myndiggjøring står sentralt her. En alternativ måte å betrakte psykisk helse og som inkluderer disse begrepene på er gjennom det salutogene perspektivet.

## **Det salutogene perspektiv og mestring**

Teorier om mestring retter ikke oppmerksomheten mot sykdom, men mot helse. Mestringsteorier er opptatt av salutogenese (prosessen som skaper sunnhet), av beskyttelsesfaktorer og motstandsdyktighet (resilience) og av hvilke rammebetingelser som øker motstandsdyktigheten (Gjærum, Grøholt & Sommerschild, 1998). Det salutogene perspektiv viser hvordan mennesket kan mobilisere egne krefter i helsefremmende arbeid, og det betrakter hele mennesket i sin kontekst. Salutogenese tillater oss og se på mennesker i et kontinuum. Det grunnleggende bak det salutogene perspektivet er at sykdom, kriser,



konflikter og spenninger er noe som hører livet til (Antonovsky, 2000). Den patogenetiske tilnærmingen fokuserer på sin side på den diagnostiserende sykdom, eller på forebygging av bestemte sykdommer. Ved salutogenese fokuseres det i stedet på det generelle problem med aktiv tilpasning til et miljø, hvor stressfaktorer spiller en avgjørende rolle (Antonovsky, 2000). Det salutogene perspektiv representerer en komplementær tilnærming ved å være opptatt av hvilke faktorer som bidrar til at mennesker opprettholder helse. Når en søker etter måter å helbrede en bestemt sykdom på har man en tendens til å forbli innenfor de patofysiologiske rammene, men når en undersøker en organismes effektive tilpasning kan en bevege seg utover dikotomien mellom sunn og syk, normalitet og avvik og inndra fantasi, mening, vilje og sosiale strukturer. På denne måten kan man få frem teorier om mestring (Antonovsky, 2000). Salutogenese får oss til å avvise den dikotomiske klassifikasjonen av folk som friske eller syke, og retter oppmerksomheten mot hvor folk befinner seg på et multidimensjonalt kontinuum, og det hindrer oss fra og ensidig å fokusere på en bestemt sykdoms vitenskap i stedet for å søke etter et menneskets totale livshistorie, inklusive hans eller hennes sykdom. Stressfaktorer skal videre ikke bekjempes, men anerkjennes som noe som alltid er tilstede. Virkningene av stress kan like godt være helsefremmende som patologiske (Antonovsky, 2000). I stedet for å lete etter vidundermiddelet mot sykdom, leter en etter mulige kilder til negativ utvikling. Den salutogenetiske tilnærmingen beveger seg således utover den patogenetiske tilnærmingen.

Den patogenetiske nesten fullstendige dominans virker på mange måter som en begrensning for andre måter å forstå helse på. Den salutogenetiske tilnærmingen er ikke kun en forutsetning for, men tvinger oss til å arbeide med og formulere og videreutvikle nye teorier om mestring (Antonovsky, 2000). Økt mestring av eget liv kalles også empowerment (myndiggjøring) (Robberstad, 2002). Slik knyttes deltakelse også sammen med tilknytning og dens betydning for senere mestring av ulike utfordringer. I denne forbindelse er to begreper viktige i generelle motstandsressurser og en følelse av sammenheng (Antonovsky, 2000). Motstandsressursene består av både indre og ytre faktorer som virker beskyttende på helsetilstanden. Følelsen av sammenheng kommer fra forskjellige læreprosesser gjennom livet. Det som ifølge Antonovsky (2000) er avgjørende i denne sammenhengen er at brukeren får delta i oppgaver som vedkommende stilles ovenfor, at ikke andre bestemmer oppgaven, reglene og oppnår resultatene slik at en opplever seg selv som et objekt. En verden som oppleves som likegyldig for hva en selv gjør, blir lett til en verden uten mening. Derimot vil en verden der en deltar og

er med og påvirker utfallet oppleves som meningsfull (Jørstad, 2009). Når Antonovskys' (2000) arbeider knyttes opp mot det nye perspektivet på barn kan denne teorien bli en hensiktsmessig måte å forstå barn på, selv om han i sine arbeider refererer til voksne. I barnevernarbeid står en ofte ovenfor barn som har få positive erfaringer med å klare oppgaver og utfordringer, de har ikke blitt stimulert til å utvikle kompetanse på forskjellige områder, og faller lett utenfor (Bunkholdt & Sandbæk, 2008). Den salutogene tilnærmingen kan således være fruktbar. For et barn består begripelighet i at det kan forstå de hendelsene som rammer han eller henne. Håndterbarhet forutsetter at barnet har tro på at det er mulig å løse de problemer som dukker opp, og for et barn vil dette handle om omsorgspersoners mobilisering av adekvate og tilstrekkelige ressurser og om egen mestringskompetanse. Meningsfullhet oppnås når de områdene i ens liv som har stor betydning, gir mening i både kognitiv og følelsesmessig forstand (Schjelderup & Omre, 2009:54). I tillegg påvirker mestringserfaringer selvbildet. Selvbildet er et styringssystem som består av forestillinger om og forventinger til seg selv. Et styringssystem betyr at de forestillingene og forventingene en har til seg selv ofte fører til atferd som lett utløser svar som bekrefter forventningene. I psykologien tilsvarende dette det som kalles "selvoppfyllende profetier" (Bunkholdt & Sandbæk, 2009). Dette kan videre knyttes til sosial konstruktivisme og Chicago-sosiologen William Isaac Thomas, og hans "Thomas – teorem" som poengterer at hvis mennesker definerer situasjoner som virkelige, så blir de virkelige i sine konsekvenser (Thomas & Thomas, 1928: 571). Med andre ord vil tolkningen av en situasjon påvirke handling. Tolkningen er ikke objektiv. Handlinger er påvirket av subjektive synspunkt på situasjoner. Om disse synspunktene er objektivt korrekte, er ikke viktig når det gjelder å styre individers handlinger.

## Del II

### Presentasjon av resultater

I denne presentasjonen vil jeg utdype de tre hovedteamene. Temaene består av det jeg oppfatter som vesenstrekk ved relasjonen og det barnevernfaglige arbeidet som foregår mellom barnevernarbeiderne og barna, slik det kommer til uttrykk hos informantene. De er et produkt av *min* tolkning og analyse, basert på min forforståelse. Andre ville kunne ha kommet frem til andre temaer avhengig av fokus, forforståelse og posisjon. Jeg vil utdype hva jeg mener med et spenningsfelt og ulike kunnskapssyn knyttet til sosialfaglige teori og praksis.

Jeg vil videre se på hvilke muligheter og utfordringer deltakelsen kan få samhandlingsprosessene med barna i barnevernet. Hvor langt deltakelsen skal gå og hvilke forutsetninger barn som har fått en diagnose har til å bidra, er spørsmål jeg har stilt meg gjentatte ganger i løpet av denne arbeidsprosessen. Hvorfor får ikke barna delta og hva kan gjøres for å øke deltakelsen i samhandlingsprosesser med barn både som har fått en psykiatrisk diagnose, men og med barn generelt innenfor barnevernet. Spenningsfeltet mellom barns rett til beskyttelse og barns rett til deltakelse vil bli drøftet. Jeg vil også se på hvordan de psykiatriske diagnosene oppleves av barnet, familien og deres omgivelser slik barnevernarbeider ser det. Temaene må ikke oppfattes som entydige fastlagde begreper, men de er ment å representere temaer knyttet til undersøkelsens tema og problemstilling, og hvor min teoretiske og verdimeslige for forståelse reflekteres, men også gir til kjenne et utvidet og mer nyansert perspektiv. Noen av temaene overlapper hverandre. Jeg har allikevel forsøkt å tydeliggjøre det enkelte temas hovedanliggende. Avslutningsvis vil jeg kort gi en oppsummering av temaene. Jeg har valgt å belyse de enkelte temaene med sitater hentet fra informantene. Sitatene er valgt ut på grunnlag av å være illustrerende for de fenomenene de representerer.

## 5. I spenningsfeltet

I møte med barn som har fått en psykiatrisk diagnose viser undersøkelsens empiri hovedsakelig at to ulike kunnskapssyn på barnet til syne; det barnevernfaglige kunnskaps- og verdigrunnlaget og den medisinsk – psykiatriske forståelsen. Innenfor den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen blir psykiske lidelser i form av diagnoser sett på som sykdomskategorier som separate og distinkte. Denne oppfattelsen av det objektive er som oftest underlagt en medisinsk psykiatrisk sykdomsforståelse og behandlingslogikk. Det medisinske paradigmet kan sies å dominere norsk voksen, så vel som barne – og ungdomspsykiatri (Hummelvoll, 2003). Et paradigme forstås av Kuhn (1970) som et allment anerkjent tanke-system, som i en periode fungerer som modell for forståelsen av problemer og for det som skal aksepteres som forklaringer og løsninger innenfor et fellesskap. Vi er nå inne i en historisk periode der vitenskapen anses som ideologien i det moderne samfunn (Jfr. evidensbaserte metoder). Kunnskapsproduksjon skal være i tråd med den moderne vitenskapens kriterier der praktisering og undervisning skal være forskningsbaserte og alltid

gi både synlige og håndfaste resultater (Hoel og Rønnild, 2009:70, Ekeland, 2009). Avvik sett innenfor en medisinsk – psykiatrisk tilnærming blir sett på som objektive sykdomstilstander, og har sin bakgrunn i et objektivistisk normalitets- og avviksbegrep (Hillestad, 2006). Disse begrepene innebærer en antakelse om at det finnes objektive og universelle kriterier for hva som er normalt, sunt, avvikende og sykt. De profesjonelle innenfor denne tilnærmingen fremstår som eksperter. Jeg vil stille meg kritisk til denne forståelsen av menneskelig atferd og problematikk. Årsaken til dette er hovedsakelig fordi at en gjennom en objektiviserende fortolkning av mennesker går til angrep på det andre menneskets frihet, og en fratrukker da andre muligheten til å være ekspert på eget liv (Normann, 2009). På denne måten kan grunnlaget for deltakelse svekkes, og sosialfaglige, så vel som politiske og etiske føringer og pålegg gå tapt. Det medisinske fokuset kan føre til at man ser etter enkle symptomer som kan behandles hos individet, og sosialt arbeids perspektiv er derimot opptatt av å problematisere hele livssituasjonen når barn har det vanskelig (Normann, 2009). Ved å forholde seg utelukkende til den medisinske forståelsen av psykiske problem kan den tosidige relasjonen som er et svært viktig element i sosialt arbeid bli borte. En av informantene i undersøkelsen uttrykker forståelsen av de psykiatriske diagnosene hos barn på denne måten;

*” (...) Psykiatrien sier jo at det er en diagnose, og da tenker jeg automatisk at det er en sykdom. Men så er det jo det med reaktiv tilknytningsforstyrrelse, og det er jo et resultat av oppvekst, men det er likevel en psykiatrisk diagnose. Da tenker jeg jo at det er en sykdom, en lidelse som barnet skal leve med resten av livet (...) Jeg tenker vel at det er en slags sykdom”.*

Slik som dette sitatet illustrerer forholder barnevernarbeiderne i undersøkelsen seg til en medisinsk – psykiatrisk forståelse av barnets psykiske helse. Barnets virkelighet blir ikke anerkjent som dets egen konstruksjon slik den vektlegges i en konstruktivistisk tilnærming. Diskursen om at barnets dårlige fungering forårsakes av ”en svikt i maskineriet” treer frem (Moe, 2006). En slik forståelse står i kontrast til en sosial modell av helse, hvor en partnerskapstilnærming vektlegges. Dette perspektivet tar utgangspunkt i hvordan ulike faktorer i våre omgivelser påvirker menneskers helse og velvære (Antonovsky, 2000). I den samfunnsvitenskapelige tilnærmingen vil menneskets opplevelse av hva som er god eller dårlig helse har en annen betydning enn i en medisinsk tilnærming. Det foreligger flere alternative måter å forstå disse fenomenene på, deriblant den sosial konstruktivistiske tilnærmingen og det salutogetiske perspektivet.

## Spenningsfelt mellom teori og praksis i møte med rådende kunnskapssyn

Inspirert av Levins' (2004) teorier om intervall mellom teori og praksis og Kuhns' (1996) paradigmateteori synliggjorde analysen et av hovedfunnene i undersøkelsen, som jeg har valgt å kalle et *spenningsfelt* mellom den barnevernfaglige teorien og praksisen i møte med et rådende medisinsk – psykiatriske paradigmatet. Det oppstår noen motsetninger mellom det medisinske paradigmatet og de barnevernfaglige idealene i møte med barn som har fått en psykiatrisk diagnose. For og få en forståelse av hva som skjer i dette spenningsfeltet kan det være nyttig å se til sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag. Jeg har tidligere vist til at kunnskapsbegrepet ikke er helt uproblematisk fordi det foreligger et skille mellom praktisk kunnskap og teoretisk kunnskap i sosialt arbeid, og sosialt arbeid blir hovedsakelig betegnet som et praktisk fag (Levin, 2004; Hoel og Rønnild, 2009). En informant beskriver nettopp dette:

*”Jeg støtter meg mye mer på de erfaringene jeg har gjennom mitt arbeid, ikke de teoretiske kunnskapene (...). Jeg tror jeg er en mye bedre barnevernsarbeider fordi jeg har ulik praksiserfaring”.*

Informanten danner et skille mellom teori og praksis. For at vedkommende skal kunne være en god barnevernarbeider er det avgjørende med ulik praksiserfaring, og de teoretiske kunnskapene spiller en underordnet rolle. Når teori og praksis deles opp innenfor sosialt arbeid kan dette føre til at den mer rådende oppfattelsen om hva som er gyldig kunnskap i dagens samfunn opptrer som usynlig for informantene. I denne sammenheng er det den medisinsk – psykiatriske forståelsen av barnet. En slik gyldighets – eller sannhetsdiskurs kan opptre som usynlig for informantene da den blir naturliggjort slik at de heller ikke stiller spørsmålstegn ved den eller er bevisst på dens påvirkning (Hoel og Rønnild, 2009, Askheim, 2003). Det kan se ut som om informantene føler det mest komfortabelt å posisjonere seg innenfor den rådende diskursen. Behovet og opplevelsen av trygghet bidrar til at de blir ubemerket inn i den, og henger seg på uten motsand (Foucault, 1970). I følge Kuhn (1970) er det vanskelig å gjøre motstand mot det etablerte fordi det fører med seg brudd med eksisterende kunnskapen og kompetansen. En annen av informantene fremhever at hun *prøver*

å forholde seg til barnet på samme måte uavhengig av diagnose, men selv om vedkommende ønsker og ha fokus på dette fører diagnosen med seg en helt bestemt måte å forholde seg til barnet på:

*”Jeg prøver å tenke at ungen fremdeles er den samme. Selv om diagnosen er der. Men det vil jo være lettere i forhold til skole, foreldre og barnehage slik at vi kan forstå ungen, at vi har en oppskrift på hvordan vi skal møte ungen”.*

Med dette sitatet illustreres det hvordan den psykiatriske diagnosen fører til at barnevernarbeideren får noe konkret å forholde seg til, at hun får en *oppskrift*. Når de psykiatriske diagnosene ble en del av det barnevernfaglige arbeidet syntes det som om teorier ble direkte overførbart til praksis. En kan derfor stille spørsmål om hva teori kan og skal brukes til. Teori som konkrete oppskrifter for praksis kan være en urealistisk og ugunstig forståelse av teoretisk kunnskap. Teori bør heller sees som en bakgrunnsforståelse, der den skaper mening i det anvendte liv.

Hvis en ser til selvfølgeliggjøringsprosessene (Hoel og Rønnild, 2009) eller tatt-for-gittheter (Vagli, 2009) påpekes intervallet mellom teoretisk og praktisk kunnskap. Normative tenkemåter utgjør en grunnleggende implisitt kunnskap som klientene evalueres ut fra. Vagli (2009) trekker frem hvordan tiltak begrunnes med psykopatologi på individnivå som eksempel på dette. Barnevernarbeiderne ser etter personlige og moralske svakheter, noe som fører til at en ser bort fra klassebetingende betraktninger og ulikhet i materielle forhold når en tolker personenes situasjon og atferd. Med andre ord tas kunnskapen barnevernarbeiderne innehar for gitt, og den anerkjennes ikke lengre for det den i utgangspunktet var. Taus kunnskap er nettopp når teoretisk kunnskap fremtoner seg som implisitt og uuttalt (Haugsgjerd, 1998). Utfordringene ved denne tause kunnskapen viser seg når arbeidsfeltet stiller krav til barnevernarbeidernes kunnskap. Det kan synes som om det er den eksplisitte uttalte kunnskapen som den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen representerer som av arbeidsfeltet ansees som gyldig. Når noe er standardisert, er det også enklere å arbeide med (Ekeland, 2009). Informantene i Hoel og Rønnilds' (2009) studie pekte på at det var vanskelig å møte disse kravene. Å vite noe for sikkert klarer ikke barnevernarbeiderne og innfri. Årsakene til dette kan være at sosialt arbeids teoretiske kunnskap blir borte i den praktiske kunnskapen. Når praksis skal teoretiseres og systematiseres kan en stå i fare for å miste

viktige aspekt ved kunnskapen. Det oppstår en utfordring når det forventes at praktisk kunnskap skal formuleres på premisser denne ikke kan innfri. Erfaring nedvurderes i forhold til hva som er gyldig kunnskap i vårt samfunn (Ekeland, 2009). Når den kunnskapen som barnevernarbeiderne besitter ikke blir gjenkjent som kunnskap møter en på utfordringer som i noen tilfeller hemmer fagutvikling, og i noen tilfeller utøvelsen av det sosiale arbeidet (Levin, 2004).

Når sosialt arbeid har en kunnskapsforståelse der profesjonell handling først og fremst sees på som utøvelse av praktisk dømmekraft og godt skjønn blir den fagkunnskapen barnevernarbeideren sitter med underlegen det dominerende kunnskapssynet som ligger i den medisinsk – psykiatriske tenkningen. Et slikt kunnskapssyn kan settes i sammenheng med den patogenetiske tilnærmingen som på sin side har et ensidig fokus på den diagnostiserende sykdom. Den patogenetiske nesten fullstendige dominans virker på mange måter som en begrensning for andre måter å forstå helse på (Antonovsky, 2000). Det legges vekt på at den enkelte yrkesutøver blir profesjonell ved å inneha og mestre en vitenskapelig kunnskap som kan benyttes teknisk eller instrumentelt i løsningen av praktiske og sosiale problemer (Normann, 2009, Ekeland, 2009). Når en diagnose settes blir barnet objektivisert som et resultat av den forskningsbaserte metoden, en kan da stå i fare for å gå til angrep på barnets frihet og den tosidige relasjonen blir borte fordi det er en fare for at atferd og uttrykk fortolkes i lys av diagnosen (Normann, 2009). I forlengelsen av dette har ikke barnevernarbeideren behov for å lete etter andre måter å møte barnet på. En informant forteller om dette:

*”Jeg husker en sak med en jente hvor foreldrene var veldig på at her måtte det være en diagnose. Men for oss så var det så soleklart at her var det omsorgssituasjonen for jenten som ikke var bra. Men der klarte foreldrene å få presset gjennom å få ungen inn på BUP. Da ble hun forstått på en helt annen måte, av skole, barnevernet, foreldrene og alle. Hun fikk diagnosen ADHD og manisk depressiv. Vi tenkte hele tiden at dette er et klart resultat av mangel på grenser, men det viste seg at vi ikke hadde rett fokus på jenten. Vi fokuserte mer på foreldrene men det var faktisk noe helt spesielt med denne jenten og ikke foreldrene. At det var en grunn til at hun var som hun var. Så da møtte vi jo henne på en helt annen måte”.*

Sitatet ovenfor illustrerer hvordan de barnevernfaglige vurderingene kan bli satt til side når barnet får en psykiatrisk diagnose. Opprinnelig har barnevernarbeideren en klar vurdering av

situasjonen, og fremhever at årsaken til problemene ligger i barnets omgivelser, noe som er i tråd med en sosial konstruktivistisk tilnærming. Dette kan forstås som at barnevernarbeiderens opprinnelige tankemønster endrer seg når barnet får en diagnose. Innenfor ulike diskurser så det alltid være noe som er forbudt og noe som er tillatt å uttrykke seg om (Foucault, 1970). Foucault (1970) viser videre til at sann kunnskap innen en vitenskap alltid vil være avhengig av etablerte forestillinger som bidrar til å skape regler og rammer for individet og deres handlinger. På den ene siden skal godt sosialt arbeid være tuftet på noen kunnskaper, verdier og ferdigheter som skal omfatte et juridisk rammeverk, et politisk mandat og Yrkesetiske retningslinjer. Denne form for praksisutførelse skal ideelt sett vise seg gjennom deltakelse, myndiggjøring og partnerskap (Hove, 2002). De psykiatriske diagnosene representerer på den andre siden noe objektivt, universelt og deterministisk (Hummelvoll, 2003). I dette møte mellom to ulike kunnskapssyn kan det se ut til at det rådende kunnskapssynet noen ganger blir foretrukket fremfor den sosialfaglige tenkemåten. Det medisinsk – psykiatriske paradigmet fremholder gjennom diagnostiseringen at vanskelige livssituasjoner og problemer kan årsaksforklares opp mot noen standardiserte kartleggingsverktøy, og at en på denne måten kan forklare og forstå menneskelig atferd (Hillestad, 2006). En av informantene forteller hva som skjer med den barnevernfaglige praksisen når barnet får en psykiatrisk diagnose:

*”En er mer bevisst på de som har diagnoser, hvorfor de gjør som de gjør. At du møter de på andre måter, og at du kanskje tolerer mer enn du kanskje ikke ville ha tolerert ellers. Eller at du tenker mer over det at de gjør det de gjør på grunn av det og det og det... at du går inn og tenker annerledes over måten du er på. Muligens... ja, jeg håper jo det da”.*

Sitatet illustrerer hvordan barnevernarbeideren endrer oppfatning av barnet når en diagnose har blitt gitt. Dette regnes videre som en god tilnærming til denne type problematikk; at en tar høyde for at barnet gjennom sin diagnose fremstår og tenker annerledes enn barn som ikke har det. Det blir også enklere for barnevernarbeideren å årsaksforklare hvorfor barnet er som det er.



## Når livsverden og systemverden møtes

Informantene måtte i flere tilfeller forhandle mellom ulike grensdragninger i deres kunnskapsforståelser. Og i noen tilfeller viste de at de fortrakk den mer allmenne forståelsen av hva som var gyldig kunnskap. Dette kan også knyttes Habermas (1999). Hvis utgangspunkt for godt sosialt arbeid er tuftet på å forstå den andre "der hvor de er" (Hoel og Rønnild, 2009), kan dette bety og ta utgangspunkt i den andre sin livsverden. Systemverdenen gjør seg da til kjenne gjennom de psykiatriske diagnosene ettersom denne formen kan virke overveldende i møte med livsverdenen. En kan si at *systemverdenen* koloniserer *livsverdenen* med sin instrumentelle og rasjonelle kommunikasjonsform (Røkenes & Hansen 2006), og gjør det tryggere for barnevernarbeideren i møte med barnet og den psykiatriske diagnose. Følgende sitat kan illustrere hvordan diagnosene blir "sannheten" og en måte å arbeide på for barnevernarbeideren:

*"Diagnosene er bra for meg i mitt arbeid fordi da får jeg vite hva som blir viktig. Når en diagnose blir satt så får jeg vite hva som trengs av rammer og hva som trengs for å ivareta ungdommen både på skolen og hjemme".*

Sitatet viser at gjennom å forholde seg til diagnosene slik de blir presentert gjennom en systemverden blir det gitt lite rom for både barnevernarbeiderens og barnets livsverden. For at barnevernarbeideren skal kunne ta utgangspunkt i barnets livsverden forutsetter det et perspektiv som baserer seg på sosial konstruktivisme og i denne forlengelse et barneperspektiv. En alternativ måte å møte problemer og diagnoser på er ved den salutogene tilnærmingen. Den viser hvordan kan bli gitt muligheten til å mobilisere egne krefter i sin kontekst. Salutogenese åpner opp for å se barna i et kontinuum. Det grunnleggende bak det salutogene perspektivet er at sykdom, kriser, konflikter og spenninger er noe som hører livet til (Antonovsky, 2000). Det har blitt hevdet at sosialt arbeid opprinnelig baserte seg på en individualistisk eksperttradisjon, men at dreiningen i perspektiv innenfor fagfeltet opptar seg med en mer konstruktivistisk og myndiggjørende tilnærming.

## Perspektivdrening i sosialt arbeid?

Sosialt arbeid legger vekt på relasjon, samarbeid og prosess når problemer skal defineres, men hvordan står disse verdiene i forhold til yrkesutøvelsen med barn som har fått en diagnose? Schjelderup og Omre (2006) viser til at nye områder for ekspertise og psykodynamiske retninger utvikles stadig innenfor sosialt arbeid. Ekspertrollen til barnevernarbeiderne tydeliggjøres gjennom vektlegging av kartleggingsinstrumenter, strukturerte intervjuer og tester, enten barnevernarbeideren utfører dette arbeidet selv, eller om de støtter seg til ekspertuttalelser basert på en medisinsk – psykiatrisk tilnærming om diagnoser, funksjonsnivå og forklaringer på barnets atferd i sitt arbeid (Normann, 2009). Det kan derfor hevdes at til tross for politiske føringer og andre faglige tilskudd som har vekt på et sosialt arbeid som skal løsrive seg fra denne type tankegang er det ikke grunnlag for å snakke om et paradigmeskifte. Kuhn (1970) vektlegger at slike overganger er trege. Overgangen fra det etablerte til endringer er innarbeidet. På denne måten kan spenningsfeltet mellom det rådende medisinsk - psykiatriske paradigme, og det sosialfaglige paradigme bli forstått. Dette kan også betraktes på en mer nyansert måte, da barnevernarbeiderens arbeid ofte er forankret i konkrete, her – og – nå beslutninger i konkrete møter. I disse møtene gis det rom for faglig skjønn, maktutøvelse og rådende kunnskapssyn (Levin, 2004). Det kan derfor stilles spørsmål om en påberopt kunnskapsforankring i betydelig grad undermineres av den enkeltes profesjonelle verdiforankring, ideologiske ståsted og kunnskapsstatus på feltet (Schjelderup og Omre, 2006). Spenningsfeltet kan også betraktes ved å vise til hvordan barnevernarbeiderne beskriver deres erfaringer med det tverrfaglige arbeidet med barne – og ungdomspsykiatrien.

## Tverrfaglig samarbeid

Det forutsettes at både barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien har et ønske om å gi et godt omsorgs- og behandlingstilbud til barna og deres familier. Informantenes erfaringer er imidlertid at det er vanskelig å skape et konstruktivt samarbeid hvor begge parter er involvert, noe som kan komme i veien for et slikt ønske. Forskjellige lovverk, faglige tradisjoner og ståsted samt forskjellige utviklingsveier er betingelser som danner rammene rundt et slikt samarbeid. SINTEF rapporten (2004-2007) viser at foresatte i stor grad er tilfreds for muligheten til medvirkning i forhold til tjenester i kommunen. Men en stor andel av barn og

unge med psykiske vansker rapporterte om mangel på kontinuitet i tjenestetilbudet.

Fagkompetanse de ansatte har er videre en sentral faktor, og de største utfordringene til tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske vansker er knyttet til samhandling mellom tjenestene. En av informantene beskriver hvordan vedkommende benytter seg av ekspertisen som BUP sitter på, samtidig som informanten fremhever at samarbeidet ikke fungerer som ønsket:

*”Når det er beskrevet en diagnose, og jeg er usikker på den så tar jeg en telefon og får mer informasjon og veiledning. Dette føler jeg at jeg kan benytte meg av, men det er nok ikke likt for alle her. Det er en del sterke meninger, barneverntjenesten mener en ting, og BUP mener noe annet, og erfaringsmessig er ikke dette samarbeidet helt på glid. Det handler om kulturen på de forskjellige plassene tenker jeg, hvordan man omtaler de andre tjenestene”.*

Sitatet illustrerer at samarbeidet mellom barnevernet og BUP ikke alltid er tilfredsstillende. Men at det er personavhengig om en får en god relasjon til ansatte ved BUP. Årsakene til dette kan være at de ulike kunnskapssynene kommer spesielt godt til syne når disse to sektorene setter seg ned for å diskutere en spesifikk sak. Informanten i sitatet ovenfor nevner ulik kultur som en årsak for at samarbeidet ikke er ”helt på glid”, og at det finnes en ukultur i dette samarbeidet som viser seg ved at de ikke gir hverandre noen god omtale. Samtlige informanter viste til ulike konflikter som kunne oppstå i samarbeidet. En informant beskriver samarbeidet slik;

*”En har sett at barneverntjenesten gjerne har brukt en uavklart situasjon og plassert ungene, og så skal ikke ungene hjem igjen. Og da har det blitt konflikt. Barnevernet har ikke klart å stable det på beina, også har en kanskje bare brukt BUP i en overgangsfase. At en appellerer på en måte til at de har det ikke noe bra, og så er det kanskje ikke noen diagnose, men en uro knyttet til noe annet. En omsorgssituasjon som ikke er god nok for ungdommen... Er det psykiatri eller er det barnevern? Enten det er helse eller barnevern så byr det på en del konflikter. Dette er et stadig tilbakevendende spørsmål”.*

Informanten ovenfor viser til at barneverntjenesten i mangel på andre tilbud plasserer et barn innenfor barne – og ungdomspsykiatrien uten at det foreligger noen diagnose. Utsagnet viser

til informantens subjektive opplevelse av dette, men på generelt grunnlag kan en si at det ser ut som om barnvernet støtter seg til BUP når det er mistanke om at det kan foreligge en diagnose, og at det er dette formålet BUP skal tjene barnvernet med. De største utfordringene når det gjelder tjenestetilbudet til barn og unge med psykiske vansker ser nettopp ut til å være knyttet til samhandling mellom tjenester (SINTEF, 2004-2007). På bakgrunn av dette oppstår det konflikt mellom barnevernet og BUP. Konfliktene hadde ifølge informantene sin bakgrunn i ulik kultur, ulike yrkesbakgrunn, statusforskjeller, lite kunnskaps om hverandres virke og økonomi. De økonomiske konfliktene kan ha sin bakgrunn i at dagens finansordninger legger føringer for praksis hvor det gis refusjon per tiltak. Det stilles også krav om en mer effektiv og produktiv tjeneste (Normann, 2009). Konsekvensen av dette kan føre til at mer tidkrevende og utadrettet arbeid som er knyttet til barnets livssituasjon står i fare for å bli nedprioritert. Det økonomiske aspektet kommer til syne slik som denne informanten beskriver det:

*”Det jo ganske mye fokus på hvem sine oppgaver ting er. Er det psykiatrien sin oppgave å følge når det er psykisk sykdom, og da skal dette komme under ett annet budsjett enn barnevern. Det må handle om situasjonen hjemme for at vi skal trø til”.*

Sosialarbeidere har gitt uttrykk for at det er en utfordring å kunne se og ta i bruk sin egen kunnskap i forhold til forventningene som stilles til fagutøvelse. Særlig når det er snakk om en yrkesutøvelse som står i motsetning til hverandre når det gjelder faglig identitet og verdier (Normann, 2009). En av informantene forteller litt om disse forventningene og faglige identitet:

*”Når jeg presenterer meg som saksbehandler i barneverntjenesten da ser man på en måte at noe skjer (...) Når man presentere noe annet, som BUP da er man mye friere (...) uansett tenker jeg at det må gjøre noe med samarbeidet, og dette handler vel om at andre ikke kjenner til retningslinjene innenfor barnevernet, også handler det ofte veldig mye om navn, hvem som er gode nok”.*

Som forklart ovenfor har sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag forskjellige idealer og verdier enn de som ligger innenfor den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen. Informantene fremhever at BUP er mest opptatt av her og nå situasjonen, av medisiner og diagnostisering, mens de

som representanter for barnevernet er mer opptatt av helhet. Det ligger en betydelig utfordring i motstridene forventninger i å være en ekspert for en annen samarbeidspart eller om en skal handle ut fra en grunnleggende verdi i eget fag (Normann, 2009). Informantene peker på en spesiell utfordring i møte med BUP når det gjelder manglende meldinger til barnevernet. Barne – og ungdomspsykiatrien motvilje til å melde fra om omsorgssituasjoner som ikke er gode nok forstås av barnevernarbeiderne som et hensyn de må ta for å ivareta gode samarbeidsrelasjoner med foreldrene. De ulike måtene å betrakte barnet og dets omgivelser på kan illustreres slik:

*”BUP har det kliniske blikket og de ser gjerne ser mest på ungdommen i seg selv og ikke på hele situasjonen. Det kan ofte være vanskelig, også i forhold til det med diagnoser (...) når en psykiater har et annet utgangspunkt en det vi har. Når det er snakk om melding til barneverntjenesten så bruker de ofte at de skal jo ha en relasjon til ungdommen og de skal og ha en god relasjon til foreldrene (...) Hvis de er med på å sende en melding til barneverntjenesten så tenker de at det vil ødelegge relasjonen til foreldrene, og så vil ikke ungdommen få den behandlingen de skal ha. Samtidig så er det et krav at ungdommen har en stabil hjemmesituasjon før de setter i gang med behandling. Så de to tingene der de krasjer litt innimellom”.*

Informantene syntes det var vanskelig når BUP stilte krav om at barnet skulle ha en stabil omsorgssituasjon før barnet kunne motta behandling, siden dette ofte ikke var tilfelle. Det var utfordrende for dem når de hadde behov for barne – og ungdomspsykiatrien ekspertise, men ikke kunne få denne før barnet levde under stabile forhold. I en tid med vekt på effektivitet og økende henvisninger legges det mye arbeid i å avgrense hvem som er hva sitt ansvar. Det er ikke mulig «å skrive ut» noen av en kommune grunnet manglende behandlingsmotivasjon eller behandlingsresultater. Det er et paradoks at de dårligste og minst motiverte barna får tilbud i de mest sårbare tjenestene (Vika & Jørgensen, 2009). En av informantene viser til en annen utfordring knyttet til det tverrfaglige arbeidet som oppstod når fagpersoner med medisinsk bakgrunn valgte å la være å melde til barnevernet fordi de ville opprettholde en god relasjon til foreldrene. Dette opplevdes som vanskelig fordi informanten gjerne satt med informasjon om at omsorgssituasjonen for barnet ikke var bra, men viljen til å melde fra om dette ble undertrykt av hensynet til samarbeidsrelasjonen med foreldre. Dette begrunnet fagpersoner på BUP med at en slik melding kunne i sin ytterste konsekvens føre til at barnet

ikke fikk den behandlingen det hadde krav på. En bekymringsmelding kan derfor bli mindre viktig etter at diagnosen er satt, og samarbeid med foreldre blir vektlagt slik at familien får hjelp og veiledning til å håndtere sykdommen. Når BUP setter som krav at barnet skal ha en stabil omsorgssituasjon før barnet påbegynner en behandling kan det synes som om de legger til grunn at deres fokus skal være på barnet, og ikke på omgivelsene ettersom disse synes å være stabile. Når barnevernarbeiderne som i sitt daglige er opptatt av familie og omgivelser møter dette kan det oppstå konflikter i det tverrfaglige samarbeidet. Det kan synes som om dette også har noe med hvilket faglig utgangspunkt de ulike fagpersonene har. Som tidligere diskutert er hovedfokus hos fagpersoner med en medisinsk – psykiatrisk forståelse på her og nå situasjonen, og som hevdet i denne oppgaven kan den psykiatriske diagnosen lukke for alternative måter å forstå hele livssituasjonen til barnet på (Normann, 2009). En av informantene viser til hva de ulike kunnskapssynene karakteriseres av;

*”Jeg opplever vel kanskje at en psykiater er mindre opptatt av det – bakgrunn og historie, og heller her og nå situasjonen (...) akkurat det de ser der og da”.*

En annen informant sier noe av det samme;

*”Jeg er vant med at man arbeider veldig mye med familien (...), men på BUP så opplever jeg at ungdommen og familien er skilt ad”.*

Normann (2009) diskuterer hvorvidt sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag og verdier sammenfaller med politiske målsetninger og rammer. Mange sosionomer uttrykte sin frustrasjon over vilkårene for å utføre og synliggjøre sitt fag. Føringerne innenfor psykisk helsevern er på sin side tydelige i forhold til hvordan fagutøvere skal komme frem til problembeskrivelser og diagnoser, og dette blir videre sett på som viktig for kvalitetssikring av arbeidet. Dette vil påvirke hvordan sosialarbeidere tar sine handlingssvalg i praksis. Det vil på bakgrunn av dette bli et større individuelt fokus, og det vil endre tilnæringsmåtene ovenfor familie og andre samarbeidspartnere. Den enkeltes erfaringskunnskap og faglige identitet vil være avgjørende for hvordan det blir svart på forventningene som stilles til fagutøvelse. Denne informantens utsagn kan vise hvordan de sosialfaglige vurderingene kom til syne, og ble rettleidende i arbeidet med et barn:

*”En gang fikk jeg med meg overlegen på BUP på et akutt hjemmebesøk, og de konkluderte med at gutten på 15 år var helt tydelig deprimert og at her måtte en gjøre noe og skrev ut på medisiner der og da. Parallelt med dette søkte vi hjelp fra MST (...) Da ble det helt tydelig at denne gutten ikke var deprimert, han var en helt vanlig ungdom som var kommet inn i en negativ sirkel som han ikke fikk seg selv ut av, og som foreldrene kunne hjelpe han ut av med litt hjelp fra MST (...) Jeg reagerer på hvor kjappe de kan være til å sette i gang med diagnostiseringen. Jeg har ikke noe grunnlag på å uttale meg om at jeg har noe sterkt i mot medisiner, men en må jo kunne prøve ut andre tiltak først. I alle fall i mange tilfeller, ikke i de mest graverende selvfølgelig”.*

Informanten fikk med hjelp av en multi- systemisk terapi, i tillegg til sine faglige vurderinger flyttet fokus fra diagnosen og medisiner, til et mer helhetssyn på barnet og omgivelsene. Informanten trekker frem at vedkommende ikke har noe grunnlag for å kunne uttale seg om behandlingsmetodene benyttet av den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen, men fastholder at alternative måter å angripe et problem på kan være nyttig. Det kan likevel synes som om informanten reserverer seg mot å ta noe bastant synspunkt på det rådende paradigmet arbeidsmetoder. Når barnevernarbeiderne forholder seg til vurderingene og forklaringene barne – og ungdomspsykiatrien kommer med kan dette som nevnt ovenfor knyttet til status i fagfeltet, intervallet som foreligger mellom teori og praksis i sosialt arbeid, ulike rådende paradigmer, og i den forlengelse kunnskapsmakt.

## **Kunnskapsmakt**

Forståelsen av forholdet mellom makt og viten er sentral innenfor sosial konstruktivismen (Foucault, 1970) Når kunnskaps sees på i et maktperspektiv er den foretrukne kunnskapen hovedsakelig medisinsk – psykiatrisk (Normann, 2009). Maktforhold blir i liten grad formulert og tydeliggjort i det daglige, men disse forholdene vil prege barnevernarbeiderens syn på sin egen kunnskap og forståelse av seg selv og andre. Makt utøves gjennom å definere gyldig eller viktig kunnskap. Maktbruken blir lite synlig og det er vanskelig å skjønne opplevelsen av marginalisering. Virkninger av moderne makt gjør oss gode til å undertrykke oss selv. Det dominerende synet på gyldig kunnskap i vårt fagfelt internaliseres i oss, og vi aksepterer rammene for diskusjoner som «bare er sånn» (Foucault, 1970; Bourdieu 1996).

Disiplineringen skjer på ulikt vis, som i søken etter å finne den rette diagnosen, og den evidensbaserte behandlingen av problemet. Selv om barnevernarbeidere vet at livssammenhenger og individuelle forskjeller betyr mer enn diagnose, stilner deres stemmer i møte med sterkere profesjoners definisjonsmakt, og feltets krav om evidensbasering. Informantene i min undersøkelse ga uttrykk for å oppleve manglende anerkjennelse av sin kunnskap:

*”Jeg føler vel at min fagkunnskap blir tatt på alvor, men nå har jeg en tendens til ikke å blande meg så veldig opp i andre sitt bed heller(...) Det har sikkert noe å gjøre med hvilken person jeg er (..)”.*

Informanten hevder på den ene siden at vedkommendes fagkunnskap blir tatt på alvor. Informanten kommer imidlertid ikke med sine faglige innspill i møte med psykiatrien. Dette forklares med personlige egenskaper. På den andre siden viser Bordieu (1996) til hvordan kulturen det enkelte lever i er avgjørende og bestemmende for de valg vi tar. Kunnskapsmakten er ikke lett å oppdage, da den er tilstede i oss alle som meninger og vaner. Strukturelle forhold og makt griper inn i menneskers selvoppfattelse og identitet. En av informantene visert hvordan kunnskapsmakten kommer til syne ut fra hvilket paradigme vedkommende tilhører;

*”Vi har ikke gjensidig respekt for hverandre, det tverrfaglige samarbeidet er preget av kritikk. Det kan ha noe med status å gjøre (...) når jeg presenterer meg som saksbehandler i barneverntjenesten, da ser man på en måte at noe skjer”.*

Informanten viser til at statusen som barnevernarbeider blir nedvurdert i møte med barne- og ungdomspsykiatrien. Normann (2009) peker på at mangel på verdsetting kan føre til at sosialarbeidere søker anerkjennelse gjennom å tilpasse seg det rådende kunnskapsperspektiv og de forventningene som ligger i virksomhetene. Informantene i min undersøkelse kan sies å gjøre nettopp dette. Som jeg har illustrert ovenfor så er sosialt arbeid et fagfelt som opererer innenfor ulike diskurser og kunnskapsregimer, og da spesielt i møte med barn som har fått psykiatriske diagnoser. Sosialarbeidere kan sees på som kunnskapsbrukere som forhandler med de ulike diskursene i sitt felt og praksis (Hoel og Rønnild, 2009), og i de fleste tilfeller støtter barnevernarbeiderne seg på et kunnskapsregime som vektlegger en kategoriserende og



klassifiserende måte i form av diagnosene og forstå barnet på. Den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen kan sies å ha en symbolsk makt på kunnskapsfeltet. Denne kommer til uttrykk gjennom det gitte, hvor det handler om å få andre til å se eller tro på en verdensoppfatning (Bordieu, 1996). Denne makten virker bare dersom den anerkjennes, noe den nettopp synes å gjøre i det barnevernfaglige arbeidet. Den er bare ikke lett og oppdager fordi den er til stede i barnevernarbeiderne som meninger og vaner. Informantene har derfor ikke et bevisst forhold til dette, og det vil ha følger for hvordan barnet blir gitt muligheter til og delta.

Den konstruktivistiske tilnærmingen ser på hvordan språk og meningsdannelse er knyttet til samfunnmessig makt. Dette omtales som *definisjonsmakten*, og denne danner konstruksjoner hvor mennesker med en eller flere psykiatriske diagnoser havner i kategorier med klare avgrensinger (Askheim, 2003). Et viktig utgangspunkt for god og kritisk praksis innenfor hjelpeapparatet vil derfor være å dekonstruere diskursene som danner grunnlaget for disiplineringen. Sosialarbeidere kan sees på som kunnskapsbrukere som forhandler med de ulike diskursene i sitt felt og praksis (Hoel og Rønnild 2009; Levin, 2004). På denne måten kan diskursbegrepet være et bidrag i forhold til å se på mulighetene og begrensingene i barnvernarbeidernes kunnskapsforståelse. Sitatet nedenfor viser til hvordan diagnoser som er ukjente også for barnevernarbeiderne blir vanskeligere å forholde seg til. Flere av informantene trekker frem diagnoser som bipolar lidelse, psykose og reaktiv tilknytningsforstyrrelse som vanskelige begrep.

*”Jeg synes at den der bipolar, den er ullen. Altså at der er det så mye, at jeg synes den er vanskelig å forholde seg til ”.*

Dette kan settes i sammenheng med at det vitenskapelige eller diagnostiske fagspråket virker inn på informantenes opplevelse av egen kunnskap og handlingsvalg. Det medisinske fagspråket slik det blir fremstilt her synes ikke å være til hjelp for barnevernarbeiderens bedømming og handlingsvalg, men kan virke som en fremmedgjørende faktor som skaper usikkerhet på egen kompetanse. En annen informant trekker også dette frem:

*”Når en møter flere diagnoser hos et barn/ungdom, og skal gjenkjenne alt da begynner det å bli vanskelig. Og så er det jo dette med psykoser. Det er jo ikke så ofte, men det synes jeg er*

*vanskelig å forstå. Når noen går inn og ut av psykoser (...) Så dette synes jeg er vanskelig å vite noe om”.*

I følge Foucault (1976) kan makten bare slik den kommer til uttrykk i praksis. Med utgangspunkt i Habermas (1999) kan kunnskapsmakten forstås som en del av systemet hvor systemverdens, som i denne sammenhengen er den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen koloniserer livsverdenen, som skal være utgangspunktet for det barnevernfaglige arbeidet. På denne måten kan kolonialisering bidra til at handlingsrommet til barnevernarbeideren begrenses. Barnevernarbeidere bør forsøke å tilstrebe og heller påvirke barn og andre som er tilknyttet hjelpeapparatet til å internalisere denne makten. utfordringer oppstår når individers prosjekt (deres livsverden) for sine egne liv ikke sammenfaller med de kulturelle, sosiale og politiske verdiene i det øvrige samfunnet (barnevernarbeiderens livsverden og den øvrige systemverden). Dette er bare en av utfordringene som aktualiserer når barnevernarbeidere arbeider med barn som har fått psykiatriske diagnoser. Jeg vil nå se videre på deltakelsens muligheter og utfordringer i det barnvern faglige arbeidet.

## **Oppsummering**

Kompleksiteten i barnevernarbeid kommer blant annet til syne i arbeidet med barn som har fått en psykiatrisk diagnose. Ulike kunnskapssyn gir seg til kjenne både i møte med barnet og i det tverrfaglige samarbeidet med barne – og ungdomspsykiatrien. Konsekvensene dette får for det barnevernfaglige arbeidet sett ut fra paradigmaten og forholdet mellom teori og praksis i sosialt arbeid ser ut til å bli at barnevernarbeiderne støtter seg til den medisinsk – psykiatriske forståelsen av barnet. Dette har sammenheng med hva som ansees som gyldig kunnskap innenfor ulike diskurser. Forståelsen av dette spenningsfeltet knyttes opp mot barnevernarbeidernes faglige identitet og rådende kunnskapsmakt. Intervallet mellom teori og praksis i sosialt arbeid (Levin, 2004; Hoel & Rønnild, 2009; Normann, 2009) medfører at barnevernarbeideren (i møte med et paradigme som fremstår som den mest gyldige og sannhetsbetonte måten å arbeide med barn med psykiatriske diagnoser) at det faglige grunnlaget barnevernarbeiderne baserer sine vurderinger på blir nedvurdert i forhold til den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen. Maktperspektivet knyttet til kunnskap belyser hvordan sosialt arbeids verdigrunnlag lett kan bli marginalisert i og med at psykisk helsevern

er definert og organisert innenfor en medisinsk – psykiatrisk tilnærming (Bordieu, 1996; Foucault, 1970). Videre sees evidensbaserte metoder på som den mest gyldige form for kunnskap i dagens samfunn (Ekeland, 2009). Dette kan hevdes å være en motstridende måte og arbeide med barn og problemer på ettersom slike metoder søker å finne svar ut fra noen ”gullstandarder”. Komplexiteten i barnevernfaglig arbeid lar seg ikke redusere inn i objektive standarder og kategorier av menneskelig utvikling og væremåte (Ekeland, 2009). Dette betyr ikke at barnevernarbeideren ikke skal ta i bruk kunnskaper basert på vitenskapelige fremgangsmåter. Dette er noe som bør gjøres for å integrere praksis og teori, og på denne måten kan barnevernarbeiderens status heves og legitimeres. Det må imidlertid skapes en bevissthet omkring de ulike mekanismene som utspiller seg i spenningsfeltet mellom teori, praksis og i møte med dominerende kunnskapssyn. En styrking av faglig identitet og det sosialfaglige perspektivet er nødvendig både for den faglige utviklingen til barnevernarbeidere, men også fordi et slikt spenningsfelt fører med seg noen alvorlige konsekvenser for barna som er tilknyttet dette hjelpeapparatet. Hvordan de psykiatriske diagnosene legger noen føringer for det barnevernfaglige arbeidet er gjenstand for videre diskusjon.

## **6. Diagnosens betydning for det barnevernfaglige arbeidet**

Bruk av diagnoser i barnevernfaglig sammenheng fører altså med seg noen implikasjoner for de barnevernfaglige arbeidet. Som skissert ovenfor kan dette henge sammen med ulike kunnskapssyn i forskjellige paradigmer, hvorav det medisinsk – psykiatriske ansees som det mest gyldige i dagens samfunn (Hummelvoll, 2003). Når barnevernarbeideren forholder seg til en slik forståelse av barnet på mister en noen viktige aspekt ved både barnet og sosialt arbeid på veien (Normann, 2009). Årsakene til dette kan være mange, og uten tvil kompliserte. Dette har blant annet med kunnskapsmakt å gjøre, men også hvordan teori og praksis betraktes i sosialt arbeid. Barnevernarbeidere bør ha som utgangspunkt at enhver person er unik, opplever seg selv som unik og ønsker å bli betraktet som unik av andre. Det unike er noe prinsipielt som ikke kan fanges inn av diagnoser. Det unike lar seg ikke forstå ut

fra det allmenne, derfor vil ikke barn la seg forstå ut fra sin diagnose alene (Smedslund, 1998). Undersøkelsen gir ikke empiri som belyser hvilken betydning diagnosen har for det enkelte barn og dets omgivelser. Det kan imidlertid være hensiktsmessig å se på hvordan barnevernarbeiderne opplever at diagnosen er for barna og omgivelsene da dette vil prege og ha sin innvirkning på det barnevernfaglige arbeidet. Informantenes utsagn om diagnosens betydning for barna gjenspeiler barnevernarbeidernes kunnskap og holdninger, og på denne bakgrunn antydes det hvor de posisjonerer seg i fagfeltet.

## Diagnostisering

Når et barn får en psykiatrisk diagnose vil dette påvirke barnet selv, deres familie og de øvrige omgivelsene. Tveit (1998) viste i sin undersøkelse til at omgivelsene ser på psykiske lidelser og diagnoser som delvis nedsettende og stigmatiserende, men også noe mer nyansert og reflektert. I min undersøkelse kan det virke som om informantene også har dette synet på hvordan barna selv opplever det å få en diagnose. En av informantene beskriver dette slik;

*”Noen barn tror jeg det er positivt for å få en diagnose. Sånn som med ADHD, jeg tror at da kan det falle litt på plass for dem (...). At ja, det er ikke det at jeg er stein, hakke gal, men at det er sånn og sånn når jeg konsentrerer meg; nå forstår jeg hvorfor. Det blir mer forståelig for dem også, mer levelig”.*

Dette sitatet viser til at barnevernarbeideren ser på diagnosesetting som noe positivt for barnet. Sett ut fra informantens perspektiv blir diagnosen en konkret tilstand og forholde seg til. Når informanten trekker frem at det blir mer levelig for barna når de får en diagnose kan forstås som et uttrykk for at diagnosen fører med seg både forklaringer på hvorfor barnet har en viss type problematikk, men også en vei ut av det. Enten dette er medisinerer eller foreldreveiledning. Diagnosene sett innenfor det medisinsk – psykiatriske paradigmet hviler på en objektiv tankegang hvor tilstander og symptomer må kunne avleses og kategoriseres uavhengig av person, kontekst og bakgrunnsbetingelser (Hillestad, 2006). Dette fører med seg en optimisme hos barnevernarbeiderne. I følge Snoek og Engedal (2005) er det å stille en diagnose nødvendig for ethvert klinisk arbeid, fordi diagnosen skal være en hjelp til å finne frem til den mest hensiktsmessige behandlingsformen.

Diagnosene kan på den andre siden neppe sies å representere noe positivt, da kategoriene i systemet betegnes som ”forstyrrelser” og avvik (Rognes, 2003). Slike negative vurderinger kan ikke bare forverre selvbildet, men det kan også føre til et krav om at personen må forandre seg. Vårt selvbilde, eller vår identitet utgjør kjernen i våre personlige liv. Når diagnosen skifter plass fra en ren observasjon til barnas selvbevissthet kan troen på hva en selv og på hva andre rundt en har ansvar for bortforklares med diagnosen (Ekeland og Heggen, 2007; Skjervheim, 2001). Informanten nedenfor hevder at diagnostiseringen ikke fører med seg noe skambelagt for barnet, men viser til at ungene heller ikke er bevisst sin diagnose:

*”Jeg har ikke vært borti at det har vært forbundet med skam, men jeg jobber jo hovedsakelig med unger, og de er jo ikke så bevisst sin diagnose”.*

Sett ut fra disse perspektivene kan det å få en diagnose tilsynelatende se ut som noe positivt for barna. De får noe konkret å forholde seg til, og det som fremstår som uforklarlig for dem blir mer forståelig. Hva dette gjør med selvbildet til barna på lengre sikt sier ikke informantene noe om, men det er grunn til å tro at denne diagnosen vil følge dem for resten av livet, og da spesielt i møte med hjelpeapparatet. Selvoppfatning blir ifølge Mead (1972) dannet gjennom sosial speiling og på denne måten vil ens oppfattelse seg selv reduseres til for eksempel en person med en sykdom (diagnose/avviker) hvis omgivelse ser på en slik. Ut fra Meads’ (1972) speilingsteori vil andres forventninger og handlinger påvirke vår selvoppfatning, bevissthet og prestasjoner.

Jeg har tidligere skissert hvordan barn kan komme i en lojalitetskonflikt med sine foreldre, hvor det kan være vanskelig for barnevernarbeideren å få frem barnets ”egentlige perspektiv” (Sommer, 2004). Det kan synes som om årsakene til at diagnosene blir oppattet relativt positivt av barna kan knyttes til dette. Diagnosen fører ikke med seg *skyld og ansvar*. Det er ytre og objektive forhold som gjør at barnet handler slik det gjør. Barnet på sin side kan på denne måten fritas fra denne lojalitetskonflikten, og foreldrene blir ikke holdt ansvarlige for barnets atferd, slik denne informanten beskriver:

*”Mitt inntrykk er at de aller fleste foreldre er veldig glad for å få en diagnose, fordi jeg tror*

*det forklarer, eller gir dem en forståelse av at det ikke er, muligens, deres feil. Men at det er noe som ligger i barnet ... tror jeg kanskje... ”.*

En annen informant forteller:

*”Jeg har vel egentlig ikke hatt noen negative opplevelse med diagnosesetting. Som regler så kjenner de seg litt igjen i de forklaringene. Sann som de som har Asberger, som kanskje har vært inne på nettet og lest, og kanskje vet hva det er før de kommer inn, og så er det helt greit å få den diagnosen, fordi du kjenner deg igjen. Så lenge de får all den informasjonen som omhandler den diagnosen så kjenner de seg lettere igjen i det, og så kan en lettere akseptere det, men dette handler selvfølgelig om hvor mye informasjon man gir, og måten det blir lagt frem på”.*

Barnevernarbeideren ovenfor trekker også frem de positive sidene ved diagnostisering av barna. Forutsatt at barna får informasjon på en hensiktsmessig måte er diagnose til hjelp for barna slik at de lettere kan akseptere hvorfor de er som de er. Dette kan sees på som subjektiveringsprosesser som knyttes til hvordan definisjonsmakten psykiatrien har virker inn på identitetsdannelsen til barnet (Foucault, 1978). Vagli (2009) viser til at tiltak begrunnes med psykopatologi på individnivå. Barnevernarbeiderne ser etter personlige og moralske svakheter, noe som fører til at en ser bort fra klassebetingende betraktninger og ulikhet i materielle forhold når en tolker personenes situasjon og atferd. Informantene i denne undersøkelsen kan sies å gjøre nettopp dette. På den andre siden ser ikke informantene på diagnosens betydning for barnet som helt uproblematisk. Slik som denne informanten beskriver det:

*”Det er vel kanskje litt sann vekslende når et barn får en diagnose. De trenger litte grann tid på det, for å få det til å synke inn og en trenger gode forklaringer og masse informasjon om hva det handler om. Det må en gjerne bruke litt tid på. Det blir også veldig mye fokus på funksjon, altså hva kan jeg gjøre, og hva kan jeg ikke gjøre, hvordan begrenser det meg, og hva vil de andre si og hvordan vil dette vise”?*

Sitatet ovenfor viser til en mer nyansert måte å betrakte diagnostiseringen på. Det nevnes at det for barna kan være vanskelig å møte omgivelsene i og med at det blir fokus på hvordan

diagnosen vil vise, og hvilket funksjonsnivå barnet har. Barn beskriver ikke psykisk syke mennesker på samme måte som biomedisinen, og det kan derfor bli vanskelig for dem å identifisere seg med noe ukjent (Haug, 2003). Barn som har fått en psykiatrisk diagnose og som ikke "passer inn" i forståelsesrammene til sine jevnaldrende vil bli tatt avstand fra og gitt lite sympati av andre, og som er følge av dette står de i fare for å bli ekskludert (Haug, 2003). Diagnoser som ADHD synes å være enklere diagnose for barnevernarbeideren fordi det er en kjent og mye brukt diagnose. Andre diagnoser som reaktiv tilknytningforstyrrelse, psykose, bipolar lidelse, angst etc. synes å være forbundet med en annen type annerlede shet. En av informantene trekker frem reaksjonene på ulike diagnoser i barnets omgivelser:

*"Det er veldig stor forskjell ut fra ressurser, kunnskap og vilje. Som regel så er det sånn at "ja vi tenkte vel det", mens noen er så utslitt at de ikke makter, de orker ikke å håndtere det. Også har vi vel de som tenker, spesielt i forhold til psykose, at de blir en mye sterkere sorgreaksjon hos foreldrene når de får den diagnosen. Den er mye verre en de andre lettere diagnosene. Den fører med seg en mer oppgittethet, den følger dem mer en stund. Så det er utrolig stor forskjell på hvor langt en har kommet, hvor lenge en har opplevd det hjemme og hvor mye en har gjort hjemme. Enten så er de helt oppgitt, og rett og slett ikke makter mer, eller så er de mer sånn at de klarer å brette opp armene, og tenker "at ja nå vet vi hva det er".*

Sett i lys av Goffmanns' (1959) stempingsteori innebærer det at den som stemples tilskrives en bestemt identitet som ofte settes i forbindelse med avvik. Opplevelsen av psykisk helse sett ut i fra et tilhørighetsperspektiv viser at personer med en psykisk lidelse kan synes det er vanskelig å forklare hva denne psykiske lidelsen innebærer for andre. Disse personene kan se på det å ha en psykisk lidelse som noe skremmende, og den diagnosen de fikk som følge av deres lidelse og omgivelsenes reaksjoner på denne diagnosen forandret personens identitet og selvoppfatning. Dette kan gjelde for barna som har fått en psykiatrisk diagnose og som er tilknyttet hjelpeapparatet. Informantene forteller mye av det samme når de beskriver hvordan foreldrene opplever at barnet deres får en psykiatrisk diagnose:

*"Diagnosen er bra i forhold til foreldre - og ungene for den saks skyld, som har slitt med ett eller annet, og da spesielt i forhold til de synlige diagnosene som ADHD, der man ser og ikke klarer og hanskes med ungen, hvor det er mange utfordringer, og en forstår ikke hva som*

*skjer. Med en diagnose så følger det også med noen overordnede metoder som hjelper en å håndtere ungdommen og som sier noe om hva som er viktig hjemme og med medisineringsen regnes dette som positivt”.*

Et slikt utsagn viser til at barnevernarbeiderens faglige og/eller personlige vurdering av diagnosene fører til at det barnevernfaglige arbeidet endrer seg når en diagnose blir satt. Diagnosen er bra for både foreldre og barn fordi en får forklart hvorfor en møter på utfordringer, og en får svar på hva det er som skjer med barnet og familien. For det barnevernfaglige arbeidet medfører dette at barnevernarbeideren får overordnede metoder å arbeide med. Dette knyttes til en ”håndtering” av barnet i sine hjemlige omgivelser, samtidig som en medisinering av barnet er til hjelp. De psykiatriske diagnosene kan i sin ytterste konsekvens føre til at viktige avgjørelser og valg blir overlatt til barn som i mange tilfeller verken er i stand til, eller ønsker å sitte med ansvaret på egne skuldre. En informant fremhever nettopp dette;

*”Det er veldig lett å sette en diagnose på en ungdom, men det er det. Men så tenker jeg at det en kan ikke ta alt ansvaret over på den ungdommen, at de ikke bare tenker at det bare er noe med meg, men at det også er ting i historien som gjør at det er slik. Ting som har virket inn på akkurat dette.”.*

Barnevernarbeiderne trekker frem de positive sidene ved diagnostiseringen, samtidig som de vektlegger at det ikke er uproblematisk om barnet skal bli sittende med ansvaret for problemene i familien. I sitatet ovenfor trekkes konteksten frem som en viktig faktor. Diagnostiseringen fører likevel med seg noen konsekvenser for det barnevernfaglige arbeidet.

## **Det barnevernfaglige arbeidet**

Barn tilknyttet barnevernet har ulike forutsetninger og problematikk. I noen tilfeller kan diagnosen dekke over saken som ofte er kompleks (Normann, 2009). Fokus for beslutningene som tas er å gi barnet en stabil omsorgssituasjon, og hvor man først må dekke grunnleggende omsorgsbehov før man i det hele tatt kan komme i posisjon til barnet og gå inn for ett



samarbeid med barnet til deltakelse. Samhandlingspartene i hjelpeapparatet stilles overfor spesielle utfordringer, fordi verken barnevernarbeideren eller barnet kan i prinsippet velge om de vil ha kontakt med hverandre (Backe-Hansen, 2004). Rettighetstenkingen som i dag står så sentralt og som deltakelse og det sosial konstruktivistiske perspektivet springer ut av, kan føre med seg spørsmålet om det er i overensstemmelse med barnets livssituasjon generelt. For å utøve personlige rettigheter er det en forutsetning at man er selvstendig aktør i eget liv (Skivenes og Strandbu, 2007). Dette er en beskrivelse som ikke alltid passer når det gjelder barn som er avhengige av foreldrene sine og føler lojalitet til dem. Det ligger dypt forankret i barn tilknytningsforhold at de skal være lojale. Foreldre kan forsøke å utnytte denne lojaliteten, et dilemma oppstår da for barnevernarbeideren; hvor befinner barnet seg kognitivt, og hvilke følelses- og lojalitetsbånd kan hindre en diskusjon om alternativer? Dette handler om den vanskelige balansen mellom selvbestemmelse på den ene siden og lov til å slippe å bestemme på den andre.

Så hvilken betydning diagnosen får for det barnevernfaglige arbeidet, og kan diagnosene brukes i tillegg til en forståelse av den unike personen? Arbeidet i barnevernet dreier seg i stor grad om marginaliserte familier og utsatte barn. Det dreier seg om barnvernarbeidere i maktposisjoner, om ulike kunnskapssyn og om organisasjoner som ikke er tilrettelagt for barns deltakelse (Schjelderup og Omre, 2009). Jeg har i min undersøkelse sett en spredning mellom idealer og det praktiske sosiale arbeidet. Årsakene rangerte fra ytre forhold som lite tid og ressurser til den indre forhold som gjenspeilet den enkeltes barnevernarbeiders verdier og ferdigheter. Den manglende deltakelsen synes i noen sammenhenger å gjelde uavhengig av om barnet hadde en diagnose eller ei, men vil følgelig påvirke hvordan det barnevernfaglige arbeidet utspiller seg. Likevel illustrerer det følgende sitatet hvordan diagnosen kan spille inn for deltakelsens muligheter i det barnevernfaglige arbeidet:

*”Det er nok en fare for det at en tar noen ekstra hensyn når de arbeider med barn med diagnoser, og vi er nok ikke alltid like flinke til å involvere de”.*

Dette sitatet viser at diagnosen fører med seg at barnevernarbeideren tar noen hensyn til barnet når det har fått en diagnose, og på denne bakgrunn involveres barnet i mindre grad. Informantene i undersøkelsen var opptatt av å ha barnet i sitt perspektiv, men samtidig så var barnevernarbeidernes handlinger preget av en beskyttelsesholdning (jf. tidligere avsnitt).

Informantene la ikke vekt på definere vansker og problem med barnets selv, men inntok en voksen – til – voksen – dialog. Ved å inkludere barna som objekter, og ikke subjekter redusertes anerkjennelsen av deres livserfaringer, kompetanser og meninger (Schjelderup og Omre, 2009). Beskyttelsesargumenter ble benyttet som forklaringer på hvorfor barnevernsarbeiderne inntok dette tankesettet. Dette kan forstås ut fra at barnevernarbeidere tilhører en tradisjon hvor synet på barn er at de trenger beskyttelse. Dette tiltross for at norsk lov og barnekonvensjonen understreker barns absolutte rett til å delta. Av hensyn til barnet beste føler barnevernsarbeiderne at de må skjerme barna for ytterligere negative påvirkninger. Videre viser undersøkelsens empiri at noe skjer med det barnevern faglige arbeidet når barnet får en diagnose, og den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen kobles inn. Når usikre situasjoner oppstår forsøker barnevernarbeiderne å falle tilbake til det som virker minst risikofyllt. Dette gjør de til en viss grad med å forholde seg til ”den vitenskapelige sannhet” og den rådende kunnskapsmakten. På denne måten står de på trygg grunn (Hoel og Rønnild, 2009). En informant forteller:

*” (...)Det kan det være lettere når ungen har fått en diagnose, for da trenger en ikke ha fokuset der noe mer. Eller en trenger ikke jobbe for å finne det ut, da vet man det”.*

Et slikt utsagn viser at diagnosen letter det barnevern faglige arbeidet. En trenger ikke lete etter årsaker fordi diagnosen gir et endelig svar på barnet problematikk. Dette kan ha sammenheng med at det barnevern faglige arbeidet i stor grad er tuftet på handling, på verdier og faglig skjønn (Levi, 2004). Barnevernarbeiderne beveger seg over en grense som kanskje strider mot ens egne faglige og personlige overbevisning. Barn sett ut fra et barneperspektiv betraktes som unike personer og ikke som representanter for en kategori (Tiller, 1988). Jeg har ovenfor skissert at det moderne barnevern beveger seg vekk fra de tradisjonelle, paternalistiske holdningene, og over til et mer partnerskapsorientert barnevern (Schjelderup & Omre, 2006). Jeg har stilt spørsmål ved dette antatte paradigmeskifte. Dersom barnevernarbeiderne tar utgangspunkt i en sosial konstruktivistisk tilnærming kan ikke objektive og isolerte sykdomstilstander knyttes til enkeltindividet. Det har i stedet sin opprinnelse i hvordan bestemte kulturer, samfunn, sosialkontekster og fagmiljøer oppfatter og tolererer dette (Hillestad, 2006). Funnene i min undersøkelse tilsier at barnevernarbeiderne beveger seg vekk fra en slik forståelse i møte med de psykiatriske diagnosene. Kanskje kan det være slik at grunnlaget den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen er tuftet på ikke ligger

så langt fra det barnevernfaglige arbeidet som først antatt? Dette henger sammen med hvordan rådende diskurser lett får status som sannhet (Askheim 2003), og i dette henseende den medisinsk – psykiatriske diskursen. Det kan videre henge sammen med hvordan implisitte kulturelle ”tatt- for- gittheter” dominerer den aktive kunnskapen i barnevernarbeidet (Vagli, 2009). Videre er diskurs og makt er to sider av samme sak (Askheim 2003), og begge tilnærmingene har til felles at relasjonene mellom bruker/pasient og profesjonell/ekspert er asymmetriske, og det foreligger en betydelig mengde makt i disse relasjonene. Informantene i min undersøkelse bekjenner seg til en viss grad til en ekspertmodell, hvor oppgavene er å behandle, veilede, forandre og gi råd. På denne måten gir barnevernarbeidernes maktposisjon til kjenne. Makten kan gi barnevernarbeiderne muligheter til hjelpe barna, men gjennom å definere og kvalifisere barna og deres familier innskrenkes handlingsrommet i forhold til å inngå i en samhandling basert på gjensidighet og tillit.

Tankesett og verdier, kulturelt og faglig, danner referanserammer for forståelse av barndom og årsakene til problemfylte liv (Backe – Hansen, 2001). Når en diagnose blir satt på et barn kan det synes som om barnevernarbeideren finner andre årsaksforklaringer til barnets atferd. Barnets omgivelser blir således viet mindre oppmerksomhet. Det barnevernfaglige arbeidet inntar en mer tradisjonell, paternalistisk holdning, og synet på barnet som aktør og aktiv medskaper i eget liv har lite rom i denne tankegangen. Slik sitatet til informantene nedenfor kan illustrere fører en diagnose med seg en trygghet for barnevernarbeideren. Med trygghet menes at når en diagnose blir satt er det lettere å forholde seg til omgivelsene rundt barnet fordi barnevernarbeideren sitter med mer faglig *tyngde*. Diagnosen betydning viser seg også når informantene ved hjelp av den letter *forstår* hvordan barnet *er*. Også her tar barnevernarbeideren i bruk *definisjonsmakten* når diagnosen danner en konstruksjoner hvor barnet blir plassert i en kategori med klare avgrensinger (Askheim, 2003).

*”ADHD diagnosen er jo ofte til hjelp, du forstår jo lettere hvordan ungen er, og det er lettere å jobbe med foreldre, for barn med ADHD de trenger rammer og grenser. Du kan si at sånn og sånn er det med mer tyngde, for du vet at det er en diagnose. Du har mer kjøtt på beinet når du veileder for da vet du at sånn er det, og da kan foreldre lettere godta det og. Dette med reaktiv tilknytningsforstyrrelse og, og da spesielt i forhold til fosterforeldre, siden det er de jeg har jobbet mest med så tror jeg det har vært veldig sånn ok for dem å vite ”hvorfor”, at det*

*ikke er de det handler om. At det ikke er "jeg hater deg", men at det er noen helt andre mekanismer det handler om...".*

Barnevernarbeidere står derfor ovenfor en utfordring når de arbeider med barn som har fått en psykiatrisk diagnose. Innenfor den tradisjonelle sykdomsmodellen, som har vekt på lydighet, kan det være behagelig for begge parter i relasjonen. Nærmere bestemt vil dette si at den "syke" overlater ansvaret til eksperten. Barnet må gjennom en myndiggjøringstankegang ta ansvar for eget liv og mestring, samtidig som barnevernarbeiderne må fokusere på hva som må til for å oppnå slik læring. På denne måten må en derfor bevege seg bort fra en ensidig biomedisinsk tilnærming og de fysiske aspektene ved lidelsen, og over til økt vektlegging av brukerens egne erfaringer, opplevelse og det miljøet som er rundt. Barnevernarbeiderne bør derfor være bevisst på hvordan de formidler kunnskap om helse og sykdom og om hva de vil oppnå. Kunnskapen bør brukes på en slik måte at det skaper interesse, motivasjon og delaktighet. Informantene la vekt på hvordan det barnevernfaglige arbeidet endret seg når barnet fikk en diagnose. Den mest tydelige påvirkningen av diagnosen merket de på foreldresamarbeidet. En informant sier det slik:

*"Jeg er faktisk overrasket over at samarbeidet med foreldrene det blir annerledes. Før barnet får en diagnose så har de et veldig fokus på at barnet skal få den diagnosen, og i barnevernssammenheng så blir det gjerne sånn at "ja, det var ungen min, der ser du at det er ungen min, det er ikke meg". Så samarbeidet med foreldrene vil i noen tilfeller bli annerledes når en diagnose blir satt".*

Sitatet ovenfor kan vise til at når en diagnose blir satt kan dette frita eller frata foreldre eventuelt skyldfølelse ovenfor barnet. Foreldrene må på denne måten heller ikke stå til ansvar for barnevernet ettersom det er en sykdom hos barnet som har blitt oppdaget, og ikke forhold ved familien som har sviktet. Dette kan videre fortolkes som om at den psykiatriske diagnosen lukker forståelsen for omgivelsenes påvirkning på barnets atferd og dette letter samarbeidet mellom barnevernarbeideren og familien for øvrig. En av informantene problematiserer hvordan diagnosen fører til at psykiatrien setter en diagnose, men at de ser vekk i fra omgivelsenes betydning for barnets psykiske helse:

*"Det jeg opplever i psykiatrien er det at en, og nå er jeg kanskje veldig tøff i kjefsten, men at en er litt for pysete i forhold til å snakke om, ja ikke foreldrene sin skyld, men om foreldrenes*

*innvirkning på barnets psykiske helse. Det er vi kanskje litt for dårlige til. Men her og handler det igjen om enkeltpersoner”.*

Informanten viser med dette sitatet at omgivelsene betydning ikke må nedvurderes til fordel for en diagnose. Samtlige informanter viste til at foreldre var lettet over at barnet deres hadde fått en diagnose, samtidig som de hadde noen konkrete ytre forhold å vise til ovenfor barnevernet. Informantene mente at diagnosene endret det barnevernfaglige arbeidet på andre måter også. Diagnosene førte til at barnevernarbeiderne hadde noe håndfast å vise til, og ut fra dette fikk de ”rammer” eller ”oppskrifter” på hvordan de skulle arbeide videre med barnet. En av informantene problematiserte imidlertid dette:

*”Erfaringsmessig kan en gjerne stå stille når det gjelder det som har skjedd før, at en ikke kommer seg ut av det. Så var det noe med å se mer helhetlig på det, altså på alle nivå; på skolen, hjemme og i forhold til søsken og venner”.*

En annen informant referer også til denne tosidigheten:

*”Det kan skje at en diagnose fratrar foreldrene for ansvar. Det er vel kanskje litt tosidig ikke sant. Når foreldre sier at ”jeg håper at barnet mitt får en diagnose”, så kan det jo være litt godt for dem. For da er det ikke sånn at ”det er vi som har vært mislykket”, eller at det er ”vi som har gjort det sånn”. Men samtidig så betyr ikke det at de skal sette seg ned å tenke at ”ja det var derfor”. Det krever jo like mye arbeid videre fra deres side. Ok at en vet at det er diagnosen som har gjort det slik, men hva skal en gjøre videre som er til det beste for barnet? Tenker jeg i alle fall”.*

I disse sitatene kommer de barnevernfaglige vurderingene til syne. Informanten hevder at det ikke bare er diagnosen som er retningsgivende i arbeidet. Det gis rom for at det må arbeides videre med omgivelsene til barnet, og diagnosen ikke skal føre med seg en ansvarsfraskrivelse hos foreldrene. Barnets beste fremheves som et viktig og faglig prinsipp for det barnevernfaglige arbeidet, En av informantene beskriver hva vedkommende tenker om diagnosens innvirkning på det barnevernfaglige arbeidet:

*”En diagnose er greit. Men det viktigste er hva man gjør, altså hvordan man forholder seg i forhold til den. Det er der fokuset er. Ikke at man bare har diagnosen, og så gir man de tabletter. Men at det er greit at de har den diagnosen, og at en vet det, men så er det å tenke at hva er det som er bra for foreldre å jobbe med videre, hvor skal dere ha fokus, hva må dere være obs på”.*

Informanten aksepterer at diagnosen ligger der. De barnevernfaglige vurderingene stopper likevel ikke ved denne. Fokus er imidlertid på foreldrene, og hvordan de skal lære seg og håndtere diagnosen barnet har fått. Det sies lite om barnet i seg selv. Selv om noen av informantene problematiserer dette kan det synes som om den psykiatriske diagnosen fører til at barnevernarbeiderne legger mindre vekt på omgivelsene og familieforhold etter barnet har fått en diagnose. Det understrekes av konteksten rundt barnet er den samme, men det barnevernfaglige arbeider utspiller seg på en annen måte. Når informantene vektlegger at det ”krever like mye arbeid fra familiens side” så kan det forstås som om at de nå må arbeide med å håndtere sykdommen som barnet har fått, og at de må få opplæring i å håndtere et barn med en diagnose. Omsorgssituasjon og andre faktorer i omgivelsene synes å bli viet mindre oppmerksomhet i det barnevernfaglige arbeidet etter en diagnose blir satt. Fokus blir i større grad rettet mot veiledning av familien, og i noen sammenhenger overtar BUP ansvaret for barnet. Det nye synet på barn er at barna er subjekter og aktører i eget liv (Sommer, 2004). Det moderne barnevern skal tuftes på dette synet. Likevel kan det se ut som om barnevernet støtter seg på et tradisjonelt syn på barna, hvor de primært støtter foreldrene i å være forandringsagenter for barn og unges utvikling. Dette gjør at barn og unge blir til objekter, hvor de sees på som passive mottakere som utsettes for påvirkning. En slik tenkning kan føre til at barna får liten hjelp til å forstå at de skal bli personer som inngår i gjensidige relasjoner (Schjelderup og Omre, 2009). Det er viktig å fremheve at informantene mente at konteksten rundt barnet var den samme uansett om barnet hadde fått en diagnose, slik som denne informanten vektlegger:

*”Det mener jeg er en grunnleggende holdning her. At konteksten rundt ungen er den samme, selv om den har fått en diagnose”.*

Barnevernarbeiderne ønsker ikke at diagnosene skal frata foreldrene noe ansvar, de vektlegger at både konteksten rundt barnet er den samme, samtidig som de har et bevisst forhold til at en diagnose kan føre med seg noen negative sider:

*”Det er negativt sidene når foreldrene tenker ”ja det var ikke meg”, de som vil ha en diagnose på ungen for å legge skylden en annen plass”.*

Til tross for denne holdningen kan det synes som om praksis utspiller seg noe annerledes ettersom informantene i større grad endrer fokus fra undersøkelse av omsorgssituasjon til familieveiledning. Som beskrevet ovenfor kan det virke som om barnevernarbeiderne forholder seg til diagnosene slik som de medisinsk – psykiatriske forutsetningene forklarer og forstår menneskelig atferd på. Barnets atferd forstås som nevnt ut fra denne tilnærmingen som en sykdom, og det kan synes som om barnevernarbeiderens sosialfaglige kunnskapsgrunnlag blir forskjøvet til fordel på denne i møte med de psykiatriske diagnosene. Når barnevernarbeiderne forholder seg til diagnosene slik det er skissert ovenfor gis det lite rom for en salutogen forståelseshorisont. Blikket for hva barnet mestrer blir således viet mindre oppmerksomhet. Det er kjent at mestringserfaringer påvirker selvbildet hvor forventingene en har til seg selv lett kan føre til en atferd som bekrefter forventingene (Bunkholdt & Sandbæk, 2009). Dersom barnevernarbeiderne definerer en situasjon som virkelig, kan den også komme til å bli det i sine konsekvenser (Thomas & Thomas, 1928). Tolker barnevernarbeiderne barnets diagnose som en forklaring på noe iboende i barnet selv påvirker dette videre handling, og selvoppfyllede profetier kan oppstå.

Ytre forhold vil også ha implikasjoner for diagnosens betydning i det barnevernfaglige arbeidet. Som jeg har illustrert og diskutert ovenfor kan arbeidsplassens rammebetingelser i form av tid, organisering og ressurser sette begrensninger for hvor ofte og hva barnevernarbeiderne snakker med barna om. Informantenes erfaringer med det tverrfaglige samarbeidet med BUP viser også at det i noen tilfeller er problematisk å definere hvem sitt arbeidsområde disse barna er. Dette kan handle om faglige ståsted, status i praksisfeltet, konkurrerende kunnskapssyn og økonomi. Informantene opplever at de materielle rammebetingelsene bidrar til at handlingsrommet kan økes, men også snevres inn. De informantene som gjennom sitt mandat hadde mulighet til å tilbringe mer tid sammen med barna opplevde at dette åpnet opp for flere nyanser i samhandlingen. Samtidig arbeider de alle

innenfor en strukturell og formalisert ramme. Kommunikasjonsformene i en livsverden og systemverden er ulike og kan gjøre rollen uklar for både barnevernarbeiderne og barna. Konsekvensen kan være at det å forholde seg avgrenset kan by på utfordringer.

## Oppsummering

Barnevernarbeidernes syn på barn og deres kunnskapssyn er i praksis stadig do minert av tradisjonell kunnskap. Årsakene til dette er mange. Jeg har ovenfor forsøkt å skissere noen mulige forståelser av dette. Selv om tankesett er i endring, viser handlingen til barnevernarbeiderne at de i siste instans følger kjente, eller andre alternative spor. Som en konsekvens av ulike kunnskapssyn i møte med barn som har fått psykiatriske diagnoser, barnevernarbeidernes faglige ståsted og status i fagfeltet og deres forståelse av diagnosenes betydning for barna og familien deres endrer det barnevernfaglige arbeidet seg. Når barnevernarbeideren forholder seg til medisinsk – psykiatrisk forståelse av barnet på mister en noen viktige aspekt ved både barnet og sosialt arbeid på veien. Diagnosene førte til at barnevernarbeiderne hadde noe håndfast å vise til, og ut fra dette fikk de ”rammer” eller ”oppskrifter” på hvordan de skulle arbeide videre med barnet. Dette har blant annet med kunnskapsmakt å gjøre, hvordan teori og praksis betraktes i sosialt arbeid, men også hvordan barnevernarbeiderne så på selve diagnostiseringen av barna og hvilke følger dette ville få for dem og for omgivelsene deres. Psykiatriske diagnoser ble av barnevernarbeiderne sett på som noe positivt for barna, den gav dem svar på hvorfor de var ”som de var”, samtidig som diagnosen førte med seg at de hadde mer tyngde i sin kunnskap i møte med øvrig hjelpeapparat og i forhold til foreldrene. Informantene hevdet imidlertid at konteksten rundt barnet var den samme tiltross for diagnosen, og de ønsker ikke at barnet skulle sitte igjen med et ansvar for den livssituasjonen de var havnet i. Foreldresamarbeidet endret seg likevel i betydelig grad når barnet fikk en diagnose. Barnevernarbeiderne begrunnet dette med at foreldrene ble fritatt for skyldfølelse og ansvar, samtidig som de hadde noe konkret og forholde seg til. Undersøkelsens empiri viser at barnevernet i mange tilfeller støtter seg på et tradisjonelt syn på barna, hvor de primært støtter foreldrene i å være forandringsagenter for barn og unges utvikling. Dette gjør at barn og unge blir til objekter, hvor de sees på som passive mottakere som utsettes for påvirkning. Barnevernarbeiderne trenger ikke lete etter årsaker fordi diagnosen gir et noen endelige svar på barnets problematikk. Dette kan ha



sammenheng med at det barnevernfaglige arbeidet i stor grad er tuftet på handling, på verdier og faglig skjønn. Barnevernarbeiderne beveger seg over en grense som kanskje strider mot ens egne faglige og personlige overbevisning. En måte og synliggjøre dette på er å se på hvordan barnets muligheter og utfordringer til deltakelse viser seg i det barnevernfaglige arbeidet med barn som har fått en psykiatrisk diagnose.

## 7. Deltakelsens muligheter og utfordringer

Barn er i en konstruktivistisk tilnærming aktive i konstruksjonen av sitt eget liv. De er medskapere i eget liv gjennom samhandling med omgivelsene (Tiller, 1988). En slik tilnærming til barn inngår i barneperspektivet som innebærer at en går mer og mer bort fra et paternalistisk syn på barn; hvor det er den voksne som vet best hva barn kan og bør gjøre og derfor kan ta beslutninger på deres vegne, til et syn på barna som kompetente aktører og som selvstendige subjekt (Tiller 1988; Backe-Hansen, 2001). Et barneperspektiv legger klare premisser for mulighetene til deltakelse. Barns deltakelse har videre vært gjenstand for ulike faglige og politiske strømninger som har påvirket praksis. Det legges stor vekt på individet, og det dreier seg i stor grad om hvordan barnet skal kartlegges, forstås og behandles. Det miljømessige eller konteksten synes å få en stadig mindre plass til tross for at politiske føringer legger vekt på barns oppvekstvilkår (Normann, 2009). I min empiri synliggjøres dette hovedfunnet når det barnevernfaglige arbeidet omhandler barn som har fått en psykiatrisk diagnose. Barneperspektivet legges til grunn som et overordnet utgangspunkt for forståelsen av barns deltakelse i samhandlingsprosessene med barnevernarbeiderne.

Schjelderup og Omres' (2009) deltakerstige anvendes som et verktøy for å analysere graden av deltakelse barna har i relasjon med barnevernarbeiderne. Disse relasjonene er av ulik karakter og ulike former, men felles for dem er at det er barn – voksen relasjoner, og det vil alltid være en skjevhet i makt i slike relasjoner. Barn vil alltid stå i slike voksenrelasjoner, men det betyr ikke at barns rett som aktive beslutningstakere må tildekkes (Schjelderup og Omre, 2009). For Foucault (1970/1976) er makt en situasjon hvor et menneske, eller en institusjon handler ovenfor noe (n) andre. Det kan være nyttig og ikke tenke på makt som en "ting", men som en generell term for noen typer handlinger (Gallagher, 2008). Makten

kommer til uttrykk i det barnevernfaglige arbeidet som flertydig og mangfoldig. Det kan derfor være nyttig å se på hvordan makten utspiller seg gjennom ulike teknikker og i ulike interaksjoner mellom mennesker. På denne måten involverer alltid makten er relasjon mellom minst to parter. Makten viser seg også i ulik skala, men uavhengig av hvor på skalaen en befinner seg vil makten påvirke og henge sammen. Med dette mener jeg at makt som viser seg i lav skala, henger sammen med maktmekanismer i større skala også. Maktens intensjoners manifesterer seg gjennom de effektene den gir, og ikke i de bevisste intensjonene til maktdeltakerne (Gallagher, 2008). Det kan derfor være nyttig å se på praksis, og ikke på idealer/teori når en skal undersøke makt. Jeg forsøker i denne undersøkelsen å se på deltakelse ut fra flere perspektiv. Deltakerstigen anvendes som en forståelse av deltakelse, og den danner et nyttig bakgrunnsbilde av hvor barns deltakelse befinner seg i det barnevernfaglige arbeidet. Jeg hevder ikke at dette er den objektive sannheten om barns deltakelse, det er heller et godt utgangspunkt å analysere videre ut fra. Inspirert av Foucault (1970/1976) mener jeg det er viktig å se på barns deltakelse på en mindre systematisk og mer fortolkende.

## **Deltakerstigen**

Informantene i min undersøkelse viser til ulike garder av deltakelse på deltakerstigen. Nederst på stigen finner en "barn som manipuleres" og "barn som dekor". Begge disse trinnene innebærer at barnet ikke er deltakende (Schjelderup og Omre, 2009). En av informantene beskriver hvordan barnet er til stede der beslutningen treffes, og betydningen av barnets tilstedeværelse understrekes. Det kan likevel synes om det er barnevernsarbeideren som har kunnskapsmakten og som tar beslutningene.

*"Jeg synes at selv om vi ikke snakker med ungdommen eller barnet, så kan de likevel være med i en samtale, hvor vi snakker om ting som vedkommende kanskje ikke har fått informasjon om. De kan bare sitte på sidelinjen og tegne, eller bare være der og så høre hva jeg snakker om".*

To av informantene mener at relasjonen mellom barnet og barnevernarbeideren er likeverdig, barnet skal delta, men beslutningene er allerede tatt, og utsagnet til informantene løfter barnets synspunkt frem kun hvis det er i overensstemmelse med de beslutninger som allerede er tatt.

*”Hvis barnet ikke er enig, da er det mange voksne som skal overbevise om at det motsatte er rett (...). Hvis ungen nekter så får vi jo han ikke med på det, så vi jobber jo med overtalelser, lenge”.*

En annen informant beskriver noe av det samme:

*”Jeg går gjennom tiltaksplanen med ungdommen og ser på de ulike punktene. E dett flere ting du vil ha med, eller er det noe du er uenig i? Så er det ting de vil ha utelatt, ikke fra tiltaksplanen men utelatt fra foreldrene for eksempel (...), altså si rusmisbruk, og da kan vi ikke ta det vekk. Jeg hadde nok ikke tatt noen ting vekk, det spørs hvor alvorlig det var og hva det handlet om. Men dette med medbestemmelse, og det å ha litt kontroll på sitt eget liv tenker jeg er viktig”.*

På trinn tre til seks i deltakerstigen finner en grader av skinndeltakelse. Trinn tre viser til hvordan barn gis utvalgt informasjon, og kommunikasjonen er enveis fra voksne til barn. Barna skal holdes orientert, men gis kun utvalgt informasjon. På trinn fire gis barnet utvalgt informasjon. Også her er kommunikasjonen enveis, og informasjonen som blir gitt til orientering før barnet overlates til seg selv (Schjelderup og Omre, 2009). Følgene sitat illustrerer hvordan en av informantene velger ut noe informasjon som barnet ikke orienteres om:

*”Sanne ting som går på samarbeidskonflikter med foreldre for eksempel... dette med som går på foreldre og med regulering av følelser, så tenker jeg at det er en voksen ting som ikke barnet kan involveres i. Dette med brukermedvirkning er viktig... men, de kan jo selvfølgelig si noe om det.*

Det er interessant at informantene i min undersøkelse alle sier noe om at deltakelse og brukermedvirkning er viktig, likevel tyder funnene på at barna i samhandlingsprosessene med barnevernet ikke kommer lengre enn til trinn fem i deltakerstigen som viser til konsultasjon slik at barnet får beskjed om hvordan deres innspill vil bli brukt, men det er de voksne som har beslutningsmyndighet (Schjelderup og Omre, 2009). En av informantenes utsagn illustrerer dette:

*”Formålet med de samtalene jeg har med barna er å gi informasjon og få tilbakemelding. Men vi har mer møter uten ungene, enn vi har sammen med ungene”.*

Det vektlegges at formålet med å ha samtaler med barn er å gi dem informasjon.

Barnevernarbeiderne ønsker tilbakemelding på denne informasjonen de gangene barna faktisk er med på møtene. Som informant ovenfor fremhever så foregår møtevirksomheten i barnevernet primært med samarbeidspartnere hvor barna ikke er til stede. Også Husby (2002) fant at barnevernarbeiderne primært var opptatt av informasjonsaspektet, og at barnas uttalelser lite innvirkning på beslutninger som barnevernsarbeideren fattet. En annen av informantene trekker frem at relasjonen er viktig for å skape et godt samarbeid med brukeren. Formålet med dette er imidlertid at barnevernarbeideren på denne måten lettere skal få gjennom hva han eller hun har bestemt. Det er ønskelig at barna *opplever* å bli forstått slik at barnevernarbeideren kan lettere kan gi den utvalgte informasjonen til barnet. Dette ble av en informant beskrevet slik;

*”Jeg tenker at når en har skapt en relasjon på en god måte så klarer en og lettere å få ungdommen med på det som vi tenker. At de får være med uten at ting blir tredd over hodet på dem, at de opplever at vi forstår dem, og hva vi egentlig snakker om. Da kan de lettere snakke med oss, eller lettere ta inn den informasjonen vi ønsker at de skal få. Og dette handler jo om gjensidig respekt. Og det er kjempe viktig”.*

Barn kan også sees på som forhandlere, og trinn seks viser til hvordan en i denne relasjonen er mål knyttet til å finne minnelige løsninger. Relasjonen preges av en asymmetri ettersom ikke alle synspunkter er likeverdige. En forsøker å dempe motsetninger, men det er den voksne som sitter med kunnskapsstatusen (Schjelderup og Omre, 2009). En av informantene beskriver hvordan vedkommende og barnet i fellesskap kommer frem til en løsning og barnet skal være deltakende i prosessen. Det kan likevel synes som om det er barnevernarbeiderens kunnskapsstatus som ekspert som til syvende og sist vil være avgjørende. Målet er å få ungdommen til å bli enig i det som barnevernarbeideren har satt opp på tiltaksplanen. Flere av informantene i min undersøkelse tok opp dette med tiltaksplan, og vektla at barnet skulle være med på å utforme denne. Likevel uttalte flere av informantene at det ikke var mulig for barnet å få tatt vekk punkter på tiltaksplanen. De ble gitt mulighet til å føye til noen punkter, men i

hvor stor grad dette påvirker det barnvernfarende arbeidet er ukjent. Sitatene nedenfor illustrerer barnevernarbeidernes konkrete eksempler om hvorvidt barna/ungdommene er har reell beslutningsmyndighet i form av tiltaksplaner:

*”Jeg tar ungdommene fra første stund. Jeg lager tiltaksplaner hvor ungdommen må være enig og hvis det er punkt han eller hun vil jobbe med så setter jeg det og opp på tiltaksplanen. De skal være veldig medvirkende i det som skjer, og de skal ta ansvar selv til å jobbe”.*

En annen informant belyser hvor fokus for det barnvernfarende arbeidet ligger:

*”Jeg tenker at mange ting går på hjemmeforhold, altså hva kan vi overse og hva må vi jobbe med, og dette blir vel kanskje i hjem hvor det er store konflikter, da plukker vi ut noen områder, vi kan ikke jobbe med alt som er galt her, vi må ha noen hovedfokus. Og da velger vi ut noe, og det blir gjerne i samråd med ungdommen og familien (...) Men det er vi som må prioritere, noe må vi legge vekk og noe må vi jobbe med, også kommer vi kanskje tilbake igjen til”.*

Det er barnevernarbeiderens oppgave å velge ut de områdene som er viktige og arbeide med. Dette gjøres gjerne i samråd med barnet og familien. Likevel er det til syvende og sist barnevernarbeideren som i kraft av sin ekspertise og kompetanse som velger hva som skal prioriteres. Muligheten for å komme tilbake til barnets mening ligger der, men begrenses ut fra at barnevernarbeideren kanskje velger å ta dette opp på agendaen igjen. En annen informant forklarer hvorfor ikke barna er med delaktige i utformingen og iverksetting av tiltaksplan:

*”Det hender at barn får ta punkt vekk fra tiltaksplanen. Men ungdom som bor hjemme er altfor lite engasjert i tiltaksplaner. Vi jobber jo så mye med foreldrene og for å få foreldrene til å gjøre jobben, så vi jobber ikke så mye direkte med ungdommen. Men vi burde jo for all del, for vi skal jo snakke med og involvere ungen (...) men jeg tror at jeg kan forsvare det litt logisk med at vi jobber mer med foreldrene, og skolene. Får og få de til å tilrettelegge undervisningsopplegg, og det må vi diskutere med dem, ikke med ungen. Ja, vi trekker i tråder holdt jeg på si”.*

Årsaken for at barna ikke blir delaktige begrunnes med at barnevernarbeideren primært skal arbeide sammen med skolen eller foreldrene, og ikke barnet. En slik argumentasjon kan sees i lys av den tradisjonelle objektivistiske modellen som sier at endring og styring skjer gjennom ytre påvirkning (Moe, 2006). Dersom barnevernarbeiderne hadde arbeidet i tråd med den konstruktivistiske tankegangen ville fokus vært på å inkludere barnet gjennom deltakelse, og at barnet ble sett på som en del av et system (i dette henseende "familiesystemet"). På denne måten kunne endring skje ved at systemet fikk anledning til og endre seg selv eller sin egen virkelighetsbeskrivelse (Moe, 2006). Når barn blir betraktet som partnere kan en begynne å snakke om grader av deltakermakt. På dette trinnet deles prosesser og beslutninger mellom voksne og barn. Dialogen er jevnstilt, og partene diskuterer seg frem til enighet. Barn kan videre gis delegert makt, og i denne relasjonen gis barna kontroll på enkelte områder. De voksne fungerer som støttepersoner, samtidig som det er de som velger handlingsmål og strategier. Den høyeste grad av deltakelse finner vi når barn er aktive beslutningstakere. Det er barna som definerer områder hvor det er viktig for dem å delta. De voksne kan fremdeles i denne relasjonen fungere som ekspertise og støttespiller, men det er barna som utformer egne ideer og planer for fremtiden (Schjelderup & Omre, 2009). Ut i fra denne analysen ser det ut som om barnevernarbeiderne har vanskeligheter med å implementere et barneperspektiv. I liten grad blir sakene sett ut fra barnets synsvinkel, og det er lite rom for barnet sett ut fra barnevernarbeidernes egen synsvinkel (Emilsson & Saltell, 1998). Informantene jobber ut fra et fokus på barnets beste, men inkluderes imidlertid ikke i arbeidsprosessene. Den manglende deltakelsen kan ut fra et barneperspektiv begrunnes med at det ikke er gjort en eksplisitt redegjørelse av de dominerende tankesett og verdier i møte med barn som har fått en psykiatrisk diagnose.

## **Deltakelse i barnevernfaglig arbeid**

Det kan være utfordrende for barnevernarbeidere og balansere både autoritet og kompetanse til å definere og diagnostisere barns problemer og livssituasjon, og det å gå inn i en myndiggjørende metodikk som medfører at en må gi slipp på noe av sin autonomi (Schjelderup og Omre, 2009). Barn må og skal inkluderes i definisjonsprosessene, og barns kunnskap og formidlingsevne må verdsettes. Deltakelsen gir innflytelse, og samlet sett kan deltakelse føre til bedre informasjonsgrunnlag, økt læring og forståelse hos barnet, bedre

treffsikkerhet på tiltakene, ivaretagelse av barnets selvrespekt og integritet, styrket autonomi og økt demokratisk eller annen kompetanse hos barnet, og mer legitime beslutninger (Skivenes og Strandbu, 2005). Betydningen av dette bygger på en antakelse om at det er en sammenheng mellom barnets deltakelse og effekten av tiltakene. En av informantene beskriver hvordan ytre, strukturelle rammer setter noen begrensinger for muligheter til deltakelse i det barnevernfaglige arbeidet:

*”Før var vi mer tiltaket selv, nå leier vi inn, så jeg tror nok at en traff bedre på tiltakene. Uten at vi vil det så blir vi mer et forvaltningsbarnevern, som har mye mindre kontakt med ungene. Vi organiserer og trekker i tråder. Bestiller inn på kjøpte tiltak, og så er det tiltaket som selv prøver ut. Vi har ikke tid til å få det først, vi må bare sette det i gang. Så det er ikke bra. Men det er sånn det er dessverre”.*

I sitatet ovenfor fremheves det av det er en sammenheng mellom å inkludere barn i definisjonsprosesser, samtidig som informanten betegner sitt virke som et ”forvaltningsbarnevern”. En slik utvikling er ikke ønskelig for informanten, men vedkommende ser ikke noen annen måte å arbeide på enn å forholde seg til de begrensningene som de ytre rammene gir. Hvordan man forstår barnet og dets utvikling vil være avgjørende for hvordan deltakelse blir sett på og implementert i samhandlingsprosessene. Innenfor barndomspsykologien betraktes barnet som kompetent på et personlig, sosialt og kulturelt nivå. Barnet sees på som innlemmet i et komplekst system (Sommer, 2004). Denne type tenkning kan settes i sammenheng med den konstruktivistiske tilnærmingen, som ser på barnet som en del av et system hvor virkeligheten er en egen konstruksjon som ikke kan endres uten de som inngår i systemet (Moe, 2006). Ut i fra en slik forståelse av barnet får deltakelsen nye muligheter og et grunnlag for å bli implementert på. Deltakelse i en medisinsk behandlingstradisjon innebærer ikke at barnet blir spurt om diagnosen det får, eller om den er i samsvar med egne opplevelse og erfaringer. Det er en objektiv størrelse som blir utformet på bakgrunn av standardiserte og vitenskapelige verktøy (Rognes, 2003, Hillestad, 2006). Barnet får heller ikke selv velge om de ønsker å ha denne diagnosen eller ikke. Sett ut fra denne type retorikk vil dette stå i strid med deltakelse slik en kjenner det innenfor de sosialvitenskapelige tradisjonene, som sosialt arbeid. Her dreier det seg i all hovedsak om at barnet selv aktivt skal delta og medvirke i å ta avgjørelser i spørsmål som angår egne liv. Som nevnt ovenfor gir ikke det tradisjonelle, objektivistiske synet gir ikke

rom for barnets deltagelse ved at det er barnevernarbeideren som vet best og skal inn å endre på systemet.

*”Primært så er det foreldrene jeg jobber med. Det hender at jeg har samtaler i lag med barn eller ungdommer, men ikke så mye”.*

Å kunne arbeide ressurs- og mestringsorientert beskrives som grunnleggende viktig, men også som utfordrende i forhold til sykdomstekningen i den medisinsk – psykiatriske tilnærmingen (Normann, 2009). Informantene mener at forståelsen av atferd og uttrykk knyttet til diagnose er en for snever forståelsesramme å arbeide ut fra. Men den vitenskapelige måten å uttrykke seg på skaper lett distanse og fremmedgjøring av hva problemer handler om. På denne måten kan det enkle bli tilslørt av språk – et språk som barnvernsarbeiderne ikke har mye kjennskap og kunnskap om. I denne sammenheng kan det være nyttig å se til Habermas (1999), og hans rasjonelle kommunikasjonsteori. Når systemverdenen koloniserer livsverdenen vil både barna og barnevernsarbeiderne kunne føle seg som objekter. I en livsverdenbasert situasjon innenfor en kontekst bygget på systemverdens prinsipper, vil man kunne bli underlagt et ”kalkulerende maktspråk” hvor menneskene står i fare for å objektiveres (Nygaard, 2009). Samtidig fordrer situasjonen dialog og gjensidighet. Dette kan føre til at barnevernsarbeideren opplever rollen sin som tvetydig og diffus. En av informantene vektlegger hvor vanskelig det kan være å arbeide med diagnoser når vedkommende ikke har kjennskap til fagterminologien:

*”Det er vel en del diagnoser som går igjen som en burde hatt mer fokus på i utdannelsen. Dette med reaktiv tilknytningsforstyrrelse, det burde vært ganske høyt opp på listen for når du kommer ut, enten du jobber på institusjon, eller hvem det nå er du jobber med så møter du jo mange ulike folk med forskjellige diagnoser og så vet du jo egentlig veldig lite om det”.*

En annen informant beskriver noe av det samme:

*”På skolen har vi vel lært noe om diagnoser, men jeg klarer ikke å huske det. Jeg ser det jo igjen i papirene fra BUP, men det ligger langt inne i meg”.*

Sitatene ovenfor viser til at barnevernsarbeiderne møter daglig ulike former for diagnoser, men er usikre på hva de skal legge i begrepene. Det kan se ut som om de støtter seg til diagnosenes



betydning slik den fremstår innenfor barne – og ungdomspsykiatrien. Når barna blir sett i lys av sin diagnose kan som nevnt dette lukke forståelsen for alternative måter å betrakte barnet på. Dette får konsekvenser for muligheten barna har til å delta. Muligheter er et sentralt element i deltakingssprosessen. Det vil være en sammenheng mellom barnets egen deltakelse og hvilke muligheter det har til å få hjelp. Hjelpen må derfor være tilpasset den enkelte, både i forhold til hvor lang tid barnet skal bruke på selvstendighetsprosessen og på hvilket nivå hjelpen er tilpasset og tilrettelagt (Skivenes & Strandbu, 2005). Som nevnt består deltakelse av relasjon, handling og muligheter. I relasjonen med barnevernsarbeiderne bør barnet lyttes til og bli sett som den de er. Informasjonsutvekslingen foregår gjennom dialog. Deltakelse må videre kunne knyttes til handling, hvis dette ikke knyttes sammen så har deltakelsen liten betydning. Dette betyr ikke at handlingen nødvendigvis må være etter barnets ønske, men en vurdering av hva som er til barnets beste. Barnet får muligheter ved at barnevernsarbeideren legger til rette og gir barnet den hjelpen det har behov for. Uten muligheter har deltakelse liten hensikt. En av informantene beskriver hvordan barnet som et resultat av sin diagnose ikke får muligheten til å delta. I relasjon med barnvernsarbeideren kan det se ut som om det ikke er viktig å gi barnet mulighet til og reelt delta ettersom barnevernarbeideren ikke opprettholder en informasjonsutveksling gjennom dialog. Barnevernarbeideren understreker at det er ting som barnet ikke er tjent med å høre.

*”Hvis det er snakk om en psykose så hadde jeg nok ikke tatt med ungdommen. Da hadde jeg nok skjernet ungdommen. Det kan bli for mye ord og informasjon å ta inn. Men jeg synes at selv om vi ikke snakker med ungdommen eller barnet, så kan de likevel være med i en samtale. De kan bare sitte på sidelinjen og bare være der å høre. Også er det jo ting jeg tenker at barnet ikke er tjent med å høre likevel”.*

Sitatet viser til at en alvorlig diagnose som psykose er, hindrer barnet i deltakelse. Barnevernarbeideren trekker frem beskyttelsesargumentet. Som illustrert ovenfor i deltakerstigen (Schjelderup & Omre, 2009) blir barnet ”dekor” ved at barnet er til stede i samtalen, selv om de ikke snakkes med. Informanten vektlegger at det er ting som barnet ikke er tjent med å høre, og at det er vedkommende som har myndighet til å bestemme hva disse tingene er. Deltakelse kan ifølge Seim og Slettebø (2007) oppfattes som en trussel mot faglig autonomi og muligheter for utøvelse av faglig skjønn. I følge den paternalistiske tradisjonen kan dette stemme, da det å ta ansvaret for noen er det samme som å ta ansvaret fra dem.

Hensikten med deltakelse sett i forhold til et konstruktivistisk er å gi større rom for barnets kunnskaper og erfaringer, ikke at barnevernarbeiderens kompetanse nedvurderes. Den profesjonelles kunnskap må kunne suppleres med barnets kunnskap om sitt eget liv og historie, spesielt fordi forskning har vist at deltakelse øker treffsikkerheten i barnevernet (Skivenes og Strandbu, 2005). En av informantene viser til hvordan denne kunnskapen blir nedvurdert til fordel for barnevernarbeiderens kompetanse:

*”Når jeg tenker på ungdom så tenker jeg at de må få ta del i saker som angår dem, de forstår jo mye av det som skjer og da trenger de jo å få ta del i det meste. Jeg tenker at de blir holdt utenfor i saker som handler om hvor barnet skal bo, hvor lenge barnet eventuelt skal bo i institusjon, når det gjelder avlastning i forhold til fosterhjem, ja i saker hvor barnet egentlig ikke kan få bestemme, når barnevernsarbeideren må bestemme for dem”.*

Dette sitatet kan illustrere hvordan barnevernarbeideren vektlegger at deltakelse er viktig, og at spesielt ungdommer må få delta i saker som angår dem. Samtidig kan dette forstås som om at barnets må ekskluderes i saker hvor det er barnevernarbeiderens faglige kunnskaper og erfaringer som må legges til grunn. Barnevernarbeideren fremhever at det i noen saker er deres faglige skjønn som må legges til grunn, og at barnets kompetanse og evne til å delta derfor må nedvurderes. Dette kan forstås som om barnets kunnskap om eget liv ansees som en trussel mot barnevernsarbeiderens faglige autonomi (Bunkholdt & Sandbæk, 2008).

Deltakelse innenfor ulike deler av barnevernet kan spenne seg fra retten til å bli informert til å være aktiv deltakende i beslutningen. Når barnet er deltakende får det informasjon, blir lyttet til og er aktiv (Arnestein, 1969, Humerfelt, 1995 & Schjelderup & Omre, 2009).

Barnekonvensjonen (1969) viser til at deltakelse ligger i uttalelsen om at barn og unges mening skal tillegges vekt når beslutningen fattes. I dette ligger det et syn på at barn blir sett på som kompetente til å kunne delta og de innehar ressurser og egenskaper til å være i stand til å ta ansvar (Sommer, 2004). Utfordringen for barnevernarbeiderne ligger ofte i dette ”spennet”, mellom retten til å bli informert og til aktiv deltakelse i beslutningen.

Dette bringer meg videre inn på hvilken kunnskapsforståelse som kan legges til grunn for deltakelse og utfordringene og mulighetene med dem. Barn som på en eller annen måte er knyttet til psykiatrien, gjerne gjennom sin psykiske lidelse eller diagnose er som mange andre brukere av hjelpeapparat ingen sterk pressgruppe. Dette skyldes at psykiske lidelser kan være

forbundet med et sosialt stigma, både i folks øyne generelt og i brukernes egen bevissthet (Haugsgjerd, 1998). Dette kan videre bringe med seg utfordringer for hjelperne rundt barn med en psykiatrisk diagnose. Både med tanke på deltakelse og i den forlengelse at barnevernarbeidere kan føle seg presset inn i en rolle som instrumenter for sosial kontroll av avvikende atferd istedenfor som hjelpere i forhold til livsvaner og opplevd lidelse. Når barnevernarbeidere blir presset til å inneha en slik rolle stilles det store utfordringer til barnets muligheter til deltakelse. Informanten nedenfor beskriver dette slik;

*”Når en får satt en diagnose så får man vite hva som trengs av rammer og hva som trengs for å ivareta ungdommen (...). Vi får vite hva som blir viktig”.*

I dette sitatet fremheves det at diagnosen fører med seg en helt bestemt måte å arbeide med barnet på. Diagnosen forteller barnevernarbeideren hva som er viktig og hvilke rammer som skal være til stede rundt barnet. Hjelpemiddelet rundt barna knyttet til barnevernet tar svært viktige beslutninger om og for barn, og det bør etter min oppfatning være naturlig at barnas stemmer blir hørt i denne forbindelse. Velferdsinstitusjoner kan fungere diskriminerende og undertrykkende, og barn kan oppleve avmakt i sin livssituasjon som følge av strukturelle forhold og stigmatisering, det sosial konstruktivistiske perspektivet gir barn muligheten til å ha innflytelse og realisere egne ønsker (Seim og Slettebø, 2007). Å betrakte barn som en aktør viser derfor vei til å bygge samhandlingsrelasjoner basert på samarbeid og partnerskap. Den konstruktivistiske tilnærmingen ser på erfaringer som en aktiv og konstruktiv prosess som må fortolkes og endres gjennom nye erfaringer (Moe, 2006). Slik jeg ser det kan dette settes i sammenheng med deltakelse fordi konstruktivismen tar utgangspunkt i aktørers autonomi og egne vurderinger. Barnevernarbeideren vil være opptatt av problemsystemets egen beskrivelse og forklaring, nemlig barnets egen historie. En av informantene forteller:

*”Jeg vil ha barna med. Men det er nok forskjellig praksis, det avhenger av hver enkelt saksbehandler. Sånn som på alle andre plasser, så er det veldig avhengig av personer. Også er det jo den kritikken som foreligger mot barneverntjenesten om at de snakker for lite med unger og ungdommer. Men jeg er veldig klar på at jeg vil ha de med. Jeg tenker at det er viktig å ha med seg unger og ungdommer så langt det lar seg gjøre. Ikke minst det å samtale med dem”.*

Informanten er opptatt av barnets historie, og ønsker å la barnet delta. Informanten er bevisst på at vedkommende ønsker å ha barnet med, men fremhever at dette ikke er noe som alle på kontoret gjør eller ønsker. Samtidig som informanten trekker frem viktigheten av delaktighet og samtale kan det ligge en begrensning i uttalelsen om ”så langt det lar seg gjøre”. En annen informant sier:

*”Det er vanskelig å la barnet delta når de voksne ikke er enige. Jeg har selv problemer med å ta en unge, i alle fall under 12 år, inn i et møte hvor de voksne ikke er enige. Da får heller ungen et referat”.*

I sitatet ovenfor setter barnevernarbeideren en grense for når barnet kan være deltakende. Begrensningene settes i sammenheng med konflikter mellom voksne, og i forhold til alder. En måte å løse en slik vanskelig situasjon på finner barnevernarbeideren ved at barnet får et referat på innholdet. I min undersøkelse finner jeg lite grunnlag for at informantene involverer barna slik at det er snakk om garder av deltakermakt. Det kan også synes som om diagnosen i seg selv er en av årsakene som kan føre til at barna ikke kommer opp på deltakerstigen. Samtlige informanter mener at deltakelse av barn i det barnevernfaglige arbeidet er viktig, men praksis gjenspeiler imidlertid noe annet. Årsakene for denne manglede deltakelsen er flere og mangefassert. Utfordringene kan knyttes til:

- Ytre forhold som barnevernsarbeiderne føler de ikke råder over: økonomiske forhold, tidsmessige begrensninger, økende arbeidsoppgaver og manglende ressurser.
- Kompleksiteten i det barnevernfaglige arbeidet.
- Indre forhold som kunnskap om fagfeltet (diagnosene) og ferdigheter.
- Ulike kunnskapssyn – herunder den rådende, medisinsk – psykiatriske tilnærmingen.
- Intervallet mellom teori og praksis i sosialt arbeid.
- Argumenter om beskyttelse av barnet – særlig hvis barnet har en diagnose.
- Samarbeidshensyn med foreldre – hvor hovedfokus er på foreldre, ikke på barna.
- Paternalistiske holdninger – barnevernsarbeideren sitter med kunnskap og ekspertise som er viktigere enn barnets kunnskap om eget liv. Slik kommer de asymmetriske maktrelasjonene til syne.
- Manglende implementering og bevissthet omkring av lovverk og politisk mandat.

- Innholdet i begrepet ”deltaking” – fremstår som et honnørord i mange tilfeller.

Selv om barnevernarbeiderne møter på alle disse utfordringene kommer det tydelig frem i mitt materiale at de har et ønske om, og et bevisst forhold til at barna ikke deltar i den graden de skulle ønske. Flere av informantene uttrykker det slik:

*”En har vel kanskje ikke vært like flink til å tenke på den brukermedvirkningen når barnet har en diagnose. Kanskje de voksne rundt har overstyrt litt der”.*

En informant viser til at det ikke er rett å sette relasjonen til foreldrene foran barnet, og vedkommende forsøker å unngå dette i sitt barnevernfaglige arbeid:

*”Å velge å tilbakeholde informasjon på grunn av samarbeid med foreldrene, det tenker jeg at ikke er det rette”.*

Følgende sitat viser til de tidsmessige begrensingene:

*”Vi har ikke tid til å få innpass hos ungen først, vi må bare sette det i gang. Det er ikke bra. Men det er sånn det er dessverre”.*

En annen av informantene er ikke tilfreds med sånn som situasjonen er, men forholder seg likevel til den. Dette kan forstås ut fra at når barnet får en diagnose er det ekspertsystemet som ”har tatt over”, og som en følge av dette blir det gitt mindre rom for de barnevernfaglige idealene (deltaking):

*”Du henviser og så får du en tilbakemelding fra BUP. Så går du på et møte på skolen og så skal man få alle til å tenke lik (...) BUP snakker med ungen, ikke vi (...) det er ikke bra i det hele tatt”.*

Kunnskap og forskning om barn og deres deltakelse er viktig. Det er mye som gjenstår for å utvikle verktøy og virkemidler for å få tak i og løfte frem barns stemme. Utfordringene ligger imidlertid der, og i de følgende avsnittene vil jeg se litt nærmere på disse, hva de innebærer og se på mulige forståelser av hvorfor de oppstår. Innledende vil jeg se på barnevernarbeidernes ferdigheter som omhandler kommunikasjon og samhandling.

## Kommunikasjon og samhandling

Yngre barn er en gruppe som det kan være spesielt vanskelig å trekke med i samhandlingsprosesser, fordi de ofte vil ha problemer med å kreve sine rettigheter oppfylt, og de kan ha vanskeligheter med å få god oversikt over valgmulighetene. Dette gjør det ikke mindre viktig å lytte til barnet og forsøke å forstå deres perspektiv (Sandbæk, 2001). Barns behov for beskyttelse brukes ofte som begrunnelse for at barn ikke skal spørres om sine oppfatninger eller at de oppleves som mindre troverdige enn voksne (Seim og Slettebø, 2007). Når barnets ikke kommer til ordet reiser det flere problemer enn at deres rett til deltakelse overses; viktig informasjon om deres situasjon kommer ikke frem og hjelpen de får kan bli mangelfull. For at muligheten om en reell deltakelse skal være tilstede er det viktig at barnevernarbeideren ser saken fra barnets synsvinkel. Språket og kommunikasjon fostrer en slik forståelse. Barnevernarbeidere kan gjennom kommunikasjon både hjelpe barnet gjennom samtale og legge grunnlaget for deltakelse (Juul, 2004).

Barn vil i møte med barnevernet ha ulike muligheter og forutsetninger for å uttrykke seg. En del av barna har opplevd en uforutsigbar og ustabil oppvekst. Tilliten til voksne kan være frynsete og usikkerheten kan være stor for om en skal våge å snakke. Det er da ikke lett å skulle fortelle hvordan en har det og hva en ønsker i et møte med barnevernarbeiderne. Utfordringen den enkelte barnevernarbeider står ovenfor er, hvordan få barnet til å fortelle? Kommunikasjon er ikke bare ordet som sies, men også den andres eksistens, gester, tonefall og ansiktsuttrykk. Barnevernarbeideren bør søke etter å få en forståelse av hvordan barnets livsverden fortoner seg, konteksten bør klargjøres og barnet bør bli lyttet ordentlig til og tatt på alvor (Rye, 2007). Reell deltakelse representerer en utfordring om å finne nye veier for samhandling. Antonovsky (2000) vektlegger at tillit kan være en ressurs i seg selv. Han vektla en forbindelse mellom mestring og tillit hvor mestring avspeiler tillit til en oppfattelse av verden som håndterbar, begripelig og meningsfull. Dette gir et bedre utgangspunkt for barns anerkjennelse og gyldiggjøring av den psykiatriske diagnosen i møte med barnevernsarbeiderne. Denne gyldiggjøringen aktualiseres gjennom myndiggjøring og deltakelse. I følge salutogenesen kan det for mennesker som er skuffet over noen og føler seg urettferdig behandlet, være en så stor belastning, at livet blir utfordrende å håndtere. I slike sårbare perioder kan barna trenge å bli behandlet som en unik person med egen, individuell

historie og egne problemer (Antonovsky, 2009). Denne type tankegang kan knyttes direkte til et sosial konstruktivistisk perspektiv som står i sterk kontrast med det medisinske paradigmet. I en salutogen tenkning er det viktig at kunnskaper ikke alltid danner holdninger som igjen skaper atferd. I følge salutogenesens læreprosesser er forutsigbarhet avgjørende for at det en arbeider med blir begripelig (Jørstad, 2009). Dersom arbeidet blir preget av forutsigbarhet, er det mulig å oppnå en viss forståelse av følelser og ting som skjer i arbeidet og dette blir i så måte preget av begripelighet. Antonovsky (2000) fant at belastningsbalanse var en forutsetning for håndterbarhet. Med dette menes at barnevernarbeiderne har en erfaring med at de innehar den kompetansen som er nødvendig for å møte barn med psykiatriske diagnoser og har evnen til å ivareta deltakelse som en følge av dette.

Psykiatriske diagnoser kan forbindes med noe skamfullt og tabubelagt. Selve sykdommen blir sett på som noe som er befengt med skam og den blir ikke sett på med samme forståelse som å bli fysisk syk (Haug, 2003). Dersom barn blir sett på som aktive aktører i sine egne liv vil dette ha betydning for hvordan barna ser på psykisk sykdom. Som aktive aktører vil andre rammer og annen kategorisering av kunnskap kunne tre frem. Haug (2003) mener at de konstruksjoner som da trer frem ikke nødvendigvis er mer oppbyggende og inkluderende enn de biomedisinske. Gjennom å opplyse og "normalisere" psykisk sykdom ovenfor barn kan en del fordommer og stigmatisering bli bekjempet. Det kan synes som om dette ikke er noe som problematiseres i noen særlig grad av de fleste av informantene, de ser det heller ikke som deres "ansvar" å snakke med barna om deres diagnose. I det følgende sitat trekker informanten frem at barn som er i kontakt med hjelpeapparatet ser på dette som noe naturlig, og at det derfor ikke oppleves som stigmatiserende.

*"Jeg vet ikke hvilken informasjon de får om sin diagnose. Det vil jeg tror andre gjør, jeg har i alle fall ikke hatt ansvar for det. De har hatt så god oppfølging fra BUP, og det kan rett og slett være at vi har tenkt sånn at "det tar noen andre". Jeg har ikke vært borti dette med at det har vært skambelagt, de er så vant med å være i kontakt med hjelpeapparatet at det er en litt naturlig ting for dem".*

Dersom en vender tilbake til Haug (2003) undersøkelse med barn og unges erfaringer og opplevelse av psykisk lidelse kan en stille spørsmålet hvorfor har ikke barn og unge kunnskap om psykisk sykdom? Dette kan settes i sammenheng med hvilket syn barnevernarbeiderne har

på barn. Dersom de blir betraktet som sårbare individer som trenger beskyttelse mot livets harde realiteter blir ikke kunnskap og erfaringer gitt videre til barna. En av informantene trekker frem at ønsket om å snakke med barnet om deres diagnose ligger der, men at andre fagpersoner rundt har begrenset vedkommende:

*”Av og til er det tilfeller hvor vi må beskytte barnet. Noen ganger har jeg vel kanskje vært for ivrig til å ville ha de med. I forhold til for eksempel det å få kunnskap om diagnosen sin. Men da er det kanskje noen som har holdt meg igjen og sagt at dette er for tidlig i forløpet, at vi må vente til det er god gang på dette. Men så vet jeg ikke alltid om jeg er enig i dette”.*

At barnevernarbeideren ikke får anledning til å snakke med barnet om vedkommendes diagnose begrunnes med at det er for tidlig i forløpet. Det kan enten være ledelsen ved barnevernet eller BUP som setter disse begrensningene. Selv om informanten ikke alltid er enig i slike vurderinger, forholder vedkommende seg likevel til de restriksjonene som blir gitt. Dette begrunnes videre med at barnet har behov for beskyttelse mot å få for mye kunnskap om en den diagnosen barnet har blitt tildelt. Dette er et velkjent spenningsfelt innenfor barnevern, og jeg vil i det følgende se nærmere på argumenter for barns rett til deltakelse eller beskyttelse.

## **Beskyttelse eller rett til deltakelse?**

Det offentlige hjelpeapparatet har som oppgave og på den ene siden å ivareta barnets selvstendige rettigheter for deltakelse. På den andre siden skal en ivareta barnets rettigheter som innbefatter retten til vern og beskyttelse slik den juridiske rammen slår fast. Omsorg er ikke bare en dimensjon som kan sees i lys av rettighetsforskrifter. Omsorg kan være ivaretagelse, det å bli tatt hånd om, det å bry seg om og gjøre godt for noen. Omsorg kan være å selvstendiggjøre den andre og gi barnets rammer hvor det kan selvstendigjøres i takt med sin egen utvikling. Omsorg kan da også være å gi barnet den beskyttelse det har krav og rett på. Det kan være vanskelig å plassere omsorg inn i et rettighetsperspektiv som vektlegger barnets rett til beskyttelse og vern og barnets selvstendige rettigheter for deltakelse (Seim & Slettebø, 2007). Barneverntjenesten skal uansett sørge for en god omsorgssituasjon for barnets, selv om det hevdes at disse hensynene kan komme på kollisjonskurs med hverandre. Det



avgjørende spørsmålet bør alltid være, hva er til barnets beste? Retten til beskyttelse kan føre barnets inn i en passiv rolle, hvor det blir betraktet som hjelpetrengende og et objekt. Denne umyndiggjørende prosessen kan sees i sammenheng med det psykodynamiske, individrettede synet. I dette ligger maktforholdet som ofte ligger i hjelpeapparatets mandat, at man ved lovhjemmel kan frata foreldre sin myndighetsutøvelse ovenfor sine barn. En av informantene beskriver hvordan beskyttelsesargumentet anvendes:

*”I noen saker har barnevernet bestemt at sånn skal det være for å beskytte barnet. Så den prosessen blir de kanskje holdt utenfor. Naturlig nok. Samarbeidskonflikter med foreldre tenker jeg er en voksen ting som ikke barnet kan involveres i. Barna kan selvfølgelig si noe om det. Men det blir ikke tema hvordan de voksne, i den forstand at en sitter og diskuterer det... den tar man ikke i lag med barnet eller ungdommen”.*

Sitatet illustrerer hvordan barnet må beskyttes mot samarbeidskonflikter, spesielt med foreldre. Dette sees på som noe helt naturlig. Også her kommer de tause selvfølgeliggjøringsprosessene innenfor den barnevernfaglige praksisen frem (Hoel & Rønnild, 2009). En slik måte å betrakte barnet på står i motsetning til et syn på barnet som deltakende i samhandlingsprosessen som en aktiv aktør og som et subjekt sett i lys av en konstruktivistisk tilnærming (Moe, 2006). Når barnet bestemmer selv er det også en aktiv aktør, men denne dimensjonen kan føre til at omsorgsbehovet til barnet ikke blir dekket. Det hevdes at det ligger en passivitet i retten til å bli vernet fordi hjelpeapparatet beskytter barnet fra omgivelsene (Seim og Slettebø, 2007). I de juridiske retningslinjene ligger det et kontrollaspekt som også skal ivaretas, på denne måten kan det foreligge en objektgjøring av barnet (Lindboe, 2003). Flere av dem som er i kontakt med hjelpeapparatet er dette mot sin vilje. Et vanlig argument mot deltakelse er at deler av hjelpeapparatet har så mye makt at det blir skinndemokrati å snakke om innflytelse fra barnets side. Dette kan til en viss grad være riktig fordi hjelpeapparatet noen ganger er lovhjemlet til å gripe inn dersom det er fare for barnets liv og helse. Det er likevel viktig å merke seg at opptil 80 prosent av tiltakene i barnevernet frivillige hjelpetiltak (Seim og Slettebø, 2007). En av informantene i min undersøkelse understreker også dette;

*”Min erfaring er at de fleste er veldig positive og det overrasket meg egentlig litt, at de fleste faktisk ønsker hjelp, og ber om det”.*

Mulighetene for deltakelse burde være godt til stede når barnevernarbeiderne faktisk opplever at de fleste de er i kontakt med er positive til deres tilstedeværelse, og at de ønsker hjelp. At barnevernarbeiderne av og til må bruke makt, er ikke noe argument mot å ta utfordring om deltakelse, noe som også innebærer at barnet har innflytelse. Tjenestetilbud kan bedres dersom barn blir involvert og deltar aktivt i samhandlingsprosesser som berører dem.

Men hva om barnet ikke får den beskyttelse det har krav på? Som nevnt så hevdes det at det er en spenning mellom barns rett til beskyttelse og deres rett til deltakelse og medbestemmelse. Det viktig å gi barn informasjon uansett og ikke skåne de for alt.

Profesjonelle argumenterer ofte med at de er redd for å påføre barn ekstra belastninger, og de lar være å gå inn i samtaler når foreldrene motsetter seg dette. En av informantene i min undersøkelse hadde et bevisst forhold til dette, og var ikke redd for å fortelle og snakke med barna:

*”For meg så handler dette om brukervedvirkning, men også om dette med hemmeligheter. Dette er noe som har blitt prentet inn gjennom utdanningen; at det skal være mest mulig åpenhet, og at hemmeligheter er skadelige. At mange tanker gjør ting verre. Sannheten er nok mye mer ufarlig enn en hemmelighet”.*

Barnevernarbeiderne var som nevnt opptatt av deltakelse og brukervedvirkning på et teoretisk nivå. Som illustrert ovenfor viste imidlertid deres fortellinger fra praksis et noe annet bilde. Barnevernarbeiderne bekymret seg om deltakelse i sin ytterste forlengelse førte til at barna ble sett på som fullt ut ansvarlig for sine omgivelser og sitt liv. Barnevernarbeiderne vil gjerne beskytte barna, og de vil la foreldre være med på å ta avgjørelser. Men å overlate barna til seg selv med sine fortvilelser, skyldfølelser, skam og smerter minner lite om ivaretagelse og omsorg. På den andre siden er det som Sundfær (2004) påpeker at tausheten omkring barns hverdag kan være det som er mest skadelig. Det trenger derfor ikke nødvendigvis å være noen motsetning mellom barns rett til deltakelse og deres behov for beskyttelse. Barns perspektiv er nødvendig for å få frem et realistisk bilde av deres behov for hjelp, og hva som vil være den beste løsningen (Seim og Slettebø, 2007). En informant beskriver hvordan det foreligger et skille mellom beskyttelse og det og skjerme barnet for vanskelige forhold i omgivelsene;

*”Det handler vel kanskje ikke så mye om å skjerme, men ofte om konflikter mellom foreldre og den uroen som er i nettverket eller i familien – at en skal skjerme ungdommene for det. Ikke for at det er noe hemmelig, men når de er hos oss så blir de skjermet”.*

Gjennom denne beskyttelsen skjermes barnet og utelukkes fra prosesser som angår dem og deres liv. Hensikten er i mange tilfeller god, men dette beskyttelses – og omsorgsargumentet kan føre til at makten som foreligger i relasjonen mellom barnevernsarbeideren og barnet tildekkes. Denne maktformen vil jeg belyse nærmere i det følgende avsnitt.

## **Makt i relasjonen**

Vanskene knyttet manglende deltakelse kan som nevnt være knyttet til makt. Om barna og familiene får større innflytelse – hvem taper da makt? Sosialt arbeids vekt på myndiggjøring og på å hjelpe de utstøtte i deres kontekst blir viktige metoder i dette perspektivet. Fokuset på personen i situasjonen og barnet i sin kontekst gir et annet fokus enn diagnose (Vagli, 2009) og den medisinske modellen. Forskningen i fagfeltet dreier seg ikke bare om evidensbaserte metoder. Resiliens er kunnskap om hva som gjør at noen mennesker ikke blir skadet til tross for store belastninger, og i denne sammenheng står Antovnoskys’ (2000) begrep opplevelse av sammenheng sentralt. Når belastningene en opplever får en mening og en sammenheng, blir det mulig å gå videre. Myndiggjøring kan bety overføring av makt, men det foreligger alltid en fare for at denne er mer symbolsk enn reell (Seim og Slettebø, 2007). Når fokus blir på psykiske lidelser som individuelle problem, og lite om de kulturelle og samfunnmessige vilkårene som dette henger sammen med vanskeliggjør dette både myndiggjøring og reell deltakelse (Normann, 2009). Dette vil si at entydig fokus på individuell mestring og myndiggjøring kan føre til legitimering av offentlig fraskrivelse av ansvar og en tilsløring av de egentlige årsakene bak den psykiske lidelsen.

Deltakelse er en sentral forutsetning for å kunne drive godt barnevernfaglig arbeid, og det vektlegges i nye litteratur at det moderne barnevern har tatt dette til seg, selv om det enda er et stykke å gå. I praksisfeltet ser en at det ofte er lite rom for disse idealene/forutsetningene. Begrunnelsene for dette kan være at systemstrukturene og andre lite ideelle forhold ut over

økonomiske disponeringer og prioriteringer kan føre til at barnevernarbeiderne mangler et rom for å bli sett. Det kan også være vanskelig å stille for mye spørsmål om rammene for den tradisjonelle tanke – og forståelsesmåtene. I lys av Foucault (1976) sine analyser er dette gode eksempler på hvordan disiplinering og subjektivering kan manifestere seg hos de profesjonaliserte. I min undersøkelse var det ikke uvanlig at barnevernarbeiderne strevde med å sette ord på og forstå hvorfor de for eksempel velger å ekskludere barn fra saker som angår dem. I følge Foucault kan makt forstås som et nettverk av relasjoner i uopphørlig spenning og aktivitet. Makten kan kun finnes når den ene parten ikke er fullstendig kolonialisert av den andre, og en kan derfor ikke tenke seg makt uten motstand (Foucault, 1976). I dette perspektivet blir relasjonene mellom barnet og barnevernsarbeideren (som i utgangspunktet er asymmetriske) et potent sted for maktutøvelse. Subjektene i min undersøkelse er barnevernarbeiderne ettersom de besitter definisjonsmakt gjennom å være profesjonalisert. Samtidig oppfatter jeg at objektiveringen som den medisinsk – psykiatriske maktdiskursen representerer influerer og setter noen forutsetninger for den barnvern faglige praksisen. Barnevernarbeiderne er gjennom sine profesjonsutdanninger og praksis opplært til å benytte seg av noen sosialfaglige kunnskaper, yrkesetiske verdier og ferdigheter. Foucault (1976) ville uttrykket dette som at de er objektivert og subjektivert inn i en bestemt maktviten – forståelse og handlingsramme. I relasjon til barna er det å være tilstede både en konkret og synlig makt uttrykt gjennom kontorer, avtaler og rammeverk, og en internalisert og usynlig form for makt uttrykt gjennom rolleforståelse, holdninger, praksis osv. Men kan barnevernarbeideren ved å oppvurdere barnets rolle som aktør tilsløre det skjeve maktforholdet som finnes mellom brukeren og den offentlig ansatte hjelpe? Slik jeg ser det kan maktutøvelsen kan gå fra å være åpen og synlig til å bli lukket og utydelig. Makt- og kontrollaspektet må ikke underslås fordi det setter rammene for samhandlingen mellom barnet og barnevernarbeideren (Willumsen, 2005). Utfordringen ligger i at det kan være farlig for de avmæktige, i dette tilfellet barnet, å late som at makten ikke er der ved å lage formelle relasjoner som om alle stiller på lik fot når de rent faktisk ikke gjør det (Sandbæk, 2001). På den andre siden kan deltakelsens muligheter også sees i lys av maktutjevningsargumentet som legger vekt på å bedre maktbalansen mellom brukerne og det offentlige hjelpeapparat, slik at en får beslutninger som stemmer mer overens med barnets behov (Humerfelt, i Willumsen, 2005). Barnevernarbeiderne er gitt betydelig myndighet gjennom lovverk og med muligheter for skjønnsvurderinger. En forutsetning for barns deltakelse er at barnevern og familie er villige til å redusere sine maktposisjoner og gå inn i partnerskapsrelasjoner med barnet (Schjelderup

og Omre, 2009). Maktutjevningsargumentet kan da også sees på som sentralt for å redusere maktbalansen som er forvaltningens store handlingsrom.

Funnene i min undersøkelse peker på at det er et spenningsfelt mellom teori/idealer og det praktiske barnevernfaglige arbeidet. Barnevernarbeiderne sitter med definisjonsmakten over hva som er barnets beste. Det er denne makten som må synliggjøres. Denne makten er noe en er vevd inn i, men det må likevel stilles spørsmål ved den. I denne sammenheng kan Bourdieus' (1996) begrep "doxa" benyttes. Det som er så tett innpå oss unnslipper lett vår refleksjon fordi det virker så selvsagt og naturlig. Det barnevernfaglige arbeidet reguleres og bestemmes til en hvis grad av et juridisk rammeverk og noen politiske mandat. Dette er synlige og konkrete veiledere og bestemmelser som barnevernarbeidere skal forholde seg til uavhengig av verdier, idealer og ferdigheter.

## **Juridisk rammeverk og politisk mandat**

Begrunnelser for deltakelse er knyttet opp mot lovverket og menneskerettigheter. Barns rett til å bli hørt i tilknytning til barnevernsaker er hjemlet i ulike deler av lovverket (jf. Lov om Barneverntjenester, forvaltningsloven og FNs Barnekonvensjon). Dette lovverket danner føringer for hvordan barnevernarbeideren utformer sin praksis. Lovverket gir hjelpeapparatet gode muligheter for deltakelse, da det gir klare føringer for at barnet skal lyttes til og få uttrykt sin mening. Likevel åpner lovverket opp for bruk av skjønn, og graden av deltakelse i samhandlingsprosesser vil i mange sammenhenger avhenge av den profesjonelles verdisyn, ideologiske forankring, teoretiske kunnskap og pratisk kompetanse (Juul, 2004). I denne undersøkelsen gis deltakelsen noen begrensinger når barnet har fått en diagnose. Dette knyttes opp mot hvordan det medisinsk – psykiatriske paradigmet gir lite rom for barnets egen opplevelse av sitt liv. Dette har sin bakgrunn i ulike kunnskapssyn mellom sosialt arbeid og psykiatrien. Slike stridende kunnskapssyn kan også forstås ut fra det barnevernfaglige intervallet mellom teori og praksis. Beskyttelsesargumenter trekkes frem som forklaring på hvorfor barnet ikke får delta, samtidig som barnevernarbeiderne plasserer seg innenfor en eksperttradisjon. Det understrekes imidlertid i FNs barnekonvensjon (1989) at barn skal få uttale seg fritt. Dette betyr ikke at barnet skal presses til å uttale seg eller til ikke å uttale seg. Det er derfor viktig at barnet ikke settes i en situasjon hvor det kan oppstå vanskeligheter med å uttrykke seg i forhold til foreldre fordi barnet føler seg presset eller truet slik at det ikke har

den nødvendige frihet til å uttrykke sin egentlige mening. Barnevernet bør i slike tilfeller skape rom for at barnet får denne muligheten. Mulighetene som ligger i barnevernloven § 4-3 som viser til muligheten for å tale med barnet i enerom og § 19 i forvaltningsloven som viser til at barnevernarbeideren kan nekte foreldrene innsyn i hva barnet har ment kan da anvendes. Dersom barnet får uttrykke sin mening, kan det videre spørsmål i hvor stor grad denne meningen tillegges vekt. Barns synspunkter skal gis økende vekt med alder og modenhet fordi barnets evne til rasjonelle overveielser øker med alderen og fordi etter hvert som barnet blir eldre så vil de i økende grad oppleve et vedtak som går mot dem, som tvang, som en krenkelse av deres autonomi (Seim og Slettebø, 2007). Lovverket setter en absolutt grense når barnet har fylt 7 år, men det er også mange barn under 7 år som har rett til å bli hørt blant annet fordi barnet fyller konvensjonens krav om å være i stand til å danne seg et synspunkt. Barnevernarbeiderne i undersøkelsen setter alle et skille for når barnet må være med. Når barna omtales som ungdommer (over 12 eller 15 år) fremheves informantene at ungdommen har partsrettigheter og at de på denne bakgrunn skal gis anledning til å delta. En av informantene beskriver dette slik;

*”Jeg tenker i alle fall i forhold til ungdommer, så MÅ de være med. For da handler det mye mer om de, i barnevernet har de jo partsrettigheter fra de er 15 år. Og da bør du jo absolutt ha noen ting du skulle ha sagt”.*

Informanten ovenfor vektlegger som sagt barnets partsrettighet, og trekker frem at det er viktig at ungdommen tar del i det som handler om den. En annen informant vektlegger også skillet mellom barn og ungdom på denne måten;

*”Når jeg tenker på ungdom, så tenker jeg at ungdom må få ta del, de forstår jo mye av det som skjer og da trenger de jo å få ta del i det meste”.*

Barn under 15 eller 12 år regnes av informantene som barn, og det synes vanskelig for dem å involvere barna under denne alderen i vanskelige saker, slik som denne informanten forteller:

*”Jeg har selv problemer med å ta en unge, i alle fall under 12 år (...), inn i et møte hvor de voksne ikke er enige”.*

Årsakene til hvorfor barnevernarbeiderne danner dette skille, og hvorfor de har problemer med å involvere barn sier ikke undersøkelsens empiri noe om. Det sentrale med disse funnene er at lovverket ikke danner klare retningslinjer for deltakelse for disse barnevernarbeiderne. Det foreligger en utstrakt bruk av skjønn når det gjelder informantenes vurderinger av når barnet kan bli deltakende. Når det gjelder det politiske mandat som barnevernarbeiderne har å forholde seg til er også deltakelsens muligheter mange. Disse kan knyttes til verdi og rettighet innenfor en politisk fellesskapsmodell (Humerfelt, 2005). Sentrale myndigheter har vektlagt en styrking av borgernes rettigheter og plikter gjennom deltakelse for å møte de undertrykkende kreftene i samfunnsstrukturer- og prosesser. Det ser ut som deltakelse kan bli brukt som et politisk styringsmiddel for å oppnå en politisk målsetting om legitimitet og effektivitet. Sett ut fra demokratiske verdier er målet med deltakelse at borgerne skal lære seg å bli aktive og gode medborgere. Deltakelse kan videre betraktes som brukernes gjenerobring av borgerstatusen, det vil si statusen som likeverdig, kompetent og meningsberettiget samfunnsmedlem. Dette betyr at deltakelse ikke har noen verdi i seg selv, men er et middel for og nå en høyere verdi (Ørstavik, 2002). Brukerbegrepet kan være vanskelig å anvende i saker tilknyttet barnevernet, og i noen av sakene der graden av tvang er stor. Likevel kan det i en tjeneste hvor muligheten for maktutøvelse er stor være spesielt viktig å benytte brukerbegrepet som en slags ”motmakt” (Sandbæk, 2001). Det er med andre ord en påminnelse om at barnet skal ha innflytelse i saker som berører deres eget liv, selv om denne innflytelsen vil være ulik. Det medmenneskelige argument kan på sin side settes i sammenheng med demokratiske verdier som vektlegger at medborgernes medbestemmelse og rettigheter er viktige for menneskeverdet (Humerfelt, 2005).

## **Deltakelse; et honnørord?**

Men hva med selve begrepet, deltakelse? Det er mange forståelser av deltakelse, noen ser på det som at barnet blir informert, det vil si at de får si sin mening, mens andre forstår det ut fra et brukerperspektiv. En av informantene beskriver det slik:

*”Formålet med de møtene vi har, er å gi informasjon og få tilbakemelding. Men vi har mer møter uten ungene, enn vi har sammen med ungene”.*

I dette sitatet kommer det frem at formålet med samhandlingen mellom barnet og

barnevernarbeideren er informasjon. Informantene ønsker tilbakemeldinger på denne informasjonen, men som vist tidligere tillegges nødvendigvis ikke denne tilbakemeldingen like stor vekt. Dette blir spesielt synlig når informantene trekker frem at barna for det meste ikke er til stede på møter og at tiltaksplaner i stor grad utformes av barnevernarbeiderne selv sammen med sine samarbeidspartnere. Deltakelse kan også brukes om praksisformer, hvor barnet kan delta i beslutningsprosesser eller det kan ha en innflytelse på resultatet (Seim og Slettebø, 2007). Deltakelse kan derfor sies å ha blitt et ”honnørord” i mange sammenhenger, fordi det kan defineres på så mange måter at det kan være fare for at det ikke gir noen utfordring til økt deltakelse for barna. Informanten under viser til hvordan medbestemmelse blir et ”honnør ord”;

*”Jeg har ikke opplevd at barnet kan ta vekk ting i tiltaksplanen, det kan vi diskutere. Jeg hadde nok ikke tatt noen ting vekk, det spørres hvor alvorlig det var. En kunne jo gjerne ventet med det, men at en tok det opp igjen senere. Men det er selvfølgelig helt ut i fra hva det handler om. Men dette med medbestemmelse, og det å ha litt kontroll på sitt eget liv tenker jeg er viktig”.*

Sitatet viser til at informanten vektlegger medbestemmelse. Med dette menes at barnet har ”litt kontroll” på eget liv. I utgangspunktet har barnevernarbeideren allerede definert arbeidsområde og utformet en tiltaksplan på vegne av barnet. Dersom deltakelse blir brukt som et honnørord, kan begrepet stå i fare for å miste sin betydning som utfordring til den paternalistiske praksisen. En informant belyser hvor viktig det er å ha et deltakende barn med seg i prosessen:

*”Jeg tenker at jeg følger veldig mye ungdommen i alle ting som blir sagt. Jeg trenger ikke være enig, men jeg hører. Vi har gjerne noen tanker om hva vi ønsker at ungdommen skal gjøre, men jeg tenker at det er vanskelig å få noen til å gjøre som vi vil, før vi vet hva ungdommen selv ønsker å gjøre, og hva deres fokus er (...). Sånn at en ikke bare kommer inn og overkjører, for det har kanskje noen allerede gjort i fra før andre plasser. For å få til et godt samarbeid er dette kjempe viktig. Dette er en av mine kjepphester. Dette må vi bruke tid på, ingen skal bare komme inn å si at ”her må vi bare kjøre på, her trenger de å strammes opp...”. Nei, det virker ikke”.*



Deltakelse er for informantene viktig fordi de har et mål med det endringsarbeidet som skal gjøres. Informanten i sitatet ovenfor vil gjerne inngå i et godt samarbeid med ungdommen basert på deltakelse. Dette er imidlertid fordi barnevernarbeideren har et ønske om å få ungdommen til å gjøre som vedkommende vil. På denne bakgrunn er det viktig å få frem barnets perspektiv. Når barnevernarbeiderne snakker om at deltakelse og samarbeid er viktig, står dette i motsetning til den praksisutførelse de henviser til. På denne bakgrunn fremstår begrep som deltakelse, samarbeid og deltakelse som ”honnør ord”.

## Oppsummering

Når barn inkluderes for så i neste omgang å stilles utenfor diskusjoner og beslutninger, synes ikke dette alene å handle om en bevisst eller planlagt eksklusjon (Schjelderup og Omre, 2009). I denne undersøkelsen kan de se ut som om barnevernarbeiderne har en forestilling om at når barnets synspunkter innhentes så vurderes deres synspunkter vektlagte og kjente. Det har foregått en utveksling av informasjon og tilbakemelding, og barnvernarbeideren har fått et grunnlag til å fatte beslutninger på. Som nevnt kan det å ha med barn i beslutninger være både utfordrende og krevende. Det krever tid og tilpasning til barnas verden – tid som barnevernarbeiderne ofte ikke har. Deltakelsesbegrepet blir videre lite problematisert, og barnevernarbeiderne ser ikke på grader av deltakelse, men oppretter et skille mellom deltakende og ikke – deltakende. De psykiatriske diagnosene fører videre med seg en forestilling om at barnet i noen tilfeller må beskyttes ettersom det kan være for sårbart til å delta på lik linje med andre. Barnevernarbeiderne forsøker å fremholde at barnet og konteksten er den samme uavhengig av diagnose, men praksis viser at diagnosen endrer fokus for det barnevernfaglige arbeidet, både med tanke på familiesamarbeidet, forståelses – og årsaksforklaringer av barnets atferd og deres grunnlag for å medvirke. Diagnosen i seg selv vil også ha betydning for hvordan barnet oppleves.

## 8. Avsluttende oppsummering

Jeg har i denne undersøkelsen undersøkt og belyst i hvilken grad og på hvilken måte psykiatriske diagnoser preger barnevernarbeideres faglige vurderinger og praksisutførelse. Undersøkelsen har sett på hvordan ulike kunnskapssyn gir seg til kjenne gjennom praksis i barnevernfaglig arbeid i møte med diagnosene og barne – og ungdomspsykiatrien, og i denne forlengelse hva som skjer med barnets muligheter og begrensinger til deltakelse. I denne sammenheng har jeg vist til hvordan diagnosene kan føre til at forståelsen og viktigheten av barnets omgivelser tillegges mindre vekt i det barnevernfaglige arbeidet.

Barnevernarbeiderne er satt til å forvalte et alvorlig samfunnsmessig felt med dype dilemmaer, usikkerhet og iboende motsetninger av moralsk art. Noe av kompleksiteten i det barnevernfaglige arbeidet kommer til syne i min undersøkelse. Et av mine hovedfunn er hvordan denne kompleksiteten utspiller seg i et spenningsfelt. Dette begrepet henviser til spenninger på flere nivå. For det først er det tale om spenninger som viser seg mellom ulike kunnskapssyn. I arbeidet med barn som har fått psykiatriske diagnoser aktualiseres to ulike paradigmer; det medisinsk – psykiatriske og sosialt arbeid som tuftes på en sosial konstruktivistisk tilnærming. I denne undersøkelsen som omhandler barnevernet og barns mulighet til deltakelse har det også vært hensiktsmessig og trekke frem barnevernsperspektivet. Undersøkelsen belyser hvordan barnevernarbeidere og deres faglige vurderinger blir underlagt en medisinsk – psykiatrisk forståelse av barnet fordi denne betraktes som det rådende paradigme i dagens samfunn. Dette kan forklares med at det foreligger et intervall mellom teori og praksis i sosialt arbeid. Barnevernarbeiderne praksis preges i stor grad av faglig skjønn og verdier. Når barnevernarbeidernes kunnskap ikke betraktes som gyldig og ”sann nok” kan dette føre til at de posisjonerer seg innenfor den medisinsk – psykiatriske forståelsen av barnet. Med sine evidensbaserte metoder fremmer den en forventning om at forklaringene og forståelsen av barnet ligger i diagnosene, og mindre i omgivelsene. Dette strider mot sosialt arbeid idealer, men også mot politiske målsetninger og lovmessige pålegg om deltakelse. Denne dimensjonen aktualiseres når diagnosene fører til at barnet ikke får delta i samhandlingsprosessene i barnevernet. Diagnosen i seg selv kan også være til hinder for alternative måter å forstå barnet på. På denne måten blir det gitt mindre rom for teorier om salutogenese og mestring. Informantene i min undersøkelse fremhever at når en diagnose blir

satt forstår en bedre hvorfor barnet ”er som det er”. Det foreligger en forenkling av barnets komplekse og ofte problematiske verden. En slik reduksjonisme fører til en patogenetisk fremgangsmåte.

Undersøkelsen peker også på hvordan makt gjennomstrømmer det barnevernfaglige arbeidet. Også her er det snakk om ulike nivå. Makten viser seg på makro nivå når en ser på de ulike paradigmene i form av kunnskapsmakt, men også på mikro nivå når en ser på psykiatriens, men også på barnevernets definisjonsmakt av barnet problem og livssituasjon. Makten gjør seg spesielt synlig når en ser på hvorvidt barnet gis muligheten til å delta. Den relasjonelle makten trer frem, og undersøkelsen peker på at tiltross for et lovverk som sier at barn skal inkluderes, så er ikke dette tilfelle i praksis. Det diskuteres hvorvidt en kan snakke om en perspektivdreining eller paradigmeskrifte innenfor norsk barnevern. Undersøkelsen synliggjør at veien vekk fra en paternalistisk ekspertradisjon og mot en mer individrettet og myndiggjørende tilnærming er lang å gå. Jeg har antydnet at årsakene til dette er mange og komplekse. Empirien innhentet fra min undersøkelse gir ikke svar på disse motsetningene og spørsmålene. En forklaring på disse fenomenene kan likevel knyttes til ytre strukturelle rammer, til barnevernarbeiderens kunnskap og status på fagfeltet, til rådende paradigmer, til en manglende implementering av nye metoder og lovverk innenfor barnevern og til en utfordring knyttet til og anvende diagnoser som forståelse og forklaringsmåter når en arbeider med barn og deres familier. Undersøkelsen er et forsøk på å skape en bevissthet omkring barnevernet kompleksitet i møte med barnet og deres diagnoser. Med en slik undersøkelse håper jeg å bidra med kunnskap som synliggjør et spenningsfelt som har store konsekvenser for barna.

Barnas situasjon og problemer bør forstås ut fra et konstruktivistisk perspektiv, som et uttrykk for noe barnet sliter med i eget liv. Barna kan ikke forstås atskilt fra sine omgivelser. Det er i omgivelsene at barna kan uttrykke at noe er vondt og vanskelig på. Barnet må gis tid og tålmodighet, slik at kontakt kan oppstå med en lydhør og undrende barnevernarbeider. Med denne etablerte tilliten vil barnet gjennom fortellinger, drømmer og handlinger våge å uttrykke det som virkelig er vondt - og få en mulighet til å gjenvinne de delene av seg selv som har vært såret. I kjernen av et barneperspektiv ligger synet på barn som et følende og tenkende menneske som må bli forstått ut ifra sin egen historie. Når den medisinsk – psykiatriske visjonen av barna trer inn på arenaen erstatter tester, utredninger og diagnoser

interessen for barnets unike indre verden - og alle med lik diagnose får samme behandling. Barnet blir ikke møtt av et hjelpeapparat som er åpne for at dets symptomer som også er et speil på mangler og begrensinger ved vårt samfunn, vår skole og familie, og at det nettopp i barnets symptom ligger en kilde til nye tanker og fornyelse av oss alle.

## Referanseliste

- Andersson, G., (2002): "Børn i det sociale arbejde – en magtesløs gruppe?" I Meeuwisse mfl. (red) *Socialt Arbejde. En Grundbog*. Hans Reitzels Forlag. København.
- Antonovksy, A. (2000): "Helbredets mysterium". Hans Reitzels Forlag. København.
- Alvesson, M. og Sköldbberg K. (2008): "Tolkning och reflektion. Vitenskapsfilosofi och kvalitativ metod". Studentlitteratur. Lund.
- Arnstein, S. (1969): "A ladder of citizen participation". *Journal of American Planning Association*, 35 (4), 216-224.
- Askheim, O. P. (2003): "Fra normalisering til empowerment". Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Barne – og familieetaten (2001): BRO teamet: "Tenke det, tale det, ville det...". Prosjektrapport. Oslo.
- Backe – Hansen, E. (2004): "God nok omsorg – riktige beslutninger i barnevernet". Kommuneforlaget, Oslo.
- Berger, P. og Luckmann, T. (1996): "Den samfunnsskapte virkelighet". Fagbokforlaget. Oslo.
- Bordieu, P. (1996): "Symbolsk makt". Artikler i utvalg. Om symbolsk makt. Pax Forlag.
- Borge, L. (2006): "Det gode liv – som grunnlag for verdier og faglige utfordringer i psykisk helsearbeid". I A. Almvik & L. Mørge (red.), *Psykisk helsearbeid i nye sko*. Fagbokforlaget. Bergen.
- Borge, A. I. H. (2003). "Resiliens risiko og sunn utvikling". Gyldendal akademisk. Oslo.
- Christensen, E. og Egelund, T. (2002): "Børnesager. Evaluering af den forebyggende indsats". Socialforskningsinstituttet, Rapport 10. København.
- Dalland, Olav (2002): "Metode og oppgaveskriving for studenter". Gyldendal Akademiske. Oslo.
- Egelund, T. og Thomsen, S. A. (2002): "Tærskler for anbringelse En vignettundersøgelse om social forvaltningers vurderinger i børnesager". Socialforskningsinstituttet Rapport 13. København.
- Ekeland, T. og Heggen, K. (2007): "Meistring og myndiggjering". Gyldendal Akademiske. Oslo.
- Ekeland, T. (2009): "Hva er evidensen for evidensbasert praksis?". I Grimen H. og Terum L. (2009): "Evidensbasert profesjonsutøvelse". Abstrakt Forlag. Oslo.

Emilsson, L. og Saltell, M. (1998): "Barneperspektiv vid familjerådslag". Sociale omsorgsprogrammet. Hälsohögskolan Väst i Vänersborg. Expressen, 2.juli 2006.  
FNs Barnekonvensjon, vedtatt av De forente nasjoner 20.november 1989. Ratifisert av Norge 8. januar 1991.

Fossestøl, B.: (1997) "Hva er profesjonell handling i sosialt arbeid?" *Nordisk sosialt arbeid*, nr. 4, 194-200.

FO 2002: Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere: "Yrkesetisk Grunnlagsdokument for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere". Vedtatt i 2002.

Foucault, M. (1970(1999): "Diskursens orden". Spartacus. Oslo.

Foucault, M. (1976): "Mental Illness & Psychology". Harper. London.

Gallagher, M. (2008): "Foucault, power and participation". School of Social and Political Studies. University of Edinburgh.

Garsjø, O. G. (2003): "Sosiologisk tenkemåte. En introduksjon for helse- og sosialarbeidere.

Gjærum, B., Grøholt, B., & Sommerschild, H. (1998): "Mestring som mulighet i møte med barn, ungdom og foreldre". Tano Aschehoug. Oslo.

Grimen H. og Terum L. (2009): "Evidensbasert profesjonsutøvelse". Abstrakt Forlag. Oslo.

Goffmann, E. (1959): "The presentation of Self in Everyday Life". Anchor Garden City. New York.

Habermas, J. (1999): "Kommunikativ handling, moral og rett". Tano-Aschehoug. Oslo.

Hastrup, K. (1992): "Det antropologiske prosjekt. Om forbløffelse". Gyldendal Intro. København.

Haug, H. (2003): "Dumminger, skumlinger og slappfisker". Hovedfagsoppgave NTNU. Oslo.

Haugsgjerd S. et. al (1998): "Perspektiver på psykisk lidelse: en innføring for helse- og sosialfagene. Ad notam Gyldendal. Oslo.

Hoel, K. og Rønnild, T. (2009): "Bevegelser og begrensinger. Analyser av sosialt arbeids kunnskapsgrunnlag gjennom sosialarbeideres fortellinger". Masteroppgave i sosialt arbeid. Høgskolen i Oslo, avdeling for samfunnsfag.

Hove, O. (2002): "Brukermedvirkning – hindringer og muligheter". I: *Embla* nr.2/2002.

Hillestad, T. (2006): "Normalitet og avvik: forutsetninger for et objektive psykopatologisk avviksbegrep: en psykologisk, sosial, erkjennelsesteoretisk og teorihistorisk fremstilling".

- Avhandling (dr. philos). Det psykologiske fakultet. Bergen.
- Hummelvoll, J. K., (2003): "Kunnskapsdannelse i praksis". Universitetsforlaget. Oslo.
- Juul, R. (2004): "Barnevernsarbeideres barneperspektiv og praksiser i møte med barn og unge i vanskelig livssituasjoner". I: *Norges Barnevern* nr. 1. 2004.
- Jørgensen, B. (2004): "Subjektivitet, kultur og handling: vilkår for felles forståelse i terapeutiske samtaler". Hovedoppgave i filosofi ved UiO.
- Jørstad, R. (2009): "...lytte – gi de små ordene rom..." En studie av kommunalt psykisk helsearbeid relatert til ungdom i Hedmark. Rapport nr. 4.
- Kuhn, Thomas S. (1970/1996): "Vitenskapelige revolusjoners struktur". Spartacus forlag A/S. Oslo.
- Kvale, S. (2007): "Det kvalitative forskningsintervju". Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Kjørholt, A. T. (2004): "Childhood as a Social and Symbolic Space. Discourses on Children as Social Participants in Society". Dr.Polit.-avhandling ved NTNU/NOSEB.
- Levin, I. (2004): "Hva er sosialt arbeid". Universitetsforlaget. Oslo.
- Malterud, K. (2003): "Kvalitative metoder i medisinsk forskning". Universitetsforlaget. Oslo.
- Mead, G. H., (1972): "Mind, self and society". Chicago.
- Moe, S. (2006): "Konstruktivistisk sosialarbeid" I Schjeldrup, L. Omre, C og Østerhaug, R (red). 2006: "Fasetter av sosialt arbeid." Tapir Akademisk forlag. Trondheim.
- Norges lover – lovsamling for helse- og sosialsektoren 2005-2006. Gyldendal Akademiske. Oslo.
- Normann, S. (2009): Sosialfaglig kompetanse i psykisk helsearbeid for barn og unge". Rapport 1. RBUP Nord. Universitetet i Tromsø.
- Normann, S. (2009): "Vi må se hele barnet". *Fontene*. Nr 9, side 50 - 58
- NOU 2000:12: "Barnevernet i Norge. Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer". Barne- og familiedepartementet. Oslo.
- Nygaard, U. (2008): "Den profesjonelles Janus ansikt. En fenomenologisk/hermeneutisk undersøkelse i maktaspektet i relasjonen mellom barnevernsarbeider og klient". Masteroppgave i Familierapi og systemisk praksis ved Diakonhjemmets Høgskole.
- Oppedal, M. (2007): "Barn og foreldres brukervedvirkning i et juridisk perspektiv". Seim, S. og Slettebø, T. (2007): "Brukervedvirkning i barnevernet". Universitetsforlaget. Oslo.
- Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (2003).

- Robberstad, H. (2002): "Kommunepsykiatri. Pioner, vekst og utvikling". Fagbokforlaget. Bergen.
- Rognes, W. (2003): "Klassifikasjonssystemer og diagnostisk praksis". *Impuls*. Nr. 1. 36-49.
- Riceour, P. (1979): "Fortolkningsteori". Vinten. København.
- Ringdal, K. (2001): "Enhet og mangfold". Fagbokforlaget.
- Rye, H. (2007): "Barn med spesielle behov: et relasjonsorientert perspektiv". Gyldendal Akademisk. Oslo.
- Røkenes, O. H. & Hanssen, P-H.(2006): "Bære eller briste. Kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker". Fagbokforlaget. Bergen.
- Sandbæk, M. 2001: "Fra mottaker til aktør. Brukernes plass i praktisk sosialt arbeid og forskning." Gyldendal Akademisk, Oslo.
- Schjelderup, L., Omre, C. og Marthinsen, E. (2005): "Nye metoder i et moderne barnevern". Fagbokforlaget. Bergen.
- Schjeldrup, L. Omre, C og Østerhaug, R (red). 2006: "Fasetter av sosialt arbeid." Tapir Akademisk forlag. Trondheim.
- Schjelderup, L. og Omre, C. (2009): "Barn i barnevernet. En studie om barns deltakelse og styrkeprosesser i familieråd". Tapir Akademisk Forlag. Trondheim.
- Secker, J., Armstrong, C. og Hill, M. (1999): "Young peoples understanding of mental illness" i *Health Education Research. Theory and Practice*. Vol. 14 no 6 s. 729 – 39
- Sektorrapport for det psykiske helsevernet (2008). Samdata.
- Seim, S. og Slettebø, T. (2007): "Brukermedvirkning i barnevernet". Universitetsforlaget. Oslo.
- Skjervheim, H.: (2001) "Deltakar og tilskodar og andre essays". Aschehoug. Oslo.
- Smedslund, J. (1998): "Hvorfor klinisk forskning og klinisk praksis ikke går hånd i hånd". *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. 35. 1090-1095.
- Snoek, J. og Engedal, K. 2005: "Psykiatri". Akribe. Oslo.
- Sommer, D. 2004: "Barndomspsykologi." Hans Reitzels forlag, København.
- Sosial-, & helsedirektoratet. (2007): "Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene". Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- St. melding nr. 40. 2001 – 2002: "Om barne og ungdomsvernet." Barne og



familiedepartementet.

St. melding nr. 25. 1996 – 1997: ”Åpenhet og helhet”.

St. prp. nr. 63. 1997 – 1998: Sosial- og helsedirektoratet.

Sundfær, A. (2002): ”God dag, jeg er et barn”. I Conradi, H., & Vindegg, J. (2002): ”Profesjon og fag- sosionomkompetanse i utvikling”. Seksjonsrådet for sosionomer i Fellesorganisasjonen for barnevernspedagoger, sosionomer og vernepleiere.

Thomas, W., I. & Thomas, D., S. (1928): ”The child in America: Behavior problems and programs”: 571-572. Knopf. New York.

Thomassen, M. (2006): ”Vitenskap, kunnskap og praksis“. Gyldendal. Oslo.

Thompson, N. (2000): ”Understanding social work”. Macmillan Press. Hampshire.

Tiller, P., O. (1988): ”Barn som sakkyndige informanter. Om forholdet mellom barnets verden og den voksne intervjuer”. I M. Kjær Jensen (2006): ”Intervju med barn”. S. 41-107. Rapport 9. Socailforskninginstituttet. København.

Tranøy, K. E. (1986): ”Vitenskapen – samfunnsmakt og livsform”. Universitetsforlaget. Oslo.

Tveit, A. (1998): ”Ungdoms tanker om mental helse og sykdom”. Hovedfagsoppgave NTNU

Uggerøij, L. (1996): ”Profesjonelle personligheter”. I Sandbæk, M. og Tveiten, G (red.) ”Sammen med familien. Arbeid i partnerskap med barn og familier”. Kommuneforlaget. Oslo.

Vagli, Å. (2009): ”Behind Closed Doors. Exploring the Institutional Logic of Child Protection Work”. Avhandling (dr.philos.) - Universitetet i Bergen. Arbeidet er utført ved Universitetet i Stavanger.

Vika, O. & Jørgensen, B. (2009): ”Sosialt arbeid – nødvendig i psykisk helsevern”. *Fontene* nr. 7/2009 side 50 – 59.

Wadel, C. (1991): ”Feltarbeid i egen kultur: en innføring i kvalitativt orientert samfunnsforskning”. SEEK. Flekkefjord.

Williams, F., Popay, J. & Oakley, A. (1999): ”Changing Paradigms of Welfare”. *Welfare Research. A Critical Review*. 2-16. UCL Press (14). London.

Willumsen, E. (red) 2005: ”Brukernes medvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene.” Universitetsforlaget, Oslo.

Ørstavik, S. (2002): ”Det tvetydige brukerperspektivet. En teoretisk analyse”. I: Norvoll, R. (red.): ”Samfunn og psykiske lidelser. Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon”. Gyldendal Akademisk. Oslo.

# Vedlegg 1

## Informasjonsskriv

Stord, 01.02.2010

### Til deg som arbeider med barn som har fått en psykiatrisk diagnose.

#### Bakgrunn for prosjektet

Mitt navn er Tonje Skorpen. Jeg er sosionom og mastergradsstudent ved Universitetet i Stavanger. Utenom studiene har jeg i hovedsak arbeidet med ungdom på en akuttinstitusjon og på en akuttpsykiatrisk avdeling i Stavanger. I forbindelse med masterstudiene skal jeg nå sette i gang med en undersøkelse som inkluderer profesjonelle (med sosialfaglig bakgrunn) tilknyttet et hjelpeapparat som arbeider med barn som har fått en psykiatrisk diagnose. Undersøkelsen startet i Høsten 2009 og skal vare til våren 2010. I løpet av denne perioden vil jeg snakke med 3 – 4 profesjonelle (innenfor barneverntjeneste og barnverninstitusjon) som arbeider med barn som har fått en psykiatrisk diagnose.

#### Hensikten

I undersøkelsen min er jeg opptatt av flere forhold. For det første vil jeg høre hvordan du opplever å arbeide med barn som har fått en psykiatrisk diagnose, og hvilke erfaringer du har gjort deg omkring dette. Prosjektet har som foreløpig tittel;

*”Psykiatriske diagnoser hos barn – en undersøkelse av hjelpeapparatets erfaringer”.*

Denne undersøkelsen kan bidra til å synliggjøre hvilke utfordringer og muligheter profesjonelle møter på i arbeidet med ungdom med psykiatriske diagnoser. Å løfte frem de profesjonelles erfaringer med denne type arbeid er viktig både for de profesjonelle og ungdommene. Hensikten er å belyse de profesjonelles verdiforankringer, kunnskaper og konkrete handlinger tilknyttet ungdom med psykiatriske diagnoser og deres medvirkning som en følge av en diagnostisering.

Veiledere er Liv Schjelderup og Cecilie Omre ved Universitetet i Stavanger.

#### Etikk

Gjennom intervjuene søker jeg beskrivelser av hver enkelt sine opplevelser og erfaringer. Dine erfaringer og refleksjoner vil derfor være verdifulle bidrag til arbeidet med denne undersøkelsen. Intervjuet er beregnet til å vare i ca 1 time, og vil bli tatt opp på digital diktafon dersom du tillater det. Jeg vil understreke at intervjuene er frivillige. Det er full anledning til å si fra til meg dersom du ikke lenger ønsker å delta i intervjuene. Du har også rett til å få slettet data som angår deg. Ditt avslag må ikke begrunnes nærmere. Jeg gir gjerne mer informasjon om undersøkelsen dersom det er flere spørsmål. Som deltaker skriver du under på vedlagt samtykkeerklæring.

Som forsker har jeg en uavhengig rolle, det vil si at jeg ikke er representant for hjelpeapparatet. Jeg har fullstendig taushetsplikt, og undersøkelsen vil bli behandlet anonymt og konfidensielt gjennom hele prosessen.

Prosjektet er meldt inn til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste ved datafaglig sekretariat.

Dersom jeg får positiv tilbakemelding på denne forespørselen, vil jeg kontakte deg for å avtale tidspunkt for intervju. På forhånd takk!

Har du videre noen spørsmål kan du ta kontakt med meg på telefon 41 28 90 66, eller e – postadresse: [tonjeskorpen@hotmail.com](mailto:tonjeskorpen@hotmail.com).

Med vennlig hilsen

Tonje Skorpen

## Vedlegg 2

### Intervjuguide

#### To problemstillinger skal belyses:

1. Barnevernarbeidernes erfaringer, vurderinger og praksis i forhold bruk og konsekvenser av diagnostisering / bruk av diagnoser i forhold til barn med psykiske lidelser
2. Deltakelse (idealer og realiteter / muligheter og utfordringer) som faglig verdi, rettighet, praksis og nytte.

En sak den du husker godt, og som du har positive erfaringer fra. En sak som den du mener du har lyktes med. På hvilken måte, hvorfor og hvordan?

En sak den du husker godt, og som du har negative erfaringer med. En sak som den du mener du ikke lyktes med. På hvilken måte, hvorfor og hvordan?

#### Tema 1: Den profesjonelles kunnskapsgrunnlag

**1. Hvilken og hvordan benytter du deg av din formelle kompetanse:** Utdanning, kurs, fra litteraturen, hvilken konkret kunnskap? Politisk mandat. Juridiske rammer. Hva har du lært om ungdom og psykiatriske diagnoser? Hvilke faglige perspektiver anser du som nyttige og viktige i arbeidet med ungdom og psykiatriske diagnoser?

**2. På hvilken måte og hvordan mener du at din erfaringskunnskap har bidratt til økt kompetanse:** kompetanse som du har fått gjennom dine erfaringer/i møte med ungdommene? Samarbeid med andre? Erfaringer utenom arbeidslivet? Eksempler; tenåringer, venner, idrettslag, naturen og skjønnlitteratur.

**3. Er det på noen områder du savner kompetanse:** føler du at du mangler kunnskap om dette området? Føler du deg ”trygg” i ”tunge” situasjoner? Utfordringer? Anvender du praktisk verktøy, som ICD 10 i arbeidet, er det forståelig?

**4. Opplever du at det er noen forskjell å arbeide med ungdom med og uten en psykiatrisk diagnose, i så fall på hvilken måte?** Hva er vanskelig? Hvordan/på hvilken måte er diagnosen til hjelp?

## Tema 2: Den profesjonelles verdigrunnlag

**1. Myndiggjøring/empowerment:** Hva legger du i dette begrepet? utfordringer? Muligheter?

**2. Selvbestemmelse:** I hvor stor grad vil du si at ungdom med psykiatriske diagnoser er delaktige i arbeidet? Forskjell på å bestemme selv, og det å være med på å bestemme?

**3. Deltakelse:** Hva legger du i begrepet? Er det situasjoner som gjør det enkelt å ta i bruk medvirkning, eventuelle saker hvor det er vanskelig? Rett til deltakelse eller beskyttelse av barn med psykiatriske diagnoser?

**4. Yrkesetisk Grunnlagsdokument/retningslinjer:** Er dette noe du har et særlig forhold til? Er det typiske etiske dilemma i møte med barn med psykiatriske diagnoser? Hva er viktig å ta med seg av etiske retningslinjer i møte med barn med psykiatriske diagnoser?

## Tema 3: Ferdigheter/konkrete handlinger

**1. Kommunikasjon:** Hva er viktig for deg for å skape en god kommunikasjon med barna? Påvirker den psykiatriske diagnosen i noen grad kommunikasjonen du har med barna? Er det enklere å snakke med barn når du har kunnskap om den psykiatriske diagnosen, eller er det vanskelig? Snakker du med barna om deres psykiatriske diagnose?

**2. Samhandling:** På hvilken måte blir samhandlingsprosessen mellom deg og barna preget av den psykiatriske diagnosen? Hvilke ferdigheter mener du at det er viktig å tilstrebe i møte med barn som har fått en psykiatrisk diagnose?

**3. Tverrfaglig samarbeid – bruk av fagkyndige:** I hvilke saker vil du si at du støtter deg til fagkyndige? Retningslinjer på kontoret for dette? Opplever du at det tverrfaglige samarbeidet fungerer når du har saker hvor du arbeider med barn med psykiatriske diagnoser?

**4. Arbeidsoppgaver:** Hva mener du er dine sentrale arbeidsoppgaver når du arbeider med barn med psykiatriske diagnoser (samtaler, støtte og praktisk hjelp, behandling, et mangfold av oppgaver)?

## Vedlegg 3

### **SAMTYKKEERKLÆRING TIL Å DELTA I SAMTALE OM PSYKIATRISK DIAGNOSTISERING AV BARN**

Jeg samtykker herved i å delta i intervju om mine erfaringer av det å arbeide med barn som har fått en psykiatrisk diagnose.

Jeg er informert om formålet med undersøkelsen, og at intervjuet er helt frivillig slik at jeg kan nekte å svare på spørsmål eller avbryte intervjuet når jeg selv måtte ønske dette uten at dette vil få noen konsekvenser for meg. Jeg er også informert om at opptaket av intervjuet vil bli slettet når undersøkelsen er avsluttet.

Jeg er videre innforstått med at alle opplysninger vil anonymiseres og behandles konfidensielt gjennom forskningsprosessen og ved publisering av oppgaven.

Ved spørsmål og andre kommentarer kan du kontakte meg

Tonje Skorpen, Tlf. 41 28 90 66

Sted:

Dato:

.....  
Navn på den som blir intervjuet

*Kopi gis til informanten*

## **Vedlegg 4**