

**Familien i sentrum:**

## Et nødvendig imperativ i samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (BUP)<sup>1</sup>

Artikkelen er tidligere publisert i *Fontene Forskning* 1/2009 og gjengis her med forfatterens og *Fontene Forsknings* tillatelse.

### 1. Innledning

Vi har avsluttet et prosjekt; et prosjekt vi ga navnet «*Familien i sentrum*».<sup>2</sup> Prosjektet er et tre-årig samarbeidsprosjekt mellom barneverntjenesten og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) i forhold til familier med store og sammensatte problem. Prosjektet ble ledet av forfatteren og klinisk sosionom/cand.polit. Laila Aamodt, begge ansatt i den barne- og ungdomspsykiatriske poliklinikken som inngår i samarbeidet.

Jeg har hatt et uavklart forhold til denne tittelen «*Familien i sentrum*». Jeg har syns den har vært litt «naiv». Nesten dum. I alle fall selvfølgelig. Inntil for en stund siden. Den er ikke selvfølgelig. Den vil noe. Det er ikke en beskrivende tittel. Det er en insisterende, men også en *konstituerende* tittel. Og den rommer kanskje en av de største utfordringene i samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP. Tittelen som jeg i utgangspunktet så som både naiv og selvfølgelig, utkrystalliserte seg til å bli en hovedproblemstilling i samarbeidet; Hva betyr «*Familien i sentrum*» når familien velger noe annet enn det vi som fagfolk mener er det beste? Det er denne problemstillingen som skal drøftes i artikkelen.

Utgangspunktet for artikkelen er dels det empiriske materialet fra prosjektet. Men like viktig er det hvordan jeg ble oppmerksom på *mitt eget* bidrag, forskerens bidrag, når noe etableres som «kunnskap». Artikkelen beskriver denne prosessen. Den presenterer således ikke «funn» i tradisjonell forstand. Hensikten er mer å bidra i en dialog mellom praksis og forskning, men også med brukere av tjenestene. Eller som Kari Martinsen (2008) uttrykker det; å bidra med «tanker til å tenke videre med».

La meg først beskrive prosjektet.

### 2. «*Familien i sentrum*»; et samarbeidsprosjekt mellom barneverntjenesten og BUP

Hovedmålsettingen for prosjektet var for det første å finne fram til arbeidsmåter og samarbeidsformer som barnefamilier med alvorlige og sammensatte problemer

kan nyttiggjøre seg. For det andre å dokumentere erfaringene systematisk slik at de kan formuleres som praktisk og teoretisk kunnskap. Vi ønsket å få fram den kunnskapen som ligger nedfelt i erfaringen og i det praktiske arbeidet.

Prosjektet ble utformet som et aksjonsforskningsprosjekt (Hummelvold 2002). I et tett samarbeid mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (BUP) prøvde vi ut om nettverksmøter og åpne reflekterende samtaler ga en hjelp familiene opplevde som nyttig for seg. Vi fulgte vår praksis med et systematisk våkent og lærevillig blikk for å kunne justere vår praksis i tråd med tilbakemeldingene fra familiene og samarbeidspartnere. Ledere i barnevernet og BUP, saksbehandlere (fellesbetegnelse på de profesjonelle i barnevernet) og behandlere (fellesbetegnelse på de profesjonelle i BUP) ble invitert inn i prosjektet som medforskere. Arenaer for felles utforskning var *kunnskapsverkstedet*, *fokusgruppeintervju* og *erfaringskonferansene*. I tillegg har vi *intervjuet* foreldre og barn vi hadde kontakt med i prosjektet.

#### 2.1. Kunnskapsverkstedet

Kunnskapsverkstedet henter sitt navn fra Inger Erstad sin doktoravhandling *Erfaringskunnskap og fortellinger i barnevernet* (2005). Kunnskapsverkstedet i prosjektet er et felles forum for saksbehandlere og behandlere og møtes cirka hver 6. uke. Den faste gruppen har bestått av prosjektmedarbeiderne fra barneverntjenesten og BUP. En generell invitasjon om å legge fram konkrete samarbeidserfaringer gikk til alle medarbeidere i barnevernet og BUP. Ikke for veiledning, ikke for konfliktløsning, men for kunnskapsdannelse. De konkrete samarbeidserfaringene ble knyttet til teoretiske perspektiv og dannet utgangspunktet for refleksjon med sikte på å utvikle praksis- og erfaringsbasert kunnskap. Framlegg og refleksjoner ble tatt opp på bånd og skrevet ut som grunnlag for analyse.

#### 2.2. Fokusgruppeintervjuer

I fokusgruppeintervjuene ble ledere i barnevernet og BUP, saksbehandlere og behandlere invitert til å snakke sammen om et samarbeidstema som opptar

dem. Gruppen ble ledet av to mentorer, prosjektleder og forfatteren. Vi stilte de innledende spørsmålene, men la først og fremst til rette for en samtale gruppemedlemmene imellom. Gruppemedlemmene ble oppfordret til å være så konkrete som mulig, hente fram, dele og reflektere over egen og andres praksis. Utgangspunktet for fokusgruppene var ledernes, saksbehandlerens og behandlernes umiddelbare assosiasjoner til samarbeidet med den andre instansen. Viktige spørsmål var: *Hva kjennetegner et godt samarbeid, et vanskelig samarbeid og et «vanlig» samarbeid?* I de påfølgende intervjuene fulgte vi opp det som viste seg å bli viktige tema.

Ledere, saksbehandlere og behandlere i barnevern og BUP ble først intervjuet to ganger hver for seg. Deretter ble det gjennomført et felles intervju for lederne i de to tjenestene, og felles intervju for saksbehandlere og behandlere. Dette ga totalt 10 intervjuer, hvor gjennomsnittlig syv deltok hver gang. Samtalene ble tatt opp på bånd og skrevet ut. Dette ga til sammen ca. 300 sider tekst som deretter er systematisert og analysert.

### 2.3. Erfaringskonferansene

Det har i prosjektperioden vært avholdt fire erfaringskonferanser med fra 50 til 150 deltakere.

Målet med disse konferansene var å skape dialog mellom kunnskapsdannelsen i prosjektet, brukerorganisasjonene og de etablerte tjenestene. Hensikten var å prøve det Steinar Kvale (1997) kaller den kommunikative validiteten. Har det som legges fram som kunnskap noe for seg? Er det gjenkjennelig? Gir det mening? Men vi ønsket også å prøve den pragmatiske validiteten. Bidrar prosjektet med kunnskap som hjelper oss til å handle mer i overensstemmelse med våre målsettinger? Vi utfordret og utforsket hvilke forutsetninger som må være til stede for at prosjektets kunnskap og erfaringer kan implementeres i de etablerte tjenestene, noe som viser seg å være en bøyg for mange prosjekt av denne karakter.

### 2.4. Intervjuer med foreldre og barn

Vi har intervjuet fem foreldre og fire barn som vi hadde kontakt med i løpet av prosjektperioden. Alle hadde fått og tatt imot et tilbud fra både barneverntjenesten og BUP. Spørsmålene dreide seg om hva som hadde vært meningsfylt og hjelpsomt, og hvordan de erfarte det nære samarbeidet mellom barneverntjenesten og BUP. Intervjuene ble tatt opp på bånd eller video og skrevet ut. Dette ga til sammen ca. 220 sider tekst som deretter er systematisert og analysert.<sup>3</sup>

Gjennom disse arenaene for kunnskapsdanning; kunnskapsverkstedet, fokusgruppene, erfaringskonferansene og intervju har vi søkt å ivareta grunnlagstenkningen i prosjektet, det vi har samlet under overskriften:

### 2.5. Å lære av praksis er å oppdage praksis

Jeg sa: «Vi ønsket å hente fram den kunnskapen som ligger nedfelt i erfaringen og det praktiske arbeidet.» Er ikke det også en helt «selvfølgelig» setning? Nei, heller ikke den er selvfølgelig. Implisitt i setningen ligger det en holdning til at når vi handler som vi gjør, så ligger det kunnskap i disse handlingene. De bygger på noe. Det er gode grunner for å handle som vi gjør. Ikke nødvendigvis «gode», men, hvis vi går nøye nok inn i dem, så er det forståelige grunner for våre handlinger. Nedfelt i vår praksis ligger det *begrunnelser*. Dette er begrunnelser som ikke umiddelbart er så tydelige, og som vi bare kan få fatt i dersom vi er villig til å dele vår praksis med hverandre. Dele i en forvissning om at jeg, på samme måte som deg, handler som jeg finner det best, gitt måten jeg forstår situasjonen på. Det er noe jeg prøver å ivareta, og det er noe jeg prøver å motarbeide (Andenæs m.fl. 1992). Derfor har vi i prosjektet sagt at det å lære av praksis er å oppdage praksis, oppdage det som er så selvfølgelig for oss at vi ikke ser det lenger. Det som bare er sånn, det Bourdieu kaller *doxa* (1995a og b). Vi prøver å oppdage på en sånn måte at vi lærer av det vi ser, lære i betydningen få grep om noe, få begrep på noe.

Donald Schön (1983, 1987) sitt uttrykk «problemkonstruksjon» har gitt oss tankerom. Han beskriver hvordan fenomener, det vi ofte kaller problemer, ikke ligger ferdige som «problemer». De foreligger mer som *a mess*, som uryddige og uoversiktlige situasjoner. For å komme fram til noe vi kan forholde oss til, må det konstrueres et problem. Fenomenene må gis «navn», *naming*, og det må settes grenser for hva som tilhører problemet og hva som ikke tilhører problemet, *framing*. Måten vi setter navn og avgrensningene vi gjør, er det som skaper den virkeligheten vi omgir oss med. Det er denne virkeligheten som igjen blir bestemmende for hvordan vi handler. Men når navn og grenser først er satt, mister de på én måte sin rørlighet. Det som på ett tidspunkt kanskje var ganske tilfeldig satt, går over til å bli «sånn er det». Og så handler vi ut fra det, og det blir «sannere» og «sannere».

Perspektivene til Schön har hjulpet oss til å stille spørsmål ved måten vi forstår og omtaler det som ofte er et vanskelig samarbeidsforhold mellom barnevernet og BUP. Er det fruktbare konstruksjoner? Eller setter vi navn og avgrensninger som blir stående i veien for å få

til det vi ønsker og det vi anser for riktig og viktig?

La oss se: Jeg begynner med noen sentrale utsagn fra barnevernet og BUP. De er sentrale på den måten at de kommer til uttrykk i ulike versjoner i flere intervju, og mange vil trolig kjenne dem igjen fra sin egen arbeidshverdag. Utsagnene står i kursiv slik de ble uttrykt.

### 3. Ulike virkeligheter

Det som springer meg i øynene er de ulike virkelighetsbeskrivelsene fra BUP og barnevernet om samarbeidet mellom de to tjenestene. Medarbeiderne i barne- og ungdomspsykiatrien sa: *Vi tar imot alle.* Barnevernet på sin side uttrykker derimot: *Det er kul i havet å få hjelp i BUP. De tar ikke i de mest kompliserte sakene.*

Fra to ulike instanser beskrives altså «den samme» virkeligheten på to så ulike måter. Hvilke prosesser ligger mellom disse to utsagnene? Jeg tenker da både på hva som faktisk skjer, men også på hvordan det som skjer fortolkes, forstås og gis et språk i hver av instansene.

La meg begynne med barnevernets beskrivelse av sin virkelighet. En av lederne i barnevernet sier det slik:

*Mange saker vi holder på med i barneverntjenesten kunne vi godt tenke oss å slippe å holde på med. Det er saker som er så kompliserte at vi ikke vet hvilket ben vi skal stå på. Men det kan vi ikke. Vi kan ikke velge oss ut. Den muligheten har BUP mer enn barneverntjenesten. Men vi må jobbe med sakene enten vi vil eller ikke. Og enten familien vil eller ikke. Det er noe med ansvarsfraskrivelsen i BUP som gjør at det er vi i barnevernet som til syvende og sist blir sittende igjen med saker vi nesten kveles av bekymring for.*

I utsagnet ligger det jeg oppfatter som en grunnleggende forutsetning når vi skal prøve å forstå hva som utspiller seg i samarbeidet mellom barnevernet og BUP. Det beskriver en materiell eller strukturell ulikhet som ligger som en basis for hvordan ulike fenomener forstås.

Den barne- og ungdomspsykiatriske klinikken i prosjektet har en målsetting om å være en åpen poliklinikk. Alle saker tas inn, ingen avvises i utgangspunktet. Dette er et faglig og etisk standpunkt fra denne klinikkens side. Når jeg sier det på den måten er det fordi denne holdningen er et aktivt valg som står i motsetning til det som er sentrale føringer i barne- og ungdomspsykiatrien (Aamodt 2009). Riksrevisjonens rapport (2006/2007) viser hvordan innsatsstyrt finansiering, ett av de kraftigste styringsredskapene i helseforetakene, belønner avgrensede undersøkelser og individrettet behandling. Det fører til at tilnæringsmåter tilpasset barn og unge med sam-

mensatte problemer nedprioriteres. Følgen av dette er at «denne pasientgruppen faller derfor raskt ut av behandlingstiltakene» (Riksrevisjonens rapport 2006/2007:13). Prosjektet «Familien i sentrum» har sitt utspring i en klinikk som vil noe annet.

Alle tas imot. Hva skjer? Hvordan beskriver behandlerne i BUP dilemmaene som kan oppstå? En av behandlerne sa det slik:

*Noen foreldre har vært gjennom en motivasjonsprosess i barnevernet, men de har ikke forstått hva det er de skal her. De kjenner seg bare sendt. Terapi ikke er deres prosjekt. Det er barnevernet sitt. Og når de blir innkalt til en vurderingssamtale så vet de ikke helt hva de egentlig skal her. Når vi spør så svarer de: «Har dere ikke fått en henvisning». Det er barnevernet som er motiverte, ikke dem. Og jo mer motiverte vi er, jo mindre motiverte blir de.*

Hvordan ser det ut fra barnevernet sin side? En barnevernsarbeider sa det slik:

*Vi opplever gang på gang at når en mor ikke møter to eller tre ganger, så skrives barnet ut fra BUP. Det er uforståelig. Vi skjønner at det er lange ventelister, og at en ikke kan fortsette i all evighet. Men noen ganger trenger vi lenger tid og hjelp til å motivere så de skal forstå hvorfor de skal gå.*

En annen barnevernsarbeider sa:

*BUP forventer at en ungdom skal komme av seg selv, og det gjør de ikke. Det hjelper ikke å si de har time da og da og hvis de ikke kommer så har de ..... Den frivilligheten bør diskuteres, hva tenker BUP rundt det?*

Hvilke refleksjoner gjør BUP seg om dette? En av behandlerne sa:

*Dette er familier som kommer og så kommer de ikke. Jeg lurer på, er det andre måter vi skulle gjøre det? Skal vi gå hjem? Men vil de egentlig ha oss hjem? Hvor mye skal vi tvinge oss på når de egentlig ikke vil? Og skal vi jobbe med barna uten at vi klarer å få et forhold til foreldrene?*

En annen behandler sa:

*Vi slipper kanskje familiene for lett når de ikke vil, for dette er et frivillig tilbud. Hva er det som hindrer oss i å jobbe tettere sammen, så det ikke gli mellom oss?*

Jeg nærmer meg en problemstilling: Hva betyr «Familien i sentrum» når familien velger noe annet enn det vi mener er det beste? Hvor fort er det da å gå inn i en bedreviterposisjon?

Hvilken betydning hadde det hatt om vi hadde sett også denne beskjedne «vi møter ikke» som gyldig? At det også i denne handlingen lå kunnskap. Om vi hadde forutsatt at også familien har gode grunner for å handle som de gjør. Heller ikke de nødvendigvis «gode», men, hvis vi går nøye nok inn i dem, forståelige grunner. At det også er noe de prøver å ivareta og noe også de prøver å motarbeide (Andenæs m.fl. 1992).

#### 4. Vi er selv del av det vi ønsker å endre

For meg som har jobbet mange år i barne- og ungdomspsykiatrien har det vært en vekker å få innblikk i barneverntjenestens hverdag. Jeg ser hvordan dette gjenspeiler seg i min måte å henvende meg til min egen tjeneste i fokusgruppeintervjuene. Det stilles ikke som et åpent spørsmål. Det stilles som et *bydende* spørsmål:

*Hvem sitt ansvar er det å motivere?*

Stopp opp ved dette spørsmålet! Se på utsagnet slik det blir stilt til medarbeiderne i BUP. Ligger det ikke noe paternalistisk i spørsmålet? At vi vet bedre enn klienten selv at «dette trenger du og dette er bra for deg. Det er bare at du ikke skjønner det – ennå. Men du vil nok skjønne det – etter hvert – for det er bra for deg». Men det kan være såpass vanskelig å overbevise klienten, så *dette må vi gå sammen om; barnevernet og BUP*, som det uttrykkes flere ganger i fokusgruppeintervjuene.

Barnevernets bilde av BUP som en instans som ikke vil gå inn i de vanskeligste sakene, kan føre til at de fortolker de situasjonene hvor familier riktignok tas imot, men hvor behandlingen ikke kommer i gang, som en bekreftelse av denne sannhet; *Det er kul i havet å få hjelp i BUP. De tar ikke i de vanskeligste sakene.*

Det kan samtidig hende at BUP rammes av utsagnet om ansvarsfraskrivelse. Det kan hende at de i sine bestrebelsers på å motbevise denne påstanden vil «blidgjøre» barnevernet og går sammen med dem i et felles motivasjonsarbeid. Da kan det skje, hvis saken ikke kommer i gang på BUP, at behandleren sitter igjen med en opplevelse av å ikke være god nok, ikke ha klart å motivere, ikke klart å tilby det som skulle til for at klienten ville komme. Mye nederlagsfølelse. Alternativt kan en legge det på klienten med et begrep som «umotivert». I begge disse posisjonene ligger premisset om at «dette er best for klienten».

Jeg lurte på om vi skulle stille et helt annet spørsmål; Hvordan kan det lages et «fri-rom», et fri-rom hvor det er mulig for klienten å uttrykke «Hva er det største problemet for meg nå? Hva må jeg gjøre? Hva trenger jeg hjelp til? Hvem kan jeg be om hjelp til dette, i min familie, i mitt nettverk, i det offentlige hjelpeapparatet?»

Et fri-rom. Nesten det motsatte av å skulle motivere eller å bli motivert. Kanskje det er en utopi. Det er en utopi. Når jeg allikevel reiser spørsmålet, er det som et svar på hvordan vi selv med spørsmålet *Hvem sitt ansvar er det å motivere?* bygger oppunder en forestilling om at det er et uproblematisk eller nøytralt gode å ha kontakt med barne- og ungdomspsykiatrien.

Å lære av praksis er å oppdage praksis. Vi kan i vår arbeidshverdag komme til å glemme den makten som ligger i de posisjonene vi har, og som vi kan begrunne

faglig eller iklé begreper som «hjelp», «støtte», «ville vel», «ta ansvar». Det kan være vanskelig å holde fast på det vi vet; det Margaretha Järvinen og Niels Mortensen (2005) kaller *Det magtfulle møtet mellom system og klient*. Det kan være vanskelig å fastholde at det også gjelder oss selv og de institusjonene vi arbeider innenfor. Også barne- og ungdomspsykiatrien.

#### 5. Konteksten er kommunikasjonen om problemet

Jeg må ta en avstikker til den gang jeg lærte noe om kontekstens betydning for forståelsen av et fenomen. Den nå avdøde svenske barnepsykiateren Kjerstin Laurén beskrev ideologien bak opprettelsen av avdelingen for psykosomatiske tilstander ved Danderyd Sjukhus utenfor Stockholm (Laurén 1990). Hennes utgangspunkt var at familier som ble henvist fra somatikken til barnepsykiatrien for psykosomatiske symptomer enten ikke møtte opp, avbrøt behandlingen raskt eller sa etter lengre tids behandling at de ikke synes de fikk noen hjelp. Dette er ikke så ulikt det vi kjenner fra familier henvist fra barnevernet til BUP.

Kjerstin Laurén oppfattet psykosomatiske symptomer som uttrykk for at du aldri lærte å håndtere psykiske konflikter på det psykiske plan og aldri lærte å snakke om følelser. Konflikter og følelser ble derfor værende i kroppen. Familier med barn med disse fysiske symptomer oppfattet barnet sitt som sykt, og i behov av behandling av en kroppslig, fysisk lidelse. Å bli henvist til barnepsykiatrien ble derfor uten mening. Det brøt med familiens oppfatning av hva problemet består i og hva de faktisk trenger hjelp til. Familiene kunne på den somatiske avdelingen dele sider ved sitt liv, mens de i møte med barnepsykiatrien var langt mer lukket og ikke-deltakende. Laurén og hennes medarbeidere hørte på dette, de hørte hva familiene «sa» når de riktignok lot seg henvise, men ikke tok i bruk eller nyttiggjorde seg tilbudet på BUP. De satte «familien i sentrum», familiens problemforståelse i sentrum. De opprettet en avdeling for behandling av psykosomatiske tilstander innenfor det somatiske sykehuset. Det somatiske personalet, legen og sykepleierne var de sentrale i behandlingen. Barnepsykiateren var kun med som en hjelper for disse. Hun hadde en lite aktiv rolle og fulgte kun opp det familien selv tok opp.

Den sammenhengende familien inviteres til, den konteksten som er rammen om møtet mellom familien og behandleren, er ikke en nøytral arena. Den er ikke bare en ramme. Den påvirker og farger innholdet i den kontakten som skapes. I konteksten ligger definisjonen av situasjonen. Det er konteksten som gir fenomenet mening, som forteller familien

selv og omverdenen hva slags problem dette er. Så når Kjerstin Lauréns psykosomatiske familier ble henvist til barnepsykiatrien, ga dette for familien faktisk ingen mening. Deres forståelse var at de hadde et barn som var legemlig sykt. For disse familiene var det derfor ikke grunnlag for å skape et meningsfullt arbeidsrom innenfor barnepsykiatrien (Aamodt 1995).

Hvilken relevans har dette for spørsmålet «Hva betyr «Familien i sentrum» når familien velger noe annet enn det vi mener er det beste?»

### 5.1. Ulike forståelsesmodeller trekker oppmerksomheten i ulike retninger

Barnevernet kan ha en oppfatning av at problemene i en familie henger sammen med mors psykiske helse og at barnet tar skade. Dette kan utløse en henvisning til BUP. Så vet vi fra undersøkelser at mødrenes problemforståelse i langt høyere grad er knyttet til utfordringer i det daglige livet; økonomi, et belastet bomiljø, problemer med å kombinere barn og jobb, forholdet til barnets far etc. (Andenæs 2000, Egelund 1997).

Som sosialarbeidere vet vi at de materielle og sosiale levekårene for familier som er i kontakt med barnevernet er langt dårligere enn for folk flest. Personer som har hatt tiltak fra barnevernet kommer dårligere ut på alle relevante levekårsfaktorer sammenliknet med personer som ikke har fått barnevernstiltak (Kristofersen og Clausen 2008). Mange av familiene som er i kontakt med barnevernet består av mødre som er alene om omsorgen for sine barn. Mødrene har lav utdanning og svak forankring til arbeidslivet. De har dårligere materielle levekår, både hva gjelder inntekt, bolig og tilgang på forbruksgoder (Andenæs 1997, 2000, 2002, NOU 2000:12, Sandbæk 2002). Mødrene er svakere sosialt integrert, og nettverket preges mer av omsorg, og mindre av anerkjennelse og respekt. Undersøkelser har vist at mødre som er i kontakt med barnevernet har flere psykiske plager enn normalbefolkningen (Aamodt m.fl. 2002). Det er en nær sammenheng mellom materielle levekår, sosial integrasjon og psykisk helse. Dette er forhold som står i et gjensidig forhold til hverandre og hvor det ene ikke kan forstås som atskilt fra det andre (Schultz-Jørgensen 1999).

Agnes Andenæs finner likevel i sin «hjelpetiltaksundersøkelse» at barnevernets arbeid ofte bygger på en individualpsykologisk forståelsesramme, og på en diagnostisk, psykodynamisk tilnærming hentet fra psykiatrien. Forståelsesmodellene er sentrert rundt egenskaper ved mødrene, og det er spesielt mødrenes psykiske problemer som ses som årsakene til mangelfull omsorg (Andenæs 2000). Backe-

Hansen finner noe tilsvarende i sin doktoravhandling *Morsbilder i barnevernet*. For det første fokuseres det på utilstrekkelighet og patologi hos mødrene framfor hverdagslivsbetingelsene, blant annet den fattigdommen mange av familiene lever under. For det andre rettes oppmerksomheten ofte mot mødrene og deres negative egenskaper selv når det er ganske åpenbart at det er fedrene som utgjør hovedproblemet. For det tredje bygger barnevernets praksis på en utbredt tradisjon både i psykologi og barnepsykiatri av *mother-blaming*. (Backe-Hansen 2001 i Sandbæk 2002:16).

### 5.2. Problemkonstruksjonen

Jeg vil tro det er mange som kan nikke gjenkjennende til Schön sitt begrep «problemkonstruksjon» (Schön 1983). For noen er det kanskje til og med selvfølgeligheter. Men hva hvis det er «sant»? Og at det også gjelder i møtet mellom oss selv og våre klienter?

Når vi som helse- og sosialarbeidere står overfor familien; en mor og et barn, en ungdom i vanskeligheter, ligger altså ikke problemene ferdige som «problemer». Det vi møter er *a mess*, et uryddig og uoversiktlig landskap (Schön 1983). For å komme fram til noe vi kan ta fatt på, håndtere, søke å løse, må det *konstrueres* et problem. Det må settes «navn», *naming* og det må settes «grenser» for hva som tilhører problemet og hva som ikke tilhører problemet, *framing*. Det er denne konstruksjonen av problemene som blir bestemmende for hvor oppmerksomheten og interessen rettes. Schön sier at det å stille problemene på plass slik at de blir håndterbare, det er en ikke-teknisk prosess. Det er en ontologisk prosess, det er *world-making*. I profesjonelt arbeid behandles denne prosessen imidlertid ofte som om det var en teknisk problemløsningsoppgave som de profesjonelle har verktøy, det vi ofte kaller «kunnskap», til å gjennomføre. Det underslås dermed at selve problemkonstruksjonen er et felt for *dragkamp*; Hvilket navn setter vi på det vi det vi står overfor, hvordan er elementene knyttet sammen, hva hører til problemet og hva hører ikke til? Uttrykket «dragkamp» gjør det tydelig at det i enhver problemkonstruksjon ligger ulike interesser, ofte sterke interesser. Det som gjør at Michael White (1993) pålegger oss å stille spørsmålet: *Hva marginaliseres når noe settes i sentrum?* Hvor er det interessen og oppmerksomheten *ikke* rettes?

Det som marginaliseres, det oppmerksomheten ofte ikke rettes mot, det er de samfunnsmessige betingelsene mange av familiene i kontakt med barnevernet lever under. Det som også marginaliseres er hvordan disse familiene; voksne, barn og ungdom, på linje med oss andre er handlende personer som anstrenger seg for å få

til et verdig liv for seg og sine (Sandbæk 2002). Familier i kontakt med barnevernet rammes av en generell kulturell motvilje mot å se fattigdom og ulikhet i et samfunn hvor likhetstankegangen står så høyt (Gullestad 1989). Familiene rammes også av kunnskapsgrunnlag og forklaringsmodeller som står i fare for å psykologisere problemer som henger sammen med skjev fordeling av ressurser i samfunnet (Egelund 1997, Andenæs 1997).

## 6. Naming and framing

Et problem er ikke noe i seg selv. Det «skapes» i måten det kommuniseres. Konteksten er en viktig del av denne kommunikasjonen (Goolishian og Anderson 1988).

Et eksempel kan vise betydningen av dette.

En ungdom blir kjent med saksbehandleren i barnevernet, satser og går inn i en relasjon. Relasjonen gir saksbehandleren innblikk i denne guttens liv, tenkning og opplevelse. Saksbehandleren vurderer at guttens problemer er av en slik art at hun henviser til BUP for behandling – og han lar seg henvise.

La oss se hva som kan skje. Jeg går først tilbake til frustrasjonen som ble uttrykt fra barnevernets side:

*Barne- og ungdomspsykiatrien forventer at en ungdom skal komme av seg selv, og det gjør de ikke. Det hjelper ikke å si de har time da og da og hvis de ikke kommer så har de... Den frivilligheten bør diskuteres, hva tenker BUP rundt det?*

Stopp opp! Det som sies er helt sikkert riktig. Jeg blir allikevel sittende med spørsmålet om hvor det ble av *ungdommen*, ungdommen som et aktivt handlende subjekt.

Barnevernet er en «sterk» kontekst. Den er mettet med mening. Deter også barne- og ungdomspsykiatrien. Å definere et problem inn i barnevernet eller inn i barne- og ungdomspsykiatrien er dermed en kraftfull kommunikasjon om problemet.

Fra intervjuene får vi vite hva denne ungdommen kan komme til å tenke når han blir henvist til barne- og ungdomspsykiatrien; *Der fikk de rett! Familien, skolen, alle... Det er meg det er noe galt med. Det er meg som skal behandles.* Han selv kan derimot mene at problemene like mye handler om familien, skolen, samfunnet, livet... *hva skal det bli til??* Kanskje barnevernet som kontekst stemmer mye mer overens med hans problemforståelse. Dette er kanskje ikke så lett for ungdommen å formulere. Kanskje forstår han det ikke før han skal møte til timer på BUP. Da kan det hende at det ikke gir mening for ham i det hele tatt, eller at det gir en mening han ikke vil bekrefte; *Psykiatri????? Aldri! Det er ikke jeg som er gal!*

Dette skjer på én måte uavhengig av hva barne- og ungdomspsykiatrien gjør, på en annen måte selvfølgelig ikke.

Et annet eksempel er de situasjonene hvor barnevernet oppfatter at problemene henger sammen med mødrenes psykiske helse og at barnet tar skade. Dette utløser en henvisning til BUP. Det en mor på sin side forteller i et av intervjuene, det ligger tett opptil de tidligere refererte undersøkelsene (Andenæs 1997, 2000, 2002, Egelund 1997, Sandbæk 2002, Schultz-Jørgensen 1999, Aamodt m.fl. 2002). Hun sier:

*Jeg kom flyttende og hadde lite rundt meg. Jeg hadde slutta på skolen, mange ganger, blitt skilt, uten jobb, var blakk. Det eneste som stod igjen var at jeg var en ganske ok mor. Jeg var ganske fornøyd med hvordan jeg klarte å være mor. Er det noe jeg virkelig har lagt meg i selen for å gjøre bra, så er det å være mamma.*

Så er det akkurat dét hun i henvisningen til BUP «angripes» på. Det er det hun på én måte aksepterer som «sant» hvis hun sier ja til behandlingen i barne- og ungdomspsykiatrien.

Både ungdommen og moren med barnet lot seg henvise til barne- og ungdomspsykiatrien. De ble også tatt imot. BUP kunne til og med *strekke seg langt* for å etablere en behandlingsrelasjon. Men både ungdommen og moren med barnet *møtte, og så møtte de ikke*, som det sies i et fokusgruppeintervju. BUP kom ikke i posisjon for å være til hjelp, verken for ungdommen eller moren med barnet. Barnevernet erfarer det som «*det er kul i havet å få hjelp i BUP. De tar ikke i de mest kompliserte sakene.*»

Å inngå i en behandlingsrelasjon er en handling. Men å ikke inngå i en behandlingsrelasjon er også en handling. Slik dette framstår og blir fortolket i situasjonen kan konsekvensene av handlingen bli tydeligere enn handlingen i seg selv. Hvis vi derimot først ser handlingen som *handling*, en handling det ligger kunnskap i, så settes en på sporet av spørsmålet; Hva er deres begrunnelser, hva er deres intensjon? Hva er det de prøver å unngå når de avviser å bli klient i barnepsykiatrien? Hva er det de prøver få til og hva prøver de å motarbeide? Andenæs, Johannessen og Ødegård formulerer dette som et spørsmål om *hva deres livsprosjekt dreier seg om* (1992:73).

### 6.1. Institusjonelle identiteter

Margaretha Järvinen og Nanna Mik-Meyer beskriver i boken *At skape en klient* (2004) hva som skjer når mennesker kommer i kontakt med hjelpeapparatet. De beskriver hvordan et hjelpsøkende menneske må «omdannes» til en klient med rett eller ikke rett til hjelp. Hvilke forhold og hvilke egenskaper som er relevante i denne prosessen skjer ikke på den hjelpsøkendes premisser, men på institusjonens. Menneskelige

livssituasjoner, mer eller mindre problematiske, må «oversettes» til et systemspråk. Den institusjonelle logikken forutsetter at det hjelpsøkende mennesket må tilpasse seg, og bli tilpasset institusjonens fastlagte oppgaver og handlingsalternativer. Ingen hjelpeinstans kan forholde seg til et helt menneske. Individet og dets problemer må endres til et format som tilsvarer institusjonens problemkategorier, lovgrunnlag og rutiner: *Er dette psykiatri? Er dette barnevern?* Hvis denne «formateringen» lykkes, får individet en problemidentitet som institusjonen kan (sam)arbeide med. Järvinen og Mik-Meyer hevder at for å bli klient, for å få hjelp, må det hjelpsøkende mennesket underlegge seg bestemte *identitetskonstruksjoner*. Slike konstruksjoner hviler på institusjonenes forestillinger om hvordan problemene kan forklares, hvordan klienten bør forstå problemet og hvordan det best kan løses. Når et menneske «gjør seg til klient» aksepterer hun altså en bestemt identitet, en identitet med en institusjonell forankring. Det betyr at hvis ungdommen og moren med barnet ovenfor skulle gjort seg til klient i BUP, møtt til timene, så hadde de altså akseptert en bestemt identitet; en *institusjonell identitet*.

Slik jeg ser barne- og ungdomspsykiatrien, er dette en individorientert identitet. De psykologiske, men også de samspillsorienterte forståelsesmåtene som dominerer BUP, er allmenne, i den betydning at de forholder seg til mennesker som «like». De forholder seg ikke til den innbyrdes sammenhengen mellom materielle levekår, sosial integrering og psykisk helse (Aamodt 2004). Det kan være at ungdommens og morens «gode grunner» for ikke å påta seg denne institusjonelle identiteten, er at de forsøker å holde fast på en problemforståelse som *også* inkluderer de strukturelle og materielle forholdene de lever under. Det kan være at det de prøver å motarbeide er at de *alene* skal måtte bære ansvaret for sin tilkortkommenhet (Aamodt m.fl. 2002). Dette står for meg som et plausibelt livsprosjekt.

### **7. Er det farer i «godt samarbeid»?**

Det betyr ikke at de ikke kunne hatt glede og nytte av kontakt på BUP. Det betyr ikke at BUP ikke skal lete etter måter hvor de *strekker seg lenger*. Dette må ikke innby til ansvarsfraskrivelse i «brukerperspektivets» navn. Det innbyr tvert i mot til å ta ansvar i «brukerperspektivets» navn.

Både barnevernet og BUP er «sterke», meningsmettede kontekster. Men de er ikke statiske kontekster. De kan til en viss grad forhandles og reforhandles. Det forutsetter imidlertid at klienten selv deltar i formuleringen av barnevernet eller BUP som kontekst for seg og sine vanskeligheter, og at den ikke etableres

som et resultat av «et godt samarbeid».

Diskusjonen mellom barnevernet og BUP om et «felles ansvar» kan bli en diskusjon mellom instansene om sitt forhold seg imellom. Det kan innebære at en overser noe vesentlig, det vesentlige; familien selv. Vi skal være våkne for hvordan vi tenker om klientene i denne prosessen, og om hvilken tiltro vi har til deres vurderinger (Sandbæk 2002). «*Familien i sentrum*» kan komme til å bety «det vi skal samarbeide om».

En behandler sier i fokusgruppeintervjuet i barne- og ungdomspsykiatrien:

*Jeg blir ganske urolig når jeg tenker på noen saker; At der samarbeidet vi veldig godt, BUP og barnevernet. Skyldtes det at der hadde vi en felles forståelse om at her har vi en klient som.... Her må vi... At her har vi et felles objekt, et felles problembar. I stedet for et likeverdige....., altså klienten som likeverdige. Hvis vi blir enige om at «Ja, her må vi.....De trenger så mye fra både dere og oss at her må vi dra sammen for å få dem til å forstå at.....». Da kan BUP og barnevernet få et felles prosjekt mot klienten og så blir det ganske lett å samarbeide. Og da blir det farlig.*

Faren for dette er stor nettopp i forhold til de familiene vi her snakker om, de som befinner seg i gråsonen mellom barnevernet og BUP. De fleste av oss kan kjenne igjen hvordan vi i møte med vanskelige, uoversiktlige og konfliktfylte situasjoner drives mot en instrumentell handlingstype. Vi vet da også gjennom ulike brukerundersøkelser at problemkonstruksjonen i all hovedsak styres av de profesjonelle (Højholt 1993, Uggerhøy 1995). Antakelig forsterkes denne prosessen ved en økende bekymring for barna hos hjelpeapparatet. Fokus og presset på hvilke endringer som må skje blir sterkere. Med stor uoversiktighet og sterkt endringspress ligger det en fare for et mer instrumentelt forhold til klienten, og mål-/middeltenkingen kan få stor plass. Det er en fare for å gjøre nettopp disse familiene til objekter, til gjenstander; først for motivasjon, og deretter for tiltak (Skjervheim 1976).

Men denne prosessen har også en annen side. Det er knyttet til sammenhengen mellom materielle, sosiale og psykologiske forhold, med hvordan materielle strukturer nedfeller seg i selvforståelse og handlingsmønstre. De materielle strukturene regulerer hvordan vi gir oss selv og hverandre verdi (Aamodt m.fl. 2002). Per Schultz-Jørgensen (1999:411) bruker begrepet *dekvalifisering* om den prosess som skjer når mangelen på kontroll over de ytre forhold nedfeller seg som en manglende opplevelse av kontroll også på det indre planet. Det kan gi en opplevelse av å ikke være herre over situasjonen eller ha innflytelse i eget liv, av å ikke kunne påvirke eller ha betydning. Det kan innebære at

en ikke bare mister handlingsmulighetene, men også opplevelsen av å kunne håndtere det en står overfor.

En mor uttrykte det på denne måten:

*Det var som om det gikk over hodet på meg. Jeg var satt helt på sidelinja. Og når du står midt i et kaos, og du ikke vet hvilken ende du skal begynne i, så er det lett å si, ja det er sikkert best som du sier. Når du vet ikke hva du skal gjøre, da er det lett å overlate avgjørelsen til andre.*

For oss profesjonelle kan det se ut slik en behandler i BUP uttrykte det i fokusgruppeintervju: *De sier til dere i barnevernet at de er interessert i å komme til behandling. Men når de er helt ærlige, så er de ikke det.*

Er de ikke det? Vi vet ikke. Vi vet rett og slett ikke. Vi vet ikke før vi har lagt til rette for et «friere rom», et rom hvor klientene i mindre grad må svare på andres bekymring, andres definisjon av seg og sitt liv og andres mening om hva som er bra for dem. Vi vet ikke før vi har lagt til rette for et rom der klientene i større grad kan få tak i sin egen stemme, sin egen forståelse av situasjonen, sine ressurser og sin bekymring; *sitt eget prosjekt.*

### **8. «Familien i sentrum»; et nødvendig imperativ**

Det er en erkjennelse i barne- og ungdomspsykiatrien at behandlingen ofte ikke treffer. En behandlermederfaring fra en døgnavdeling sa det slik i fokusgruppeintervju:

*Når du er sammen med folk gjennom døgnet, så kommer det tydeligere fram hva som er viktig for folk å snakke med deg om; behovet for et nytt kjøleskap. Når du ikke får pengene til å strekke til så kan det synes ganske uviktig å snakke om det som da kan oppleves som marginale psykologiske endringer.*

En medarbeider fra barnevernet uttrykte det slik:

*De kan jo gå i terapi så mye de orker, men hvis de har tusen andre ting å tenke på, så hjelper det jo ikke.*

Hva er terapi? Hva er terapi som hjelper, hvis det ikke er å ta tak i det som er viktig for folk å snakke med deg om; de tusen andre ting de har å tenke på? Slik jeg leser disse utsagnene, kan det synes som om behandling og terapi allerede i utgangspunktet er definert for snevert, kanskje både i barnevernet og i BUP. Det kan se ut til at disse begrepene, behandling og terapi, i seg selv kan bli stående i veien for å fange det komplekse, det sammensatte, det uoversiktlige i disse familienes liv.

Og familiene underordner seg. Den danske forskeren Lars Uggerhøj (1995) viser; Det er ikke vi som er «der klienten er». Klienten er «der vi er». Selv om vi har Søren Kierkegaards *Om hjælpekunst* (1859) på veggen. Det er de profesjonelle som styrer samtaleforløpet, både form og innhold, mens klientene opplever, tenker og vurderer mye mer enn de gir uttrykk for (Højholt 1993, Aamodt 2004). Mens når vi i intervju spør hva som er det

viktigste for at en hjelperelasjon skal være produktiv, altså føre fram til et mål, svarer både foreldre og barn: *Hør på meg! Hør på hva jeg sier!*

Hvordan kan vi gjøre det mulig for folk å uttrykke seg, å finne fram til hva de «sier»? For det ligger ikke klart, ikke for oss, men heller ikke for dem hva de vil «si». Også klientene trenger andres innspill for å komme fram til noe de kan ta fatt på, noe de kan søke å løse. Også de trenger andres innspill for å «konstruere sitt problem».

I fokusgruppene sies det fra barnevernet: *Vi trenger at BUP kommer ut til oss. Vi trenger den kompetansen dere sitter med.* Tilsvarende sies fra BUP: *Vi trenger hjelp fra barnevernet til å vurdere. Vi trenger å vite hva dere kan stille opp med.* Dette er noe av det viktigste som formidles gjennom fokusgruppeintervjuene. Barnevernet trenger den barnepsykiatriske kompetansen BUP besitter, og at BUP trenger den barnevernfaglige kompetansen barnevernet besitter. De som trenger det enda mer, det er familiene. Det er de som trenger en klokt forvaltet kompetanse som aktivt stilles til rådighet, en kompetanse som familien kan ta i bruk for å finne ut av «Hva handler dette om? Hvor kan jeg begynne? Hvor kan jeg søke hjelp?»

Men det må gjøres før løpet er kjørt. Det må skje mens det enda er tankerom. Det må skje før noe er satt på prent, før henvisningen. Det er da de involverte må møtes. Det er da klienten har størst mulighet for å være med på å forhandle om, ta stilling til og formulere barne- og ungdomspsykiatrien som kontekst for seg og sine vansker. Det er da en ungdom har størst mulighet til å prøve seg fram, og få en fornemmelse av om en behandlingsrelasjon på BUP også kan romme hans protest mot å være den som skal behandles. Det er da ungdommen kan få en fornemmelse av om behandleren kan bli en viktig og interessant samtalepartner om det som for ham er viktige tema (Torsteinsson 2007). Hvis han øyner håp om dette, kan det hende han løfter på hettegenseren og spør: *Hva tid kan jeg komme?* Og da må behandleren på BUP kunne svare «I morgen».

Det er før henvisningen er skrevet at en mor kan prøve seg fram og få en fornemmelse av om en behandlingsrelasjon i barne- og ungdomspsykiatrien er i stand til å romme *de tusen andre ting hun har å tenke på*. Kan den romme *behovet for et nytt kjøleskap* eller *det å ikke få pengene til å strekke til?* Ikke som et ytre, avgrenset problem det «bare» er å løse, men som en integrert del av henne og hvordan hun og hennes familie befinner seg i verden. Hvis ikke; hvis levekår og psyke skiller lag, er det nok sant det som sies i fokusgruppeintervjuet; *da kan det synes ganske uviktig å snakke om det som oppleves som marginale psykologiske endringer.*

## 9. Avslutning

Å lære av praksis er å oppdage praksis. Det er å oppdage det som er så selvfølgelig for oss at vi ikke ser det lenger. Det som «bare er sånn». Problemstillingen «Hva betyr «Familien i sentrum» når familien velger noe annet enn det vi mener er det beste?» oppsto som en reaksjon på fokusgruppeintervjuene. Men det er like mye en reaksjon på hvordan jeg selv stilte spørsmålet: *Hvem sitt ansvar er det å motivere?* For også forskning er en praksis. Også forskning kan bidra til å videreføre *doxa*. Også forskning kan bidra til å sette navn og foreta avgrensninger som gjør at oppmerksomheten rettes mot det Charlotte Højholt (1993) kaller «den profesjonelle begivenhet», og ikke mot de livsbetingelsene som er relevante for familien selv. Også forskning kan komme til å overse at klientene er handlende aktører på linje med oss selv, og at det også

i deres handlinger ligger kunnskap og begrunnelser.

Vi som profesjonelle kan komme til å glemme at det som skjer på vår arena, det arbeidet vi gjør, alene eller i samarbeid med hverandre, det skal virke *et annet sted* enn der vi er. Vårt arbeid skal være en hjelp for *noen andre* mennesker til å klare sitt liv og oppgavene de står overfor, oppgaver vi bare i begrenset grad har kjennskap til. Det arbeidet vi gjør inngår i *deres* prosesser, i *deres* bestrebelser på å håndtere det de står overfor, i *deres* livsprosjekt (Højholt 2005). Bare med dette som utgangspunkt er det mulig å nå prosjektets målsetting; finne fram til arbeidsmåter og samarbeidsformer familier med store og sammensatte problem kan nyttiggjøre seg. Bare med dette som utgangspunkt uttrykker tittelen på prosjektet: «*Familien i sentrum*» noe nytt og noe det er verd å lytte til.

## Referanser

- Andenæs, Agnes, 1997. Fra usynlig offer til synlig aktør: Å ta dagliglivet på alvor i barnevernsarbeid. I Backe-Hansen, Elisabeth og Havik, Toril (red.) *Barnevern på barnas premisser*. Oslo: AdNotam Gyldendal.
- Andenæs, Agnes, 2000. Generalisering: Om ringvirkninger og gjenbruk av resultater av en kvalitativ undersøkelse. I Haavind, Hanne (red.) *Kjønn og fortolkende metode. Metodiske muligheter i kvalitativ forskning*. Oslo: Gyldendal. Akademisk.
- Andenæs, Agnes, 2002. Når det selvfølgelig faller bort: Om besteforeldreskapet i utsatte familier. I Thorsen, Kirsten og Toverud, Ruth (red.) *Kulturpsykologi: bevegelser i livsløp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Andenæs, Agnes, Birte Folgerø Johannessen og Tone Ødegård, 1992. Kjønnen som forsvant? Om betydningen av kjønn i psykologien. I Taksdal, Guri og Widerberg, Karin (red.) *Forståelser av kjønn*. Oslo: AdNotam Gyldendal.
- Anderson, Harlene og Harold Goolishian, 1988. Human Systems as Linguistics Systems: Preliminary and Evolving Ideas about the Implications for Clinical Theory. *Familiy Process*, 27.
- Bourdieu, Pierre, 1995a. *Distinksjonen: En sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag A/S.
- Bourdieu, Pierre, 1995b. *Den kritiske ettertanke: Grunnlag for samfunnsanalyse*. Oslo: Det Norske Samlaget.
- Egelund, Tine, 1997. *Beskyttelse af barndommen. Socialforvaltningers risikovurdering og indgreb*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Erstad, Inger, 2005. *Erfaringskunnskap og fortellinger i barnevernet*. Avhandling til Dr. Polit. Graden. Det Samfunnsvitenskapelige Institutt, Universitetet i Tromsø.
- Gullestad, Marianne, 1989. *Kultur og hverdagsliv*. Det Blå Bibliotek. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hummelvoll, Jan Kåre (red.). 2002. *Kunnskapsdannelse i praksis*. Oslo: Universitetsforlaget
- Højholt, Charlotte, 1993. *Brugerperspektiver; forældres, læreres og psykologers erfaringer med psykosocialt arbejde*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Højholt, Charlotte, 2005. *Forældresamarbejde; Forskning i fællesskab*. København: Dansk Psykologisk Forlag.
- Järvinen, Margaretha og Nils Mortensen, 2005. *Det magtfulle møtet mellom system og klient*. Aarhus: Aarhus Universitetsforlag.
- Järvinen, Margaretha og Nanna Mik-Meyer, 2004. *At skabe en klient: Institutionelle identiteter i socialt arbejde*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Kierkegaard, Søren, 1859. *Brudstykke af en ligefrem Meddelelse*.
- Kristofersen, Lars og Sten-Erik Clausen, 2008. *Barnevern og sosialhjelp*. NOVA-notat nr. 3.
- Kvale, Steinar. 1997. *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: AdNotam Gyldendal.
- Lauren, Kjerstin. 1990. Foredrag på seminar om psykosomatiske tilstander ved Akershus Universitetssykehus.
- Martinsen, Kari, 2008. Innlegg på Sykepleieforbundets landskonferanse for veiledere. Hamar.
- NOU 2000:12 *Barnevernet i Norge: Tilstandsvurderinger, nye perspektiver og forslag til reformer*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.

- Riksrevisjonens undersøkelse av tilbudet til barn og unge med psykiske problemer. Dokument nr. 3:7 (2006-2007).
- Sandbæk, Mona, 2002. *Barn og foreldre som sosiale aktører i møte med hjelpetjenester*. Oslo: NOVA Rapport, 14/2002.
- Schultz-Jørgensen, Per, 1999. Barnet i risikofamilien. I Dencik, Lars og Schutz -Jørgensen, Per (red. ) *Børn og familie i det postmoderne samfund*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Schön, Donald, 1987. *Educating the Reflective Practitioner*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Schön, Donald, 1983. *The Reflective Practitioner. How Professions think in Action*. United States of America: Basic Books.
- Seim, Sissel, 2008. *Leder Fontene Forskning* nr. 1.
- Skjervheim, Hans, 1976. *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Tanum-Nordli.
- Torsteinsson, Vigdis Wie, 2007. Forelesning i terapeutisk allianse. Oslo: R-BUP.
- Uggerhøy, Lars. 1995. *Hjælp eller Afhængighed*. Aalborg Universitetsforlag.
- White, Michael, 1993. *Nya vägar inom den systemiska terapin*. Stockholm: Mareld förlag.
- Aamodt, Ingerid, 1995. *Barne- og ungdomspsykiatrien som kontekst for hjelp til foreldre med barn med MBD*. Hovedoppgave som del av videreutdanningen for sosionomer ved Nic Waals Institutt.
- Aamodt, Ingerid, 2002. Videre enn horisonten: Om å få fram de utforskedes perspektiv i en kvalitativ undersøkelse. *Fokus på familien* nr. 4.
- Aamodt, Ingerid, Laila Granli Aamodt og Brit Jørgensen, 2002. Enslige mødre: – familier med store psykososiale belastninger. *Nordisk Sosialt Arbeid* nr. 4.
- Aamodt, Ingerid, 2004. «Det er jeg som er mamma'n»: Møte med barnevernet og barne- og ungdomspsykiatrien fra en marginal posisjon. HiO-hovedfagsrapport nr. 3.
- Aamodt, Ingerid, 2009. Grenser for makt og ansvar; Institusjonelle rammebetingelser og praktisk handling i samarbeidet mellom barnevernet og psykisk helsevern for barn og unge (BUP). *Fokus på Familien* nr. 1.

### **(Endnotes)**

<sup>1</sup> Artikkelen er skrevet ved hjelp av fagstipend fra FO 2007.

<sup>2</sup> Prosjektet er finansiert i et samarbeid mellom Helse og Rehabilitering gjennom Mental Helse, Asker og Bærum HF, Bærum BUP og R-BUP, Helseregion Øst og Sør.

<sup>3</sup> For en drøfting av forskerens posisjon i analysearbeidet, se Aamodt 2002; *Videre enn horisonten: Om å få fram de utforskedes perspektiv i en kvalitativ undersøkelse*. Artikkelenes perspektiver er relevante for analysen av materialet fra både kunnskapsverkstedet, fokusgruppene og intervjuene med foreldre og barn.