

# BACHELOROPPGAVE

## Hvordan kan diagnoser påvirke barns medvirkning i barnevernet?

av

Ingri Åmellem Brøto  
Kandidatnummer: 35

Barnevern

BSV5-300

Mai 2015



## **Avtale om elektronisk publisering i Høgskulen i Sogn og Fjordane sitt institusjonelle arkiv (Brage)**

Jeg gir med dette Høgskulen i Sogn og Fjordane tillatelse til å publisere oppgaven (Skriv inn tittel) i Brage hvis karakteren A eller B er oppnådd.

Jeg garanterer at jeg er opphavsperson til oppgaven, sammen med eventuelle medforfattere. Opphavsrettslig beskyttet materiale er brukt med skriftlig tillatelse.

Jeg garanterer at oppgaven ikke inneholder materiale som kan stride mot gjeldende norsk rett.

Ved gruppeinnlevering må alle i gruppa samtykke i avtalen.

Fyll inn kandidatnummer og navn og sett kryss:

Kandidatnummer og navn:

35 - Ingri Åmellem Brøto

JA  NEI

## Innholdsfortegnelse

1.0	Innledning.....	1
1.1	Problemstilling.....	1
2.0	Fremgangsmåte.....	2
2.1	Kildekritikk.....	3
3.0	Barns medvirkning.....	4
3.1	Hva menes med barns medvirkning?.....	4
3.2	Hvilken betydning har barneperspektiv i forhold til barns medvirkning?.....	7
4.0	Hvordan kan en diagnose påvirke barns medvirkning i barnevernet? .....	9
4.1	Hvordan kan barnevernsarbeiderens holdninger til diagnoser påvirke barns medvirkning? .....	9
4.2	Hvordan kan diagnosen påvirke barnevernets definisjonsmakt? .....	12
4.3	Hvordan kan diagnosen svekke individuell behandling av barn? .....	14
4.4	Forholdet mellom barnevern og BUP.....	17
5.	Avslutning .....	19
	Litteraturliste.....	22

## 1.0 Innledning.

Denne oppgaven omhandler barnevernets arbeid med barn som har en diagnose. Jeg vil diskutere hvordan barnevernsarbeid kan bli påvirket dersom barnet har en psykisk lidelse, da særlig i forhold til barns mulighet til medvirkning. Som barnevernspedagog møter man flere barn med en psykiatrisk diagnose. En diagnose vil i mange tilfeller være nødvendig for å kunne gi riktig hjelp og behandling. I tillegg kan en diagnose være positivt i den forstand at den kan forklare hvorfor barnet er «annerledes» enn andre barn. Visshet om at atferden ikke er barnet eller foreldrenes feil, men at det skyldes en sykdom, kan være en trøst for begge parter.

Selv om en diagnose i mange tilfeller er nødvendig, er det visse risikofaktorer knyttet til en diagnose. En risiko er at diagnosen blir brukt til å forklare alle sider ved en person, og det blir vanskelig å se forbi denne diagnosen. Dette kan føre til at man ikke ser alle aspekt ved mennesket, og det blir vanskelig å forstå hele barnet. En slik tankegang, hvor en diagnose forklarer hele barnet, kan gjøre det vanskelig for barnevernsarbeideren å involvere barnet i beslutningsprosesser. Det kan også gjøre det vanskelig for barnet å bli hørt, selv om det deltar. Et eksempel på dette er den kjente «Alvdal-saken». I denne saken fikk moren spesialisthelsetjenesten til å sette diagnosen Aspergers syndrom på datteren Eline. På grunn av denne diagnosen ble ikke jenta trodd når hun fortalte om overgrep på det groveste. Barnevernet og andre instanser jenta var i kontakt med, mente diagnosen fikk henne til å dikte opp historier og alt hun sa var løgn. Denne saken er et eksempel på hvordan en diagnose svekket barnets troverdighet og påvirket barnevernsarbeidet. Dette er bakgrunnen for spørsmålene som vil bli diskutert i oppgaven. Hvordan kan en diagnose påvirke barnets mulighet til deltakelse i barnevernssaker? Hvordan kan holdningene til barnevernspedagogen være en hindring for barnets mulighet til deltakelse? Dette legger grunnlaget for følgende problemstilling:

### 1.1 Problemstilling.

*«Hvordan kan en diagnose påvirke barns medvirkning i barnevernet?»*

For å svare på problemstillingen er oppgaven todelt, hvor utgangspunktet er a) hva er barns medvirkning og b) hvordan diagnosen påvirker barns medvirkning. Oppgaven omhandler

diagnoser generelt, og vil ikke gå i dybden på spesifikke diagnoser. Diskusjonen går ut fra den profesjonelle sitt ståsted og hvordan den arbeider. I tillegg til å være et tema som har hatt lite fokus på barnevernsstudiet, er den faglige relevansen for senere yrkesutøvelse en av hovedårsakene til å skrive om forholdet mellom diagnose og barnevern. Dette er tema som ikke kommer så lett til syne i arbeidet, og det er derfor viktig å reflektere rundt hvordan en diagnose kan legge føringer for barnevernsfaglige vurderinger. På denne måten kan man unngå dette i senere yrkesutøvelse.

Diskusjonen rundt hvordan en diagnose kan påvirke barnets deltakelse er delt inn i fire, hvorav de tre første tar utgangspunkt i konsekvenser som kommer av diagnosen og den siste på forholdet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien. Den første diskusjonen omhandler hvilke syn barnevernsarbeideren har på barn med diagnoser og hvordan dette synet kan påvirke barnets mulighet til deltakelse. Den andre handler om hvordan en diagnose kan påvirke barnevernets definisjonsmakt og hvordan denne type makt kan være til hinder for barnets deltakelse. Den tredje diskusjonen handler om hvordan en diagnose kan svekke fokuset på de individuelle behovene til barnet og hvordan dette igjen kan svekke barnets mulighet til deltakelse. Til slutt diskuteres forholdet mellom barnevernet og BUP og hvordan dette kan påvirke barns medvirkning.

Resten av oppgaven er disponert som følger: Først presenteres fremgangsmåte og de mest sentrale kildene i oppgaven. Deretter følger definering av hva barns medvirkning betyr, og hvilken betydning barneperspektivet har i forhold til denne medvirkningen. Deretter presenteres diskusjon, og til slutt konklusjon og avslutning.

## **2.0 Fremgangsmåte.**

Metode er den fremgangsmåten en bruker i oppgaven, og sier noe om hvordan en samler inn og anvender informasjon og kunnskap (Dalland, 2000). Denne oppgaven bruker litteraturstudium som metode. Gjennom et litteraturstudium innhenter man informasjon fra eksisterende forskning (Magnus og Bakketeig, 2000). Bakgrunn for valg av denne metoden er at det finnes mye litteratur på barnevernsfeltet og på psykiatrifeltet. Det er ofte i denne litteraturen man søker etter svar i yrkesutøvelsen. I tillegg kan det være nyttig å orientere seg i og gå kritisk igjennom denne litteraturen. Derfor kan være nyttig å belyse og reflektere rundt eksisterende litteratur på området.

I et litteraturstudium skilles det mellom primær- og sekundærkilder. En primærkilde er den opprinnelige kilden, hvor forfatteren selv presenterer ny kunnskap (Dalland, 2000). En fordel med å bruke primærkilde, er at en bruker førstehåndskunnskap som ikke har gått via andre forfattere som har tolket den opprinnelige teksten. Dalland (2000) beskriver en sekundærkilde som når en forfatter gjenforteller eller oppsummerer andre forfattere sitt arbeid. Innholdet er allerede tolket en gang, og det er dermed en viss fare for at noe av meningsinnholdet blir borte eller blir tolket feil. Primærkilder er av disse grunnene mer pålitelig enn sekundærkilder. Et eksempel på en sekundærkilde er en bok som bruker flere ulike kilder for å oppsummere kunnskapen som finnes innenfor et felt (Dalland, 2000). Pensumbøker er en slik type bok, som ofte brukes dersom man ønsker mye informasjon om et spesifikt tema. I en sekundærkilde kan det bli presentert litteratur fra ulike forfattere, nyere og eldre forskning og fra ulike land. Ut fra dette kan sekundærkilder være et godt middel for å vise til ulike oppfatninger og meninger innenfor feltet. Tillegg til primær- og sekundærkilder er det visse krav til litteraturen som blir brukt i et litteraturstudium. Disse kravene omfatter pålitelighet og hvorvidt litteraturen er relevant i forhold til problemstillingen (Dalland, 2000). Kravene til pålitelighet omfatter hvorvidt det foreligger feilkilder i måten dataen er samlet inn på, enten det er gjennom intervju eller observasjon (Dalland, 2000).

## **2.1 Kildekritikk.**

Litteraturen på felt som barnevern og psykisk helse er omfattende, men det er svært lite litteratur som omhandler brukervedvirkning til barn med diagnose i barnevernet. Det har dermed vært utfordrende å finne litteratur som er direkte relatert til oppgavens problemstilling. I søk etter litteratur har jeg hovedsakelig brukt databasene Oria og Academic Search Premier. Academic Search Premier er en database hvor en finner mye fagfelleurdert litteratur, noe som var et viktig kriterie i min søken etter relevant litteratur. Oria ble mest brukt for å finne kilder fra biblioteket til Høgskolen i Sogn og Fjordane. Gjennom et søk med ordene «diagnose\*» og «barnevern\*» fant jeg en masteroppgave som er rettet mot problemstillingen min. Denne har jeg brukt mye og den er hovedkilden som jeg bruker i diskusjonen min.

Tonje Maria Skorpen har skrevet en masteroppgave i sosialt arbeid om *Psykiatriske diagnoser og deltakelse – en undersøkelse av barnevernfaglige praksiser* (2010). Hun undersøker

hvilket kunnskapssyn barnevernet har i møte med psykiatrien og hvordan dette påvirker muligheten til deltakelse for barnet. Skorpen foretok fire dybdeintervju med barnevernsansatte i sitt arbeid. Funnene Skorpen har presentert, vil en finne igjen i min oppgave. Disse funnene handler om hvordan holdninger, definisjonsmakt og forholdet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien kan påvirke barnets medvirkning. Denne oppgaven er derfor svært relevant i min diskusjon. Man kan argumentere for at en masteroppgave gir et tynt empirisk grunnlag, og jeg har derfor søkt å kompensert dette ved å gå i dybden på litteratur som mer spesifikt omhandler enten barnevern eller psykiatri. Denne litteraturen er brukt for å underbygge eller belyse andre sider av påstander som Skorpen har kommet med i sin masteroppgave.

Siden masteroppgaven er så tett knyttet opp mot min problemstilling, har jeg benyttet litteraturen i Skorpens oppgave for å finne andre kilder. Blant annet *Brukermedvirkning i barnevernet* av Sissel Seim og Tor Slettebø (2007). Boken tar for seg brukermedvirkning innen barnevernet, både fra et teoretisk og et juridisk perspektiv, samt ulike grader av brukermedvirkning. Den viser hvordan barn kan delta mer og ha større innflytelse. Boken er primært basert på erfaringer fra et forskningsprosjekt om brukermedvirkning som ble gjennomført fra 2001 til 2004, noe som gjør denne boken troverdig. Jeg har brukt denne boken til å svare på hva som menes med barns medvirkning og underbygd denne informasjonen med andre kilder for å en mer fylldig besvarelse.

### **3.0 Barns medvirkning.**

Før jeg diskuterer barnet sin mulighet til medvirkning i beslutningsprosesser i barnevernet, er det nødvendig å gå mer inn i betydningen av begrepet medvirkning. Definisjonen av barns medvirkning i denne oppgaven, omfatter to aspekter: a) Hva menes med barns medvirkning i barnevernet? Og b) hvilken betydning har barneperspektivet i forhold til denne medvirkningen?

#### **3.1 Hva menes med barns medvirkning?**

Begrepet brukermedvirkning er blant annet nedfelt i FNs barnekonvensjon og barnevernloven. I FNs barnekonvensjon (1989) artikkel 12 nr.1 står det følgende om barns medvirkning:

Partene skal garantere et barn som er i stand til å danne seg egne synspunkter, retten til fritt gi uttrykk for disse synspunkter i alle forhold som vedrører barnet, og tillegge barnets synspunkter behørig vekt i samsvar med dets alder og modenhet.

For barn i barnevernet tilsier dette at barna har rett til å uttale seg om deres mening før det blir fattet en beslutning rundt deres liv.

I barnevernloven (1992) § 4-1 andre ledd står det at «barnet skal gis mulighet til medvirkning, og det skal tilrettelegges for samtaler med barnet». Dette er også nedfelt i barnevernloven § 6-3 under kapittelet om generelle saksbehandlingsregler. Her legges det vekt på at barnet har mulighet til å uttale seg, og meningene ilegges betydning etter alder og modenhet. I lovene som barnevernet har hjemmel i, kommer det tydelig frem at barn har rett til å delta - men hva er egentlig betydningen av barns medvirkning?

Seim og Slettebø (2007, s.15) sier det er ment at alle parter en sak berører har rett til å uttale seg, og disse uttalelsene skal være med å påvirke beslutningene som barnevernet tar. Partene skal være med å definere hva som er problemet, være med å bestemme hvordan en skal løse problemet og hvilken form hjelpen skal ha (Seim og Slettebø, 2007, s.29). I lovene står det ingenting konkret om hva deltakelsen til barn innebærer og det står ikke at de *skal* delta, men at de har *mulighet*. Det kan være en av grunnene til at brukermedvirkning foregår på mange måter, i ulike grader. En kan se for seg en skala hvor en i ene enden har *informasjon* og *konsultasjon*, mens i den andre enden på skalaen finner *delegasjon* og *brukerstyring* (Seim og Slettebø, 2007). Ved informasjon får brukeren info om rettigheter og beslutninger som tas, uten selv å delta. Dette er den laveste formen av det som kan tolkes som brukermedvirkning. Gjennom konsultasjon har brukeren ingen påvirkning på beslutningen, men er med på konsultasjon eller et råd (Humerfelt, 2005, s.32). Delegasjon vil si at brukeren har fått delegert myndighet til å treffe beslutninger. I brukerstyring har brukeren all kontroll over beslutningene og prosessen (Humerfelt, 2005, s.32). På midten av denne skalaen finner en reell brukermedvirkning; *partnerskap*. Det innebærer at brukeren får si sin mening, bli lyttet til, i tillegg til at meningen ilegges vekt (Seim og Slettebø, 2007, s.31). I et partnerskap har brukeren og barnevernsarbeideren like mye kontroll og mulighet til å delta i beslutningsprosesser knyttet til brukerens livssituasjon (Humerfelt, 2005). Brukeren deltar i beslutningsprosessen og meningen deres blir vektlagt, i tillegg har kunnskapen og kompetansen til barnevernsarbeideren en innvirkning på beslutningen.



At barn skal få si sin mening og bli lyttet til er noe barneverntjenesten skal jobbe etter, men det er noen dilemma med det hittil problemfrie begrepet *brukermedvirkning*. Hensikten er å gi brukerne mulighet til å dele sine erfaringer og kunnskap om dagliglivet deres, men dette betyr ikke at brukeren på egenhånd skal ta avgjørelser (Seim og Slettebø, 2007, s.40). Skal et partnerskap fungere må også den profesjonelle dele sin kunnskap og kompetansen deres må være med i beslutningene. Brukermedvirkning skal ikke nedvurdere verken brukerne eller den profesjonelle sin kunnskap (Seim og Slettebø, 2007). Hensikten med et partnerskap burde være å styrke alle parter sin kompetanse. Det kan ikke fungere etter sin hensikt dersom partene ser ned på hverandre og undertrykker deres forståelse og erfaringer. Manglende respekt og tillitt kan altså være et problem som hindrer at et partnerskap fungerer (Seim og Slettebø, 2007).

Et annet problem hevder Seim og Slettebø (2007) er at når en snakker om brukermedvirkning innen barnevernet er det snakk om skinndemokrati. Det vil si at barnevernet snakker om deltakelse og innflytelse av brukerens meninger, men at det i praksis ikke blir gjennomført. Det faktum at informasjon kan tolkes som brukermedvirkning kan være et eksempel på dette. Barnevernet snakker om deltakelse og innflytelse, men det brukeren står igjen med, er informasjon. Skal brukermedvirkningen være på nivå med partnerskap, forutsetter det et tillitsforhold mellom profesjonsutøver og familien (Seim og Slettebø, 2007). Det innebærer at alle parter blir verdsatt og alle tas med i beslutningsprosessen.

Mye tyder på at barnevernet ikke er så flinke til å ta med barn i beslutningsprosessen, særlig ikke på en måte som kan kalles reell brukermedvirkning. Gjennom brukermedvirkningsprosjektet til Seim og Slettebø (2007) fant de at brukerne i liten grad hadde kjennskap til hvilken hjelp barnevernet kunne bidra med. De visste også lite om hvilke rettigheter og plikter de har og hvordan beslutningsprosessen i barnevernet fungerer. I tillegg fant de at barnevernsarbeiderne var usikre på hva brukermedvirkning ville si i praksis (Seim, Slettebø og Koth, 2007). Det at barnevernsarbeidere er usikre på hva brukermedvirkning er, kan være en medvirkende faktor til at det foregår på ulike måter. Hvilket syn barnevernspedagogen har på barn, kan også være en medvirkende faktor til barnet sin mulighet til deltakelse.

### **3.2 Hvilken betydning har barneperspektiv i forhold til barns medvirkning?**

Askeland og Molven (2010) mener at måten en møter og snakker om personer på handler om holdninger, ikke bare ferdigheter. Hvordan en oppfatter den andre blir bestemmende for videre arbeid (Levin, 2004, s.97). Barn kan forstås på mange ulike måter og synet har endret seg i løpet av årene. Schjelderup m.fl. (2005) beskriver et paternalistisk syn på barn frem til 1980-årene. Paternalisme kommer av det greske ordet «pater» som betyr far (Nordby, 2013, s.93). Nordby (2013, s.93) beskriver paternalisme som en klassisk farsfigur som bestemmer over barnet. Dette innebærer at en ser på barn som objekt og det er de voksne som vet hva som er det beste for barnet. Om en ikke godtar barnet sine meninger, vil en som innehar et paternalistisk syn overstyre disse meningene og ønskene (Nordby, 2013). Dersom den profesjonelle har et paternalistisk syn på barn, anerkjenner den ikke barnet sin forståelse av omverdenen. Ut i fra dette kan en si at brukermedvirkning innenfor et paternalistisk syn, mest sannsynlig vil ligge på informasjon, eventuelt konsultasjon, fordi den profesjonelle mener de vet hva som er det beste for barnet. Videre kan dette føre til at barnevernspedagogen ikke ser behovet for å la barnet delta i beslutningsprosessen.

I dag går en mer mot et syn på barn som kompetente aktører i eget liv. Barn ses mer på som et selvstendig subjekt som aktivt bidrar til å skape egne forestillinger, det de ser og opplever er deres virkelighet (Schjelderup et al., 2005). En av årsakene til at en skal se på barn som selvstendig aktør er for å kunne finne ut hva som er det beste for barnet. Har den profesjonelle et slikt syn på barn er det lettere å la barnet delta i beslutningsprosesser som omhandler deres liv. Dette fordi man anerkjenner barnets forståelse og erfaringer. Schjelderup m.fl. (2005) mener et slikt barneperspektiv utfordrer voksne til å se verden på samme måte som barn. Selv om barnet er et selvstendig subjekt er det viktig at kunnskapen til barnevernet blir tatt i betraktning når en skal vurdere hva som er det beste for barnet. Andreson og Bjerkmann (siteret i Schjelderup et al., 2005,s.21) mener det er to måter å ta barneperspektivet på og begge måtene må vurderes for å forstå barnet. Disse to måtene er å se ut fra barnet sin synsvinkel og å ha barnet i sin synsvinkel. Å se ut fra barnet sin synsvinkel innebærer å se verden ut fra barnet sitt syn på verden. Dette handler om å få frem barnet sine erfaringer og synspunkter, samt deres håp og bekymringer (Omre og Schjelderup, 2009, s.37). Det å ha barnet i sin synsvinkel vil si å se barnet. Dette handler om de voksne sitt syn, erfaringer, håp og bekymringer om barnet sin situasjon (Omre og Schjelderup, 2009, s.37). For å forstå barnet ut

fra et barneperspektiv må en se på barnet sine meninger og synspunkter om sin egen situasjon, i tillegg til den voksne sine meninger og synspunkter om barnet sin situasjon.

I tillegg til å se ut fra barnet sin synsvinkel og å ha barnet i sin synsvinkel har Omre og Schjelderup (2009, s.38) lagt til tre faktorer som er viktig i et barneperspektiv. Disse faktorene er a) fokusering og tydeliggjøring av barns beste interesser, b) barns deltakelse og c) en redegjørelse av det dominerende tankesett og verdier, kulturelt og faglig, som brukes for å forstå barn og barndom. *Fokusering og tydeliggjøring av barns beste interesser* kan knyttes opp mot § 4-1 i barnevernsloven som omhandler hensynet til barnets beste. Målet med dette er at alle involverte parter skal handle ut fra hva som er det beste for barnet (Omre og Schjelderup, 2009). I følge barnevernloven § 4-1 skal det legges avgjørende vekt på å finne tiltak som er til det beste for barnet. Det skal legges vekt på å gi barnet stabil og god voksenkontakt, samt kontinuitet i omsorgen. En forutsetning for dette er å være i dialog med barnet og familien om hva som er god nok stabilitet, kontinuitet og omsorg (Omre og Schjelderup, 2009). Dette er en viktig faktor i barneperspektivet. Det er fordi om en skal klare å gjøre det beste for barnet, må en vite hvordan barnet ser på sin situasjon og hvilke ønsker og meninger barnet har om eventuelle løsninger. Videre mener Omre og Schjelderup at *barns deltakelse* er en viktig faktor. Om en skal forstå barnet ut fra deres perspektiv, er det nødvendig at barnet er deltakende i beslutningsprosessen (Omre og Schjelderup, 2009, s.38). Det å vite hva barnet selv mener er problemet i situasjonen deres og hvilken løsning barnet ønsker er en vesentlig del av det i inneha et barneperspektiv. Dette er fordi det er først når en involverer barnet i denne beslutningsprosessen, en kan komme inn på barnets virkelighetsoppfatning. Den siste komponenten Omre og Schjelderup (2009, s.38) mener er viktig i et barneperspektiv er *en redegjørelse av det dominerende tankesett og verdier, kulturelt og faglig, som brukes for å forstå barn og barndom*. Med dette menes at de voksne sitt tankesett om barn, påvirker deres mulighet til deltakelse. Omre og Schjelderup (2009, s.39) oppsummerer et barneperspektiv i følgende fem punkter: 1) barnets perspektiv blir tatt hensyn til, 2) voksne konsentrerer seg om barnets situasjon og har barnet i sitt perspektiv, 3) barnets beste interesser er i fokus og er tydeliggjort, 4) barnet er deltakende i beslutningsprosesser, og 5) voksne sitt tankesett inkluderer barn som subjekter og anerkjenner barns livserfaringer, kompetanse og meninger.

Å inneha et barneperspektiv er viktig for barnet sin mulighet til deltakelse, fordi en ser på barnet som selvstendig aktør. Selv om det er en viktig faktor i forhold til deltakelsen og for anerkjennelsen av barnet, er ikke et barneperspektiv helt uproblematisk. Angel (2010, s.148)

hevder i en artikkel at en sidestilling av profesjonsutøver og barn kan føre til usikkerhet i hvem som har ansvaret for tiltakene som blir iverksatt, samt resultatene av tiltaket. Ofte vil et barn som er i kontakt med barnevernet trenge en trygghet og en voksenperson som tar ansvar, særlig om noe går galt. Selv om barnet blir sett på som en selvstendig aktør, skal det ikke stå ansvarlig for tiltak som barnevernet har satt inn. Beslutningene som tas i barnevernet må bli vurdert ut fra hva barnet mener, i tillegg til at barnevernets kunnskap må være med i vurderingen. Hvilket syn den profesjonelle har på barnet kan være et hinder for deltakelse, uavhengig av diagnose. Dersom barnet i tillegg har en diagnose kan den profesjonelle sin holdning til dette være en ekstra faktor som kan bli et hinder for deltakelse. På bakgrunn av litteraturen jeg har presentert, følger nå diskusjonen om hvordan en diagnose kan påvirke barn sin mulighet til medvirkning.

#### **4.0 Hvordan kan en diagnose påvirke barns medvirkning i barnevernet?**

En diagnose har som tidligere nevnt en klar positiv side. Denne oppgaven handler derimot om de negative konsekvensene en diagnose kan føre med seg for barnevernsarbeidet. For å undersøke hvordan diagnosen kan påvirke barnets mulighet til deltakelse har jeg valgt å stille tre spørsmål. a) Hvordan kan barnevernsarbeiderens holdninger til diagnoser påvirke barnets mulighet til medvirkning? b) Hvordan kan en diagnose påvirke barnevernets definisjonsmakt, og hvordan kan denne makten være et hinder for barnets deltakelse? Deretter vil jeg diskutere c) hvordan «oppskriften» til diagnosen kan svekke individuell behandling av barn, og hvorvidt det kan svekke barnets mulighet til deltakelse Til slutt vil jeg se på forholdet mellom barnevern og BUP, og hvordan dette kan påvirke barnets deltakelse.

##### **4.1 Hvordan kan barnevernsarbeiderens holdninger til diagnoser påvirke barns medvirkning?**

Barn skal ha mulighet til å delta i beslutningsprosesser, uavhengig av diagnose. Skorpen (2010) fant i sin undersøkelse at barnevernsarbeiderne møter barn som har en diagnose på en annen måte enn de møter barn som ikke har en diagnose. Et utsagt fra en barnevernsarbeider Skorpen intervjuet illustrerer dette:

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 tolererer mer enn du kanskje ikke ville ha tolerert ellers. Eller

at du tenker mer over det at de gjør det på grunn av det og det (...) (Skorpen, 2010, s.57).

Dette sitatet indikerer at diagnosen endrer forståelsen og synet barnevernsarbeideren har på barnet. Det kan forstås som at barnet *blir* diagnosen og årsaken til atferden forklares med utgangspunkt i diagnosen.

«Det er nok en fare for 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» (Skorpen, 2010, s.74). Dette sitatet fra en barnevernsarbeider illustrerer hvordan holdningen til diagnoser påvirker barnet sin mulighet til deltakelse. En holdning om at en må ta ekstra hensyn til et barn, kan ses i sammenheng med et paternalistisk syn på barn. En av barnevernsarbeiderne Skorpen (2010, s.90) intervjuet sa følgende om en diagnose:

Hvis det er snakk om en psykose så hadde jeg nok ikke tatt med ungdommen. Da hadde jeg nok skjermet ungdommen. Det kan bli for mye ord og informasjon å ta inn.

Dette sitatet belyser ytterligere et syn om at man tar ekstra hensyn når barnet har en diagnose. Strandbu (2011, s.85) skriver også om frykt for å påføre barn belastninger gjennom deltakelse. Årsaken ligger i en oppfatning av at kortvarige relasjoner er belastende for barnet. Derfor skal barnevernsarbeideren være forsiktig med å spørre barn om tema som er vanskelige (Strandbu, 2011, s.85). Gallagher (2010, s.2) viser til forskning som antyder at gode, langsiktige relasjoner er avgjørende for deltakelsen til barnet. Han viser videre til den profesjonelle sine holdninger og forståelse av barn, hindret en utvikling av relasjoner. Man kan argumentere for at slik holdning barnevernsarbeiderne forteller om, kan forstås som et paternalistisk syn på barn, et syn på barn som skjøre og hjelpetrengende. Dersom barnevernsarbeideren mener at barnet skal bli skjermet for samtaler som omhandler deres liv, kan dette føre til at en diagnose kan bli et hinder for deltakelse. Den profesjonelle bruker et beskyttelsesargument i forhold til å la barnet delta i beslutningsprosessen.

Barnevernet skal sørge for at barn får en god og trygg omsorgssituasjon som er til det beste for barnet, jf. barnevernloven § 1-1 Lovens formål. Spørsmålet her handler om hva som er det beste for barnet og hvem som bestemmer hva som er et beste for barnet. En beskyttelsesholdning fører med seg et syn på barn som hjelpetrengende og som et objekt. Barnevernsarbeideren skal handle ut i fra hva som er det beste for barnet. Mener barnevernsarbeideren at barnet ikke skal delta i beslutningsprosessen kan dette forstås som at

deltakelse ikke er det beste for barnet. Med andre ord er det ikke barnet som vet hva som er den beste løsningen i situasjonen, og muligheten for deltakelse vil være minimal. En slik beskyttelseholdning vil være et eksempel på et paternalistisk syn på barn. Problemet med en slik holdning vil være at en verken anerkjenner barnet som selvstendig aktør eller dets virkelighetsoppfatning. Anerkjenner en ikke barnet sin kunnskap og forståelse kan det være vanskelig å tenke at barnet kan gjøre gode vurderinger av sin situasjon.

Selv om en beskyttelseholdning og et paternalistisk syn ikke hever muligheten for deltakelse, mener Angel (2010, s.149) likevel at en liten del av paternalisme er nødvendig. Dersom kompetansen til barnevernet fører til at barnet får et bedre liv, som ivaretar barnets behov og interesser (Angel, 2010). Ved en mer akseptert form for paternalisme bruker Nordby (2013, s.94) begrepet genuin paternalisme. Dette er situasjoner hvor personer som ikke er autonome blir overstyrt. Autonomi betyr å ta et fritt, tilregnelig valg som baserer seg på informasjon og kunnskap. Den som tar valget skal også innenfor rimelighetens grad være klar over konsekvensene av valget (Nordby, 2013, s.83). Det vil si at en person som ikke er autonom ikke tar beslutninger som bygger på kunnskap, i tillegg ser en ikke hvilke konsekvenser valget kan føre med seg. Eksempelvis kan dette være en sterkt ruspåvirket person eller en person med tunge psykiske lidelser (Nordby, 2013, s.94). I de tilfellene hvor en overstyrt barn og unges uttrykte ønsker innenfor områder hvor de ikke gjør autonome valg, defineres som genuin paternalisme (Nordby, 2013, s.94). Kan en ut fra dette si at det i enkelte tilfeller er mer akseptabelt at barn med tunge psykiske lidelser ikke deltar i beslutningsprosesser i barnevernet? Nordby (2013, s.94) mener at den genuine paternalismen er en «hverdagspaternalisme». Hverdagspaternalisme er når foreldre ber barnet om å spise opp maten, eller kle på seg. Dette er akseptert fordi den voksne vet at det beste for barnet er å spise mat og å kle på seg, selv om barnet ikke ønsker dette. Den genuine paternalismen er en mer akseptert form for paternalisme, enn det Nordby (2013, s.94) kaller uønsket paternalisme. Dette er situasjoner hvor autonome personer blir overstyrt. Både genuin og uønsket paternalisme kan foregå i barnevernet, men den uønskede paternalismen er ikke akseptert på samme måte som den genuine. Et barn med psykisk lidelse er kanskje ikke kompetent til å vite hva som er det beste i enhver situasjon. For at barnet skal ha muligheten til å delta, uavhengig av diagnose og holdninger, er det viktig at barnet får god informasjon. Brodtkorb m.fl. (2012, s.46) mener at brukervedvirkning forutsetter informasjon og opplæring av både brukere, tjenesteytere og beslutningstakere. Dette gjelder både om egen diagnose, men også om barnevernsarbeidet. God informasjon om hvilke mulige løsninger og hjelpetiltak som

barnevernet kan bidra med er viktig. Slik kan barnet i samarbeid med barneverntjenesten ta gode beslutninger, basert på et godt kunnskapsgrunnlag - uavhengig av diagnose.

Hvordan påvirker barnevernsarbeiderens holdninger til diagnose barns medvirkning? Det viser seg at mye av grunnlaget ligger i hvilke syn barnevernsarbeideren har på barnet. Synet på barn kan legge hindringer for deltakelse uavhengig om barnet har en diagnose eller ikke. Om barnevernsarbeideren har et barneperspektiv vil det være større sjanse for at barnet opplever en reell brukermedvirkning. Har barnevernsarbeideren derimot et mer paternalistisk syn på barnet, kan det oppstå en holdning om at barn som har en diagnose trenger ekstra beskyttelse. En slik beskyttelsesholdning viser seg å oppstå hos barnevernsarbeidere (Skorpen, 2010). Beskyttelsesholdningen kan føre med seg et ekstra hinder for muligheten til deltakelse. Dermed kan en si at holdningene barnevernsarbeideren har på barn, kan påvirke i hvilken grad diagnosen får betydning for barnets medvirkning. Videre vil jeg diskutere hvordan en diagnose kan påvirke barnevernets definisjonsmakt og hvordan dette påvirker barnets deltakelse.

#### **4.2 Hvordan kan diagnosen påvirke barnevernets definisjonsmakt?**

Barnevernet har mye forskjellige typer makt. Blant annet beslutningsmakt som kan knyttes til vedtaksmyndigheten og deres rett til å fatte beslutninger (Haugland, 2007). En annen mer skjult form for makt, er kunnskapsmakten. Denne makten viser til den ulike kunnskapen barnevernsarbeideren har på forskjellige områder (Haugland, 2007). Dersom denne kunnskapen ikke blir brukt for å øke kunnskapen til brukerne eller for å hjelpe de til å ta egne valg, skaper makten en form for avhengighet til hjelpeapparatet (Haugland, 2007). Det kan eksempelvis handle om barnevernets kunnskap om tiltak. Så lenge ikke familien får kunnskapen om disse, kan de heller ikke ta valg om tiltak. På denne måten får barnevernet makt over hvilken form for hjelp familien skal få. I tillegg har barnevernet en definisjonsmakt, som handler om å bestemme forståelsen av et problem og behandlingen av problemet (Haugland, 2007). For barn med diagnoser kan det være økt risiko for at barnevernet bruker sin definisjonsmakt. Dette fordi diagnosen i seg selv fører med seg en definisjon av problemet og løsningen. Blir diagnosen sett på som løsningen av barnevernet, kan dette føre til at barnevernet ikke ser nødvendigheten av å snakke med barnet.

Haugland (2007) skriver at definisjonsmakten oppleves av foreldre og barn som avgjørende om de får hjelp og hvilken hjelp de får. Definisjonsmakten er den type makt som vil være mest relevant i forhold til diskusjonen om diagnose og barns mulighet til deltakelse. Dette fordi det omhandler hvordan barnevernsarbeideren definerer problemet og hvor kompetent en tenker barnet er til å ta gode beslutninger om eget liv. Definisjonsmakten vil videre påvirke hvordan den profesjonelle legger til rette for deltakelse. Definerer barnevernsarbeideren barnet som lite kompetent til å ta egne valg, vil dette kunne påvirke muligheten til deltakelse. Schjelderup og Omre (sitert i Schjelderup et al., 20005, s.23) mener at barnevernet ikke kan tviholde på sin definisjonsmakt. Når barnets situasjon skal avgjøres legger de vekt på at barnevernet må involvere barnet og familien. Man kan derfor argumentere for at dette er en faktor som bør vektlegges uavhengig av om barnet har en diagnose.

Diagnosen kan være med på å forklare årsak og peke ut veien videre i arbeidet i form av hvilken behandling barnet trenger. Skorpen (2010, s.92) viser til et utsagn fra en barnevernspedagog som sier «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». For barnevernsarbeiderne kan dette føre til at en slutter å se etter andre forståelsesmåter i omgivelsene til barnet (Skorpen, 2010). En av barnevernsarbeiderne som Skorpen intervjuet sier følgende:

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.

Diagnosen kan med andre ord definere problemet og hvilken behandling som er nødvendig. Seim og Slettebø (2007) mener som tidligere nevnt, at det å definere hva som er problemet og hva hjelpen skal være, er hovedpoenget med brukermedvirkning. Dersom en bruker diagnosen som en forklaring på atferden til barnet, ser en kanskje ikke nødvendigheten av å snakke med barnet om deres definisjon av problemet. Barn sin deltakelse kan da bli utelatt i en ellers hektisk hverdag for profesjonsutøveren, fordi barnevernsarbeiderne allerede har definert problemet. Dette kan igjen føre til at barnet ikke får den hjelpen de trenger. Dette på grunn av at behandlingen av symptomene til diagnosen blir sett på som løsningen av problemet. Dersom en hadde undersøkt i omgivelsene til barnet kunne en oppdaget at barnet kanskje



trengte annen hjelp, som foreldrestøttende tiltak eller hjelp og støtte direkte til barnet. På den måten kan en diagnose være et hinder for deltakelse, men også i forhold til å bli kjent med barnet og finne gode hjelpetiltak fra barnevernet. I de tilfellene hvor barnevernet har et barneperspektiv er en mer åpen for barn sin mening og det vil være enklere å la barnet delta. Gjennom dette ville en funnet ut om barnet hadde trengt annen form for hjelp fra barnevernet.

Humerfelt (2010) sin undersøkelse om individuell plan, viste at sosialarbeiderne som ble intervjuet ofte hadde kjent brukerne over flere år. På grunn av dette mente sosialarbeiderne at de visste hvilke ønsker og behov brukerne hadde. Ut fra dette mente de at de kjente brukerne så godt at de ikke trengte å spørre hvilke tanker brukerne hadde om behov og ønsker (Humerfelt, 2010). På samme måte kan dette også være gjeldene for barn med diagnoser. Man kan oppleve at man ikke trenger å spørre barnet om hvilke tanker det har i forhold til en løsning, fordi man vet hvilken behandling som er nødvendig for den enkelte diagnose. En slik holdning er med på å bygge opp under definisjonsmakten, noe som kan bli et ekstra hinder for barnets deltakelse.

Hvordan kan diagnosen påvirke barnevernets definisjonsmakt og hvordan kan denne makten påvirke barnets mulighet til deltakelse? Dersom barnevernet konkluderer med at det er diagnosen som er problemet, har barnevernet allerede definert problemet, årsaken til det, og løsningen. På bakgrunn av dette kan det forsås som at diagnosen kan øke definisjonsmakten til barnevernet. Videre kan dette påvirke barnets mulighet til medvirkning, fordi en kanskje ikke ser viktigheten av å involvere barnet i denne prosessen. Dette vil også avhenge av hvilket syn barnevernsarbeideren har på barn.

### **4.3 Hvordan kan diagnosen svekke individuell behandling av barn?**

En diagnose kan føre med seg både en årsaksforklaring og en løsning på problemet og kan ses på som en oppskrift for videre arbeid. Risikoen ved en diagnose er å bruke diagnosen til å forklare alle aspekt ved et menneske (Kirkengen og Thornquist, 2013). Et funn Skorpen (2010) viser til er at en diagnose årsaksforklarer og denne forklaringen blir «sannheten». En legger da mindre vekt på omgivelsene og familieforhold som kan påvirke barns atferd. En av barnevernspedagogene Skorpen (2010, s.58) intervjuet sa følgende om diagnose:

Diagnosen 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 skole og hjemme.

Ut fra en diagnose får en forklart hva problemet er og løsningen på dette. Ser en barnet gjennom diagnosen kan dette føre til en forenkling og en generalisert måte å se barnet på. Dette kan forstås som at barnet blir diagnosen, og en mister da mye av kompleksiteten som finnes i mennesket.

Barn er forskjellige og problemene kan være komplekse. Bufetat satser likevel på evidensbaserte tiltak som Parent Management Training Oregon (PMTO) og Multisystemisk Terapi (MST) (Marthinsen, 2012). Evidensbaserte metoder betyr at behandlingens effektivitet er empirisk dokumentert eller har støtte i forskning (Bunkholdt og Sandbæk 2013, s.211). Argumentasjonen for en slik satsning er basert på at disse tiltakene har gitt gode resultat. Marthinsen (2012) viser likevel til at det finnes få studier rundt disse tiltakene. Kritikken mot evidensbaserte tiltak er det ikke stort rom for tilpassing og individualisering (Bunkholdt og Sandbæk, 2013). I tillegg er barnets stemme svakt i tiltak som PMTO og MST, fordi disse tiltakene er foreldreveiledning. Når det foreligger et samarbeid mellom barnevern og BUP, tilsier dette at barnet har komplekse problemer (Nordby, 2013). Evidensbaserte tiltak blir i liten grad tilpasset hvert enkelt barn, og kan derfor fungere dårlig med tanke på hvor komplekse problemene til barn kan være. Dette står i kontrast til individuell behandling, på grunn av liten mulighet til tilpasning.

En av barnevernsarbeiderne i undersøkelsen til Skorpen (2010, s.79) sier følgende om diagnose:

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 til Skorpen aksepterer at barnet har en diagnose i tillegg må en se mer helhetlig på situasjonen og ikke bare vurdere på bakgrunn av diagnosen. Fokuset til barnevernsarbeiderne er hovedsakelig på foreldrene, om hvordan de skal håndtere diagnosen barnet har. Tiltak som kan hjelpe foreldrene til dette er foreldreveiledningstiltak som PMTO

og MST. I disse evidensbaserte tiltakene er det lite rom for å tilpasse tiltaket til hver enkel familie (Bunkhold og Sandbæk, 2013). Ut fra dette kan det påstås at en diagnose kan føre til tiltak fra barnevernet som er med på å svekke individuell behandling av barnet.

Det er ikke bare innenfor barnevernet et barn møter på evidensbasering. Innenfor psykiatrien finner en også en evidensbasert tilnærming. Denne evidensbaseringen kommer til uttrykk gjennom diagnostisering. Diagnosesystemene beskriver i stor grad symptomene istedenfor å årsaksforklare dem (Snoek og Engedal, 2004). Det blir mer fokus på evidensbaserte metoder og kunnskap, enn på å undersøke alternative årsaker i omgivelsene og relasjon mellom barn og foreldre. Med en slik tilnærming mener Snoek og Engedal (2004) at det er en risiko for at en beskriver hele barnet gjennom diagnosen, uten å se i barnets indre liv. Barnet kan *bli* diagnosen. Med det menes at diagnosen kan personifiseres, hvor mennesket gjøres til et objekt. På den måten kan personen som har fått diagnosen bli bedt om å akseptere diagnosen, forstå og fortolke seg selv i lys av diagnosen (Helliesen, 2011, s.22). Normann (2009, s.21) skriver i sin rapport at diagnosen kan føre til en objektivisering av barnet på grunn av den forskningsbaserte metoden innenfor psykiatrien. En kan da stå i fare for at atferden og uttrykk til barnet tolkes i lys av diagnosen.

Diagnosen kan gi en forståelsesramme, som kan føre til at barnevernet trekker seg mer unna, uten å undersøke andre måter å forstå barnet på. Det handler om at diagnosen blir en årsaksforklaring og dette blir sannheten. Behandlingen blir bestemt på bakgrunn av symptomene og ikke de eventuelle bakenforliggende årsakene. En av grunnene til at diagnosen får stor plass i vurderingen kan handle om at diagnosen er noe håndfast og konkret. Barnevernsfaglige vurderinger er vanskeligere å bevise, fordi disse vurderingene er omfattende og handler om relasjoner, noe som kan gjøre det vanskelig å vise til noe konkret (Bunkholdt og Sandbæk, 2013).

Hvordan kan en diagnose føre til svekket individuell behandling av barn og hvordan kan det påvirke barns deltakelse? Dette kan ses i sammenheng med diskusjonen om holdninger og definisjonsmakt. Diagnosen fører med seg en oppskrift og dersom diagnosen blir sett på som «sannheten» har en allerede definert problemet og løsningen. Gjennom et paternalistisk syn vil nok barnevernet definere problem og løsning, uten å involvere barnet, særlig dersom det allerede foreligger en definisjon som følge av diagnosen. Dersom barnet ikke er deltakende i beslutningsprosessen, kan en miste mye av kompleksiteten til barnet. I tillegg får en ikke frem

hvilke ønsker og behov barnet mener en har. I et slikt tilfelle kan barnet bli diagnosen, og den individuelle behandlingen blir svekket.

#### **4.4 Forholdet mellom barnevern og BUP.**

Diskusjonene over har vist at en diagnose kan prege barnevernsarbeidet og muligheten barnet har til å delta. Sjansen for at barnet deltar i beslutninger er større dersom barnevernsarbeideren har et barneperspektiv, noe som også er gjeldene for barn med diagnoser. Jeg vil avslutningsvis diskutere hvordan forholdet mellom barnevern og BUP kan påvirke barns deltakelse i barnevernssaker, og omhandler barne- og ungdomspsykiatriens definisjonsmakt framfor barnevernets.

Oppgaven har tidligere belyst definisjonsmakten til barnevernet og hvordan denne kan påvirke deltakelsen til barn. I de tilfellene hvor et barn som er innenfor barnevernet har en diagnose, er det ikke bare barneverntjenesten som har makt. Barne- og ungdomspsykiatrien innehar også en del makt og definisjonsmakten deres kommer til syne gjennom makten de har til å diagnostisere. Aamodt (2012) hevder i en artikkel skrevet for Norges barnevern om maktforholdet mellom barnevern og BUP, at barnevernsarbeiderne i hennes studie følte at BUP hadde makten. Når BUP har bestemt noe så gir barnevernet opp (Aamodt, 2012, s.50). Gjennom et utsagn for en barnevernspedagog i undersøkelsen til Skorpen (2010, s.56) ser en et eksempel på 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.

På bakgrunn av denne uttalelsen, kan det forstås som at når et barn blir henvist til BUP og får en diagnose der, vil enkelte barnevernsarbeidere unnlate å undersøke andre alternative årsaksforklaringer. Om barnevernet mener at BUP har fasiten, kan man spekulere i om barnevernet mener det er overflødig å undersøke andre forhold. Maktforskjellen i barnevernet

og BUP kan dermed være med på å forsterke diagnosens betydning. Med en slik holdning «trenger» man ikke høre barnet sin definisjon av problemet. På den måten kan en diagnose føre til økt definisjonsmakt til hjelpeinstansene, og barns deltakelse blir utelatt på grunn av denne definisjonsmakten uavhengig av hvilket syn barnevernsarbeideren har på barn.

Innledningsvis ble Alvdal-saken nevnt som et eksempel på hvordan en diagnose kan påvirke barnevernsarbeidet. Denne saken er et eksempel på hvordan diagnosen førte med seg en årsaksforklaring på atferden og uttalelsene til jenta. I denne saken ble diagnosen hovedfokuset og barnevernet undersøkte ikke forholdene hjemme til tross for at det foregikk overgrep på det groveste. Diagnosen ble fasiten og endret synet og måten barnevernet møtte jenta på. Jenta ble ikke trodd når hun fortalte om hva som skjedde hjemme, på grunn av diagnosen Aspergers syndrom. Væremåten og fortellingene hennes fikk symptomstatus, dermed ble forholdene i hjemmet dekket over (Kirkengen og Thornquist, 2013). Dette er et eksempel på barne- og ungdomspsykiatrien og deres makt til diagnostisering, kan å fremfor barnevernet sin kompetanse.

Skorpen (2010) fremhever i tillegg kunnskapsmakten som barnevernet og BUP innehar, og at barnevernet sin kunnskap bukker under for psykiatrien sin kunnskap. Denne kunnskapsmakten er ikke så tydelig, fordi den er innprentet i de profesjonelle sine vaner. Skorpen (2010, s.65) mener at barnevernet vet at individuelle forskjeller betyr mer enn diagnosen. Likevel står barne- og ungdomspsykiatrien sin definisjonsmakt sterkere, i tillegg kan BUP møte samfunnet sitt krav om evidensbasering på en bedre måte enn barnevernet. Dette er fordi barnevernet sitt fokus handler mer om individuelle forskjeller, relasjoner og omgivelsene sin påvirkning. BUP sitt diagnosesystem har som vist gått mer og mer mot et fokus på evidensbasering og fokus på symptomene. Disse to instansene har ulike arbeidsoppgaver, på grunn av dette har de ulike kunnskapssyn og forståelsesmåter. Barnevernet og BUP er begge individorientert, men har ulike perspektiv. Barnevernet har et relasjonelt og helhetlig perspektiv, hvor fokuset er hvordan omgivelsene påvirker omsorgssituasjonen (Nordby, 2013). BUP på sin side er opptatt av den psykiske helsen, fra et medisinsk perspektiv.

For at samarbeidet mellom barnevernet og BUP skal fungere på en god måte for barnet er instansene avhengig av at deres kunnskap blir anerkjent av hverandre. En barnevernspedagog av Skorpen (2010, s.65) sine informanter trekker frem respekten mellom instansene:

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 barnevernstjenesten, da ser man på en måte at noe skjer.

Dette kan forstås som at barnevernet sin status og kunnskap blir nedvurdert i møte med BUP. Som nevnt tidligere, kan diagnosen bli sett på som sannheten av barnevernet. Dette kan være på grunn av at diagnosen har konkrete symptomer å vise til, samt at barnevernet kan føle at deres kunnskap ikke er like betydningsfull som BUP sin kunnskap.

Hvordan påvirker forholdet mellom barnevern og BUP muligheten til deltakelse? Det viser seg at i enkelte tilfeller at barnevernet sin kunnskap er mindre verdt enn BUP sin kunnskap. Det vil si at diagnosen kan bli brukt som en oppskrift for videre arbeid, fordi barnevernet oppfatter at BUP har fasiten. Når det er sagt, vil det være flere forhold som spiller inn om barnet får delta i beslutningsprosessen eller ikke.

## **5. Avslutning**

Gjennom denne oppgaven er det gjort rede for hva som menes med barns medvirkning og undersøkt hvordan en psykiatrisk diagnose kan påvirke barns mulighet til medvirkning i barnevernet. En rekke undersøkelser viser at barnevernet ikke involverer barnet i sitt arbeid. Det kan være mange ulike grunner til det, men denne oppgaven har vist hvilke ekstra hindringer en diagnose kan føre med seg. Diskusjonen er delt inn i fire, hvorav de tre første delene tar utgangspunkt i konsekvenser av diagnosen. Den siste diskusjonen går på forholdet mellom barnevern og barne- og ungdomspsykiatrien.

I den første diskusjonen ble det stilt spørsmål ved hvordan holdningene til barnevernsarbeideren kan påvirke barns medvirkning. Her ble det drøftet hvordan barneperspektivet og paternalistisk holdning på ulike måter påvirker muligheten til barns medvirkning. Dersom barnevernsarbeideren innehar et barneperspektiv vil det være større sjans for at barnet opplever en reell brukermedvirkning, uavhengig av om barnet har en diagnose. Dersom barnevernsarbeideren innehar et paternalistisk syn på barn, blir sjansene for medvirkning mindre. Det viser seg at en diagnose kan føre med seg en beskyttelsesholdning, hvor en mener at barnet trenger å bli skjermet og kan derfor ikke delta i beslutningsprosessen. En beskyttelsesholdning vil være mest synlig dersom barnevernsarbeideren innehar et

paternalistisk syn. Ut i fra dette kan holdningene barnevernsarbeideren har til barn og diagnoser, være et ekstra hinder for medvirkningen til barnet.

Den andre diskusjonen omhandlet hvordan diagnosen kan påvirke barnevernets definisjonsmakt og hvordan denne makten kan være et hinder for barns medvirkning. På grunn av årsaksforklaringen diagnosen fører med seg, er problemet og løsningen allerede definert. I tillegg kan barnevernet føle at de kjenner barnet så godt at de vet hva barnet mener, de trenger derfor ikke diskutere problemet og løsningen med barnet. Min konklusjon er at en diagnose kan være med å forsterke definisjonsmakten til barnevernet og denne definisjonsmakten kan være et hinder for barns medvirkning.

Tredje og siste konsekvens av diagnosen handlet om hvordan diagnosen kan svekke individuell behandling av barn og hvordan dette kan påvirke barnets medvirkning. Her ble det vist til at en diagnose kan føre med seg et forenklet syn på barnet. Fokuset på evidensbaserte tiltak i barnevernet og BUP ble også trukket frem, fordi slike tiltak kan forsterke et forenklet og mer generalisert syn på barn. Barnet kan *bli* diagnosen, og behandlingen blir satt på grunnlag av symptom og ikke på grunnlag av bakenforliggende årsaker, samt barns behov. En kan med dette som bakgrunn si at en diagnose kan svekke individuell behandling av barn, mye på grunn av evidensbaseringen. I tillegg kan en slik generalisering av barnet være et hinder for barnet sin mulighet til medvirkning i barnevernet.

Til slutt ble det vurdert hvordan forholdet mellom barnevern og BUP kan svekke barnet sin mulighet til medvirkning. Forhold som definisjonsmakt og kunnskapsmakt ble diskutert. Jeg viste til at barnevernet føler seg underdanig BUP og det er BUP som har «fasiten», noe som kan føre til at diagnosen blir hovedproblemet, selv om en kanskje ikke har undersøkt andre forklaringer. Alvdal-saken ble trukket frem som et eksempel på hvordan barnevernet sine vurderinger ble satt til side, til fordel for diagnosen BUP satt på barnet. Et forhold mellom disse instansene hvor en ikke anerkjenner hverandres kunnskap, kan føre til at barnet *blir* diagnosen. Årsaksforklaringen og løsningen er allerede definert og barnet kan dermed risikere å ikke få delta i beslutningsprosessen som en konsekvens av forholdet mellom barnevernet og BUP.

Konklusjonen er at en diagnose kan hindre barnets mulighet til deltakelse i barnevernet. Hvor stor betydning diagnosen har er usikkert, men mye avhenger av hvilket syn den profesjonelle har på barn. Gjennom oppgaven har det vært mye fokus på barneperspektivet. Jeg mener at hvilke holdninger den profesjonelle har i forhold til barnet, er den faktoren som i størst grad

kan påvirke muligheten til deltakelse. Med det menes at dersom barnevernsarbeideren har et barneperspektiv vil ikke diagnosen påvirke i like stor grad som ved et paternalistisk syn. I alle tilfeller kan det argumenteres for at barnet uansett har en rett til å uttale seg, men at barnets meninger må bli tatt i betraktning av alder og modenhet.



## Litteraturliste.

- Aamodt, L., G. (2012). Forholdet barnevern – BUP. Sett i lys av Pierre Bourdieus teori om maktforhold og dominans. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 89(1-2), 47-56.
- Angel, B., Ø. (2010). Barnet som aktør og kunnskapsbærer – en utfordring for barnevernets profesjonelle ekspertise. *Tidsskriftet Norges Barnevern*, 87(03), 141-151.
- Askeland, G., A. & Molven, O. (2010). *Dokument i klientarbeid: Journaler, sosialrapportar og saksframstillingar i sosialt arbeid* (6.utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Barnekonvensjon.(1989). *FNs konvensjon om barnets rettigheter av 20.november 1989*. Hentet fra <http://www.fn.no/Bibliotek/Avtaler/Menneskerettigheter/FNs-konvensjon-om-barnets-rettigheter-Barnekonvensjonen>
- Barnevernloven. (1992). *Lov om barneverntjenester av 17.juli 1992 nr.100*. Hentet fra <http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-07-17-100?q=bvl>.
- Brodtkorb, E., Dalen, H., & Slettebø, T. (2012). Brukernes erfaringer og syn på kollektiv brukermedvirkning. *Fontene Forskning* 2012(1), 43-55. Hentet fra [http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys\\_brage\\_31989](http://www.nb.no/idtjeneste/URN:NBN:no-bibsys_brage_31989)
- Bunkholdt, V., & Sandbæk, M. (2013). *Praktisk barnevernsarbeid* (5.utg.). Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Dalland, O. (2000). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Gallagher, M., Smith, M., Hardy, M., & Wilkinson, H. (2012). Children and Families' Involvement in Social Work Decision Making. *Children & Society*, 26(1), 74-85. [10.1111/j.1099-0860.2011.00409.x](https://doi.org/10.1111/j.1099-0860.2011.00409.x)
- Haugland, R. (2007). *Med makt til å krenke: Om makt, avmakt og motmakt i en konfliktfylt barnevernssak*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Helliesen, O. (2011). Diagnosens legitimitet innen psykisk helsevern. *Fokus på familien* 2011 (1), 5-24. Hentet fra <http://www.idunn.no/file/pdf/47771130/art02.pdf>

- Humerfelt, K. (2005). Begrepene brukermedvirkning og brukerperspektiv – honnørord med lavt presisjonsnivå. I E. Willumsen (Red.), *Brukermedvirkning! Kvalitet og legitimitet i velferdstjenestene* (s.14-33). Oslo: Universitetsforlag.
- Humerfelt, K. (2010). Et faglig skjønn forutsetter anerkjennelse av brukerne. I H. Hanssen (Red.), *Faglig skjønn og brukermedvirkning* (S.131-149). Bergen: Fagbokforlaget.
- Kirkengen, A., L. & Thornquist, E. (2013). Når diagnoser gjør blind. *Tidsskrift for Den norske legeforening* 2013(14), 1466-1468. 10.4045/tidsskr.13.0519
- Levin, I. (2004). *Hva er sosialt arbeid?* Oslo: Universitetsforlaget.
- Marthinsen, J., T. (2012). Et kritisk blikk på evidensbaseringen i det statlige barnevernet. *Tidsskrift Norges Barnevern*, 89, 58 -69.
- Magnus, P. & Bakketeig, S.L. (2000). *Prosjektarbeid for helsefagene*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nordby, H. (2013). *Etikk i barnevern*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Normann, S. (2009). *Sosialfaglig kompetanse i psykisk helsearbeid for barn og unge* (RBUP Nord rapport 1:2009). Hentet fra <http://uit.no/Content/130730/Sosialfaglig.rapport.pdf>
- Omre, C. & Schjelderup, L. (2009). *Barn i barnevernet: En studie om barns deltakelse og styrkeprosesser i familieråd*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Schjelderup, L., Omre, C., Marthinsen, E., Horverak, S. & Hyrve, G. (2005). Mot et nytt barnevern. I L. Schjelderup, C. Omre & E. Marthinsen (Red.), *Nye metoder i et moderne barnevern* (s.9-51). Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS.
- Seim, S & Slettebø, T. (2007). Brukermedvirkning i barnevernet. I Redaktør, S, Seim & T, Slettebø (Red.), *Brukermedvirkning i barnevernet* (S.21-45). Oslo: Universitetsforlag.
- Seim, S. & Slettebø, T. (2007). Introduksjon. I S. Seim & T. Slettebø (Red.), *Brukermedvirkning i barnevernet* (S.14-20). Oslo: Universitetsforlag.
- Seim, S., Slettebø, T. & Koht, H. (2007). Hvordan få til brukermedvirkning i barnevernet? I S. Seim & T. Slettebø (Red.), *Brukermedvirkning i barnevernet* (S.202-218). Oslo: Universitetsforlag.

Skorpen, T. (2010). *Psykiatriske diagnoser og deltakelse: en undersøkelse av barnevernfaglige praksiser*. (Mastergradsavhandling, Universitetet i Stavanger).

Hentet fra

<http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/184999/1/Skorpen,%20Tonje%20Maria.pdf>

Snoek, J., E. & Engedal, K. (2004). *Psykiatri* (2.utg.). Oslo Akribe.

Strandbu, A. (2011). *Barns deltakelse: hverdagslige og vanskelige beslutninger*. Oslo: Universitetsforlaget AS.