

Vold mot barn

BUP- ansattes møte med barn utsatt for vold

En kvalitativ studie

HEL-6300

Erfaringsbasert master i barn og unges psykiske helse

Høsten 2012



Vera Marie Wassnes

Regionalt kunnskapssenter for barn og unge (RKBU Nord)

Det helsevitenskapelige fakultet

Universitetet i Tromsø, Norge

Veileder

Camilla Lauritzen, stipendiat i barn og unges psykiske helse, RKBU Nord

Forord

Denne studien er en erfaringsbasert master i barn- og unges psykiske helse. Ideen, gjennomførelsen av intervjuene, samt analysen er i sin helhet utført av undertegnede.

Jeg ønsker å takke veileder Camilla Lauritzen for engasjerende og lærerik veiledning. I tillegg vil jeg takke psykolog Marianne Skogstad Eriksen for gode faglige innspill og korrekturlesing. Deres råd og tilbakemeldinger har hevet teksten og gjort meg i stand til å se nye perspektiver underveis.

Litteraturen som er benyttet er i hovedsak innhentet av undertegnede, men veileder og Marianne Skogstad Eriksen har bidratt med litteraturforslag.

Til sist ønsker jeg å takke min forlovede Reidar Eilertsen for støtte, omtanke og tålmodighet underveis.

Tromsø, 2012

Vera Marie Wassnes

Sammendrag

Formål: Formålet med denne studien var å undersøke hvordan behandlere på BUP handler i møte med voldsutsatte barn der noen i nærmeste familie er voldsutøver. Resultatene ble sett i lys av begrepene allianse, barnets beste og etiske dilemmaer. I tillegg ble det vurdert om det kan være hensiktsmessig å bruke en etisk refleksjonsmodell, KLOK-modellen, som et verktøy når en står overfor dilemmaer i møte med barn utsatt for vold i familien.

Metode: Grounded Theory har blitt benyttet som analysemetode av fire intervjuer. I og med at jeg til daglig jobber i BUP har jeg i tillegg tilegnet meg kunnskap gjennom feltarbeid.

Begrensninger og styrker: Det at utvalget består av fire informanter er en begrensning i forhold til å kunne generalisere resultatet i forhold til alle BUP-behandlere. I tillegg kan min subjektive forforståelse av problematikken og mitt engasjement ha preget analysen av datamaterialet. Selv om jeg har vært bevisst dette underveis og forsøkt å holde meg objektiv i mitt arbeid, bør resultatene derfor tolkes med kunnskap om konteksten den er utført i. Det at mine funn samsvarer med tidligere forskning er med på å styrke mitt resultat. Studien har vist klare temaer det er viktig å se nærmere på ved videre forskning i større utvalg og vil derfor ha stor verdi av den grunn, også som preliminært studie vil den kunne ha stor betydning.

Resultat: Analysen av datamaterialet viser at det ikke er et entydig svar i forhold til hvordan BUP-behandlere handler når de får mistanke eller kjennskap til at et barn er utsatt for vold i familien. Ut fra resultatene kan man se at det er sannsynlig at mange barn utsatt for vold i familien går gjennom et utrednings og behandlingsforløp i BUP, uten at volden oppdages. Det råder i tillegg stor usikkerhet om hvordan en skal handle når en får mistanke om slike tilfeller med vold på grunn av manglende rutiner, retningslinjer og kunnskap om problematikken. Til tross for overnevnte viser også datamaterialet at en ofte handler i tråd med prinsippet om barnets beste når en står overfor saker der det ikke er tvil om at et barn utsettes for vold eller har vært utsatt for dette.

Konklusjon: Studien har vist at det er behov for tydelige rutiner, kartleggingsverktøy og opplæring av behandlere for hvordan avdekke vold, og hvordan en skal gå videre for å ivareta disse barna og deres familier på en god nok måte.

Innholdsfortegnelse

1.0 Introduksjon:	3
1.1 Definisjon og avgrensning.....	4
1.2 Begrepsavklaringer	5
1.2.0 Barn.....	5
1.2.1 BUP.....	5
1.2.2 Barnehus	5
1.2.3 Konsultasjonsteamet	6
1.2.4 Diagnosesystemet og akse 5	6
1.2.5 ATV	7
1.2.6 TF-CBT-Studien	7
1.2.7 Allianse	7
1.2.8 Etikk og moralnorm	7
1.2.9 Etisk dilemma	8
1.2.10 Etisk utfordring	8
1.3 Foreliggende forskning.....	8
1.4 Bakgrunn	13
1.5 Problemstilling:	14
2.0 Teoretisk rammeverk.....	15
2.1 KLOK- Modellen	17
2.1.0 Kritikk av KLOK-modellen.....	19
3.0 Metode.....	20
3.1 Grounded theory	20
3.2 Datainnsamling	21
3.3 Utvalg	22
3.4 Rekruttering	23

3.5 Informantene.....	23
3.6 Datainnsamling	23
3.7 Mitt feltarbeid	24
3.8 Etske betraktninger	26
3.9 Analyse.....	27
4.0. Resultater.....	30
4.1 Kjernefunn	30
4.1.1 Vi handler ikke.....	30
4.1.2 Vi handler feil pga. manglende kunnskap og erfaring	33
4.1.3 Vi handler på bakgrunn av vanskelige avveininger	35
4.1.4 Hva bør gjøres videre i forhold til denne problematikken?	36
5.0 Diskusjon.....	39
5.1 Vi handler ikke	39
5.2 Vi handler feil på grunn av manglende kunnskap og erfaring	43
5.3 Vi handler med bakgrunn i vanskelige overveininger	46
6.0 Avslutning	50
6.1 Videre forskning	51
6.2 Begrensninger og styrker ved forskningen	51
7.0 Referanser.....	52
7.1 Nettsider.....	52
7.2 Artikler/Bøker.....	55

1.0 Introduksjon:

Temaet vold i nære relasjoner er i løpet av de senere år satt mer på dagsorden nasjonalt sett. Justis- og sosialdepartementet har utarbeidet en handlingsplan for perioden 2008-2012; *Vendepunkt*, for hvordan det offentlige hjelpeapparatet skal prøve å bekjempe denne problematikken. Vendepunkt har til hensikt å tydeliggjøre at vold som utøves i hjemmet er et samfunnsansvar. Den er blant annet tenkt å utgjøre et redskap som skal bidra til at hjelpeapparatet blir flinkere til å avdekke, forebygge og ivareta de sammensatte problemstillingene vold i nære relasjoner reiser.

Handlingsplanen beskriver vold i nære relasjoner som et alvorlig samfunnsproblem. Nyere forskning viser at denne typen vold er et sammensatt fenomen og spenner fra enkelthendelser til langvarig og omfattende mishandling (Raundalen, 2009; FN, 2006). Volden rammer i alle sosiale lag, men problemet er mer utbredt i familier med dårlige levekår generelt (Regjeringen, 2012).

En undersøkelse fra 2005 viser at ca ni prosent av kvinner over 15 år i Norge har vært utsatt for grov vold av nåværende eller tidligere kjæreste en gang i løpet av livet (Haaland, Clausen og Schei, 2005). Volden rammer ikke bare disse kvinnene, men også eventuelle barn som er vitne til volden. Forskning viser at barn som er vitne til at nære omsorgspersoner utsettes for vold, kan få like store psykiske skader som et barn som selv utsettes for vold av voksne (Isdal, 2000). Kartlegging av ungdom i videregående skole viser at ni prosent i løpet av oppveksten har opplevd partnervold mot mor, og to prosent har opplevd partnervold mot far (Mossige og Stefansen, 2007). En annen studie viser at der de voksne ikke trodde at barna hørte eller hadde sett at far var voldelig hadde barna i 78 % av tilfellene fått med seg alt (Ronge, 2002).

I første halvår av 2010 var det 1320 anmeldelser i kategorien mishandling i familieforhold, en økning på 17,3 % fra første halvår i 2009. Sammenlikner en med første halvår i 2006 ser en at det er en dramatisk økning fra 120 til 1320 anmeldelser (Politidirektoratet, 2010).

”Vendepunkt” satte opp 50 ulike tiltak for å bekjempe denne type vold, flere av dem med oppstart i 2008. Et av tiltakene var at voldsoffererstatningsordningen ble endret slik at barn som har vært vitne til vold mot en nærstående person har rett til voldsoffererstatning. I saker som omfattes ordningen med bistandsadvokat herunder ofre for vold i nære relasjoner har et annet tiltak gitt rett til en kostnadsfri samtale med advokat før anmeldelse. Videre ble politidistriktene pålagt en minstestandard der funksjonen som familievoldskoordinator skal være en full stilling. I de største politidistriktene skulle det opprettes egne team.

Teammodellen skal være landsdekkende, i den forstand at distrikter uten egne team skal sikres kompetanseoverføring og bistand der det er behov for dette. Målsettingen var å sikre at ofre for vold i nære relasjoner møtes med respekt, kunnskap og forståelse når de henvender seg til politiet, samt å sikre god kvalitet på etterforskning og påtalevedtak (Regjeringen, 2012). Når en ser på hvilke tiltak som er satt i verk kan en se på økningen av anmeldelser som et positivt trekk da det mest sannsynlig betyr at tiltakene virker.

1.1 Definisjon og avgrensning

Jeg har valgt å bruke Alternativ Til Volds¹ definisjon av vold:

”Fysisk mishandling er enhver form for fysisk handling som skader eller kontrollerer et annet menneske. Fysisk mishandling inkluderer: Slag, sparking, dytting, angrep med ulike gjenstander, lugging, biting, knivstikking, binding, brennmerking, bruk av våpen, kvelningsforsøk, forsøk på drukning. Psykisk mishandling er all bruk av ord, stemme, handling eller mangel på handling som kontrollerer, skader eller krenker dine nærmeste. Psykisk mishandling inkluderer: Utskjelling, truing, gjentatt sårende kritikk, ignorere, ydmyke, framsette uriktige anklager, forhør”
(ATV, 2010)

Videre fokus i denne avhandlingen vil være barn utsatt for vold utført av en eller flere av sine omsorgspersoner. I løpet av de siste årene har denne problematikken fått mye oppmerksomhet i det offentlige rom. Tidligere justisminister Knut Storberge og barne-, likestillings-, og tidligere inkluderingsminister Audun Lysbakken sier i en kronikk i VG den 18.5. 2010:

”Det er over 1 650 barn som opplever vold hjemme i løpet av én uke i Norge. Dette er bare de som er registrert i hjelpeapparatet, bak dem står det mange andre barn som ikke blir oppdaget. Noen få barn blir utsatt for så grov mishandling at de dør av skadene. Vi kan ikke leve med at så mange barn får ødelagt sine liv, vi må sørge for at flere blir oppdaget i tide. Og heldigvis viser statistikken at vi er på rett vei. Anmeldte tilfeller av vold i nære relasjoner har økt med nesten 50 prosent det siste året, fra 1 500 til 2 150. Vi vet også at barnevernet mottar flere meldinger om vold i nære relasjoner. Det betyr at flere barn blir oppdaget og at flere får hjelp” (Lysbakken og Storberge, 2010).

¹ Alternativ til vold blir beskrevet i avsnittet begrepsavklaringer.

At Storberge tar tematikken på alvor forstår vi da det i juni 2010 kom en ny lov som nå kriminaliserer all bruk av vold mot barn, også handlinger som ikke ble definert som vold tidligere, som dask på rompa, ørefik etc. I tillegg ble strafferammene betydelig skjerpet. Det er i tillegg opprettet barnehus i flere regioner som skal ivareta barn utsatt for vold og seksuelle overgrep på en bedre måte enn tidligere. Det har blitt utgitt veiledere med klare retningslinjer for hvordan barnevern, politi, BUP etc. bør agere når en møter barn utsatt for vold. Blir disse retningslinjene fulgt av fagfolk og treffer disse tiltakene de som trenger det mest, barna? Handler en bare ut fra faste prosedyrer, eller vurderer en hver enkelt sak ut fra hva som er til barnas beste? Dette er spørsmål som vil bli undersøkt i min studie.

1.2 Begrepsavklaringer

I dette kapittelet vil jeg komme med avklaringer av sentrale begreper som jeg vil benytte meg av videre i avhandlingen.

1.2.0 Barn

Jeg vil omtale alle under 18 år som barn, også ungdommer.

1.2.1 BUP

Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP) er et tilbud i spesialisthelsetjenesten for barn og ungdom. Arbeidet er organisert som et poliklinisk tilbud innen psykisk helsevern. BUPs hovedoppgaver er å hjelpe barn fra 0-18 år og deres familier i form av utredning, behandling, rådgivning og tilrettelegging knyttet til psykiske vansker, atferdsvansker og læringsvansker (Helsedirektoratet, 2008)

Barne- og ungdomsklinikken er den klinikken ved sykehuset BUP er underlagt.

1.2.2 Barnehus

Statens Barnehus er i hovedsak et tilbud til barn og ungdom som kan ha vært utsatt for, eller vært vitne til vold eller seksuelle overgrep, der det allerede foreligger en politianmeldelse. Tilbudet er også for voksne med en psykisk utviklingshemming. Statens Barnehus gir også råd og veiledning til privatpersoner og offentlige instanser i anonyme saker som er uavklarte. Målet med barnehusene er å gi bedre tilbud til barn som utsettes for overgrep, ved at blant annet medisinsk undersøkelse, dommeravhør og behandling tilbys samlet (Statens barnehus, 2012).

1.2.3 Konsultasjonsteamet

Konsultasjonsteamet er et tverrfaglig team bestående av forskjellige profesjoner og etater som skal gi råd til ansatte i det offentlige hjelpeapparatet om hvordan best håndtere saker som omhandler vold og seksuelle overgrep. Konsultasjon tilbys via telefonkonferanser, videomøter eller ved at radsøker møter konsultasjonsteamet for tiden ved Barnehuset i Tromsø. Sakene skal være anonyme. Konsultasjonsteamet kan bare gi råd/veiledning og kan ikke gripe inn i eller overta ansvaret for sakene (Statens barnehus, 2012).

1.2.4 Diagnosesystemet og akse 5

I spesialisthelsetjenesten i Norge er det på nasjonalt nivå besluttet at diagnosesystemet ICD-10 skal benyttes for å kode diagnoser, tilstander og andre kontaktårsaker. For psykisk helsevern for barn og unge (BUP) innebærer det at en bruker det ICD-10-baserte ” Multiaxial classification of child and adolescent psychiatric disorders”. Dette klassifiseringssystemet består av seks forskjellige akser. Det innebærer at man skal kode forskjellige diagnoser på alle aksene. Det er i utgangspunktet ingen av aksene som har forrang framfor andre, men en kan kode flere tilstander på akse 1, 2, 4 og 5, her benyttes begrepet ”hovedtilstand” på den tilstanden som har forrang (KITH, 2012).

Begrunnelsen for å bruke et multiaksialt system for å klassifisere tilstander som trenger behandling fra BUP, er at det her ofte dreier seg om mer komplekse tilstander, og dette beskrives bedre med et slikt system.

Det multiaksiale klassifikasjonssystemet består av følgende 6 akser:

Akse 1: Klinisk psykiatrisk syndrom

Akse 2: Spesifikke utviklingsforstyrrelser

Akse 3: Psykisk utviklingshemming

Akse 4: Somatiske tilstander

Akse 5: Avvikende psykososiale forhold

Akse 6: Global vurdering av funksjonsnivå. (CGAS) Dette er en numerisk skala fra 1 til 100 som brukes av behandlere i psykisk helsevern til å vurdere funksjonsnivået til barn under 18 år (KITH, 2012).

Hovedfokus i denne avhandlingen vil være rettet mot Akse 5. Dette er fordi mistanke om vold i nære relasjoner skal registreres under denne aksen i BUP- systemet. Denne aksen er et hjelpemiddel for koding av betydelig avvikende sider ved et barns psykososiale situasjon i forhold til barnets utviklingsnivå, tidligere erfaringer og rådende sosiokulturelle forhold. Valget av kategoriene inkludert i denne aksen er basert på den kjensgjerning at de kan utgjøre betydelige psykiatriske risikofaktorer (KITH, 2012).

1.2.5 ATV

Alternativ til vold (ATV) er et kompetanse- og behandlingssenter på vold, med særlig fokus på vold i nære relasjoner(ATV, 2012).

1.2.6 TF-CBT-Studien

TF-CBT-studien undersøker kort- og langtidseffektene av traumefokusert kognitiv atferdsterapi på barn som er blitt eksponert for alvorlige traumer, og modererende faktorer. Studien har tre mål: gi terapeuter opplæring i en traumefokusert terapimodell, implementere denne modellen i vanlige poliklinikker og studere hvorvidt denne terapimodellen virker bedre i forhold til traumatiserte barn og unge enn vanlig poliklinisk praksis. Terapimodellen som skal utprøves er Trauma-Focused Cognitive Behavioral Therapy (NKVTS, 2012).

1.2.7 Allianse

Jeg velger å bruke Bordins definisjon av begrepet allianse. Bordin (1979) deler opp begrepet allianse i tre komponenter:

- 1) Enighet om terapiens mål; innebærer en enighet om målene og en enighet om deltakelse for å oppnå målene.
- 2) Enighet om terapeutiske oppgaver; innebærer terapeutens ferdigheter og klientens oppfattelse av terapeuten som en hjelper.
- 3) Det emosjonelle båndet som oppstår mellom terapeut og klient vokser ut av delt aktivitet (Bordin, 1979).

1.2.8 Etikk og moralnorm

Etikk, eller morallære, er en gren av filosofien som undersøker hva som er rett og hva som er galt, og som setter normer og prinsipper for riktig handling.

Dersom man sier at noe er «uetisk» eller «umoralsk», mener man at det er i strid med visse moralnormer. Dersom man f.eks. mener at det er umoralsk å stjele, betyr dette at man slutter opp om moralnormen som sier at man ikke bør stjele (Martinsen, 2005). I alle samfunn finnes moralnormer. Disse normene varierer imidlertid fra samfunn til samfunn, og de kan også

varierte over tid. Handlinger som godtas i enkelte samfunn kan være uakseptable i andre, f.eks. bruk av oppdragervold. Handlinger som nå er uakseptable var ikke bare akseptert, men i enkelte tilfelle påbudt for ikke mange hundre år siden, heksebrenning er et grusomt eksempel på dette. Det finnes også moralnormer som er identiske over hele verden, overalt finner man f.eks. forbud mot tyveri og drap. Det aller viktigste spørsmål innen etikken er spørsmålet om det finnes allmenngyldige, objektive normer som gjelder for alle mennesker til alle tider (Martinsen, 2005).

1.2.9 Etisk dilemma

I arbeid med mennesker og kanskje spesielt med barn og ungdom støter en ofte på etiske dilemmaer. Etisk dilemma vil si et problem som for den enkelte virker uløselig; uansett hvilket handlingsalternativ som velges vil noen lide skade, eller andre problemer vil bli påtrengende (Eide og Aadland, 2008).

1.2.10 Etisk utfordring

Situasjoner der en vet hva som er den rette handlingen, men som likevel kan være vanskelig å gjennomføre av forskjellige årsaker, kalles for en etisk utfordring (Henriksen og Vetlesen, 2000).

1.3 Foreliggende forskning

Det har i den senere tid blitt forsket både nasjonalt og internasjonalt på omfanget av vold, samt på hvilke konsekvenser volden kan ha for utsatte barn og barn som vitne til dette. Med bakgrunn i denne forskningen er det godt dokumentert at barn fra alle samfunnslag kan bli utsatt for vold, samt at det å ha vært utsatt for eller vitne til vold kan få alvorlige konsekvenser for dem (Raundalen, 2009; FN, 2006)

I Norge har det vært utført lite forskning på hvordan ansatte i det offentlige handler i møte med voldsutsatte barn. Etter å ha gjort søk i Google Scholar, Ofelas og Bibsys Ask kan jeg ikke se at det er gjort forskning i Norge direkte i forhold til BUP-ansattes håndtering av barn utsatt for vold.

Av forskning som er utført er fokus ofte rettet mot hvordan barneverntjenesten håndterer denne type saker. Nova (Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring) har gjennomført et prosjekt for å få mer kunnskap om hvordan barneverntjenesten arbeider med saker hvor vold og seksuelle overgrep er tema. Tilnærmingen i dette prosjektet var å se på hva

saksbehandlerne selv så på som god praksis i dette arbeidet. Hovedfunnene var at god praksis handler om utstrakt bruk av relasjonsarbeid; ivaretagelse av familierelasjoner, være på vakt i forhold til at volden kan blusse opp igjen, samarbeid med andres instanser, og handle ut i fra hva som er barnas interesser (Dahle og Hennem, 2008).

Wejden (2005) gjennomførte en kvalitativ undersøkelse der formålet var å se på hvordan barnevernansatte handler i møte med voldsutsatte barn i Norge. Et av hennes funn var at det var stor forskjell på saksbehandlerne i Oslo Øst og Oslo Vest i forhold til politianmeldelse i voldssaker. De fleste saksbehandlerne i Oslo Øst hadde anmeldt en eller flere voldssaker, mens av saksbehandlerne i Oslo Vest var det ingen anmeldelser. Saksbehandlerne i Oslo Vest virket mer tilbøyelige til å la foreldrene forsøke å løse voldsproblematikken selv med barnet fortsatt boende hjemme, i forhold til saksbehandlerne i Oslo Øst som var tydeligere på at barn ikke skal være vitne til vold. Til tross for denne forskjellen finner Wejden at måten saksbehandlerne omtaler anmeldelse på er veldig lik. Hun fikk inntrykk av at de i hovedsak ønsker å hjelpe barna gjennom å hjelpe foreldrene til å bli bedre foreldre. Dette kan være en større utfordring dersom anmeldelse oppleves som tillitsbrudd og straff av foreldrene (Wejden, 2005).

Myhre, Lindboe og Dyb (2010) har forsket på om sykehusene oppdaget barnemishandling gjennom å kartlegge utredningspraksis. Ut fra resultatene kan man se at den vanligste årsaken til at det ble startet utredning for fysisk barnemishandling var mistanke om påført hodeskade. Barneavdelingene overholdt generelt plikten om å melde til barnevernet der mistanken var så sterk at utredning ble startet. Foruten melding til barnevernet virket det ikke som om barneavdelingene tok initiativ til videre oppfølging av barna. Det ble sjeldent henvist til barne- og ungdomspsykiatrien, eller satt opp polikliniske kontroller (Myhre, m.fl., 2010).

Reigstad, Jørgensen og Wichstrøm (2006) utførte i 2000/2001 to parallelle undersøkelser hvor de ville finne ut om registrering av vold på Akse 5 i ICD 10 i BUP samsvarte med selvrapportert vold av ungdom mellom 12 og 18 år som hadde kontakt med BUP i samme periode. Resultatet av undersøkelsene viste til store forskjeller. Det var satt voldsdiagnoser på akse 5 i BUP-data i 0,4 % av sakene, mens det var over 60 % av ungdommene som rapporterte at de hadde vært utsatt for vold av en eller annen form. I disse tallene er det ikke tatt høyde for om det er snakk om vold i eller utenfor familien. Med bakgrunn i ovennevnte er det sannsynlig at det er et misforhold mellom antall unge som opplever vold i familien og i hvilken grad det fanges opp i BUP-systemet (Reigstad, m.fl., 2006).

Ormhaug, Jensen, Hukkelberg, Holt og Egeland (2012) ved Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress har en pågående behandlingsstudie av traumatiserte barn (TF-CBT-Studien). Studien gjennomføres i samarbeid med flere poliklinikker i Norge. Deltakerne er mellom 10-18 år, og er rekruttert ut i fra poliklinikkens vanlige pasientgrunnlag. En av de første erfaringene de gjorde da rekrutteringen til studien startet, var at traumatiserte barn sjelden ble henvist for behandling av traumer eller posttraumatiske stressreaksjoner. Barnas symptomer ble som regel forstått som tegn på depresjon, angst eller ADHD. Beskrivelser som kunne ha knyttet barnets symptomer til traumatiserende livserfaringer var ofte utelatt i henvisningene. Konsekvensen var at barnets erfaringer enten aldri ble avdekket, eller at opplevde traumer kom frem først sent i behandlingsforløpet. Forfatterne sier at dette ser ut til å være et gjennomgående problem også på landsbasis, og viser da til en rapport fra helsedirektoratet i 2011. Rapporten viser at det i 2009 kun var 1,9 % av pasientene i BUP som ble henvist på grunn av alvorlige psykiske reaksjoner etter kriser, traumer eller katastrofer. Andelen som får en diagnose knyttet til traumatiske opplevelser er lav også etter endt behandling. Med bakgrunn i dette ble det besluttet å innføre en mer systematisk kartlegging av potensielt traumatiske hendelser ved inntak i de poliklinikkene som deltok i TF-CBT-Studien. Ved de to første poliklinikkene i studien ble 511 barn og ungdom som var henvist til BUP kartlagt for traumatiske hendelser ved inntak. Resultatene viser at 47,2 % rapporterte å ha blitt utsatt for minst en traumatisk hendelse. 184 av disse takket ja til videre utredning for symptomer på posttraumatisk stress (PTSD). Av disse skåret 59,8 % over klinisk nivå, men den traumatiserende hendelsen var ikke nevnt i 37,7 % av henvisningene. Forfatterne sier at disse resultatene er i samsvar med tidligere studier, og det viser hvor viktig det er å kartlegge traumatiske livshendelser og symptomer på posttraumatisk stress ved inntak på poliklinikkene. Jeg vil her trekke frem resultatene som omhandler det og ha vært vitne til vold i familien og direkte utsatt for vold i familien. Av de 184 som ble videre utredet rapporterte 39,1 % å ha vært vitne til vold i familien og 36,9 % rapporterte å ha vært direkte utsatt for vold i familien (Ormhaug, m.fl., 2012).

I artikkelen "Hvordan kan vold avdekkes i psykisk helsevern?" skriver psykolog Liv Røberg (2011) at det ikke i BUP blir spurt systematisk om vold. Hun henviser til at barn som ble intervjuet i prosjektet til Heltne og Steinsvåg (2009) "Barn som lever med vold i familien" uttrykte sterk mistillit til hjelpeinstansenes vilje og evne til å hjelpe dem, samt frykt for represalier dersom de fortalte om volden. Under slike omstendigheter, vil ikke en enkel screeningsmetode kunne avdekke volden. Rødberg mener at en mer omfattende tilnærming

kreves. Ut i fra hennes erfaring med slike saker er det fire momenter som er avgjørende for at avdekking av vold kan skje; en trygg behandlingsbase, en barneorientert dynamisk tilnærming, mot hos behandlerne og gjensidig støtte i teamet en jobber i. Hun beskriver videre i sin artikkel flere faktorer som hindrer behandlere i å forholde seg til voldserfaringer hos barn, og jeg vil her gjengi de faktorene som jeg vurderer som viktige for min studie:

”Flinkhetskorransen: Helsesektoren er underlagt kvantitative mål på effektivitet. Behandlingsenhetene er pålagt å drive kostnadseffektivt. Resultatene synliggjøres, og den enkelte behandler og behandlingsenhet blir lett konkurrenter i måloppnåelse. Innen for en slik ramme er det vanskelig å ta i bruk tid og kompetansekrevende utrednings- og behandlingsmetoder.

Diagnostiske briller. Diagnosesystemet ICD-10 er basert på rene atferds- og symptombeskrivelser, og utgir seg ikke for å si noe om hele mennesket eller årsaker til fenomenene som beskrives. Diagnosen fungerer likevel slik at den snevrer inn oppmerksomhet og faglig forståelse. Det er kun det diagnosen beskriver, som får gyldighet og eksistens i vår bevissthet.

Foreldrealliansen: Det er ikke stuerent i dagens fagideologi å legge ansvar på foreldrene. Ansvar settes like med skyldpåføring og økt belastning på foreldrene. Foreldrene oppfattes mer som kunder og samarbeidspartnere enn som en del av det traumeskapende systemet.

Foreldrenes benektning og vegring.

Terapeutens angst” (Rødberg, 2011).

Hun beskriver her at det var vanskelig, risikabelt og dypt foruroligende å oppfatte de faktiske forhold i de voldssakene hun og hennes kollegaer har jobbet i. Det truet deres eget behov for å oppleve verden som beskyttet, rettferdig og sammenhengende. Hun sier at det krevde terapeutisk selvsikkerhet og godt samarbeid for å unngå å bli med på familiens ansvarsfraskrivelse (Rødberg, 2011).

Avslutningsvis skriver Rødberg at hun ikke tror det vil hjelpe og legge til ”spør om vold” på lista over poliklinikkens inntaksprosedyrer. Hun mener at en på overordnet nivå må ta inn over seg forståelsen av tilknytningstraumers innvirkning på de utsatte barna, og bruke nødvendige metodiske tilnærminger. Dette krever et brudd med endimensjonale forklaringsmodeller, ensidige effektivitetsmål og brukerstyrte markedsideologier som i dag råder grunnen. Dette er krav om dyptgående endringer (Rødberg, 2011).

Etter å ha gjort søk etter internasjonal forskning i ovennevnte databaser om samme tema, er det gjort en del forskning på om behandlere i psykisk helsevern spør sine voksne pasienter om de er, eller har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Resultatene viser at det i liten grad blir satt fokus på i behandlingsøyemed av flere forskjellige årsaker (Rose, Trevillion, Woodall, Morgen, Feder og Howard, 2010; Read og Fraser, 1998).

Rose, Trevillion, Woodall, Morgan, Feder og Howard (2010) har utført en kvalitativ undersøkelse i England der målet var å undersøke tilrettelegging og barrierer i forhold til det å spørre og fortelle om vold fra både ett brukerperspektiv og ett behandlerperspektiv. De intervjuet 18 brukere og 20 behandlere i psykisk helsevern. Brukerne beskrev utfordringer med å informere om vold i nære relasjoner til behandlere i frykt for hvilke konsekvenser det kunne føre til, frykt for barnevern, frykt for ikke å bli trodd, frykt for at det å fortelle om volden skulle føre til mer vold dersom det at de hadde fortalt ble oppdaget av voldsutøver, og følelsen av skam. De største utfordringene for behandlerne var usikkerheten om det å spørre om vold var deres oppgave, om de hadde kompetanse nok til å håndtere det som eventuelt kom frem, og frykt for at det å spørre ville ødelegge tilliten mellom bruker og behandler. Både brukerne og behandlerne rapporterte at den medisinske diagnostikken og behandlingsmodellene med stort fokus på symptomer kan fungere som en barriere mot å spørre og å fortelle om vold i nære relasjoner. Begge gruppene oppga at det var viktig å ha en god allianse mellom bruker og behandler for å kunne spørre og fortelle om vold i nære relasjoner. Forfatterens konklusjon var at psykisk helsevern pr i dag ikke bidrar til å avdekke vold i hjemmet. De anbefalte opplæring/ kompetanseheving av fagfolk i hvordan å håndtere vold i nære relasjoner. Forfatterne begrunnet viktigheten av dette med å vise til en studie som rapporterte at brukere av psykisk helsevern har 11 ganger større sjanse for å ha opplevd nylig vold enn resten av befolkningen (Rose, m.fl., 2010).

Read og Fraser (1998) gjennomførte en studie som omhandlet forekomsten av rapporterte overgrep blant innlagte pasienter som var eller ikke var spurt om dette under innleggelsen. 100 journaler fra innlagte pasienter ble gjennomgått etter innføringen av et nytt inntaksskjema som inneholdt spørsmål om forskjellige typer overgrep. Bruk av det nye inntaksskjemaet var anbefalt, men ikke obligatorisk. Delen som omhandlet overgrep ble bare fullført i 17 av de 53 tilfellene der dette skjemaet ble brukt. 14 av de 17 pasientene (82 %) som ble spurt direkte om overgrep rapporterte at de hadde vært utsatt for dette. Ikke signifikante trender viser at menn eller veldig syke pasienter med psykose eller lignende kan være negativt relatert til sannsynligheten for å bli spurt om forskjellige overgrep. Menn vil sannsynligvis ikke

avsløre/fortelle om overgrep i barndommen dersom de ikke blir spurt direkte. Forfatterne anbefalte å inkludere kartlegging av forskjellige typer overgrep ved innleggelse, gi ansatte opplæring i hvordan og når man skal spørre pasienter om overgrep, og hvordan man effektivt skal følge opp eventuelle bekreftende svar (Read og Fraser, 1998).

Alt i alt viser foreliggende studier at mange barn kan gå gjennom ett eller flere utrednings- og behandlingsforløp på BUP uten at volden i familien oppdages, og dersom det oppdages, oppdages det sent i behandlingsforløpet. Det anbefales av flere en bredere kartlegging av vold og traumer ved inntak, og opplæring av de ansatte om når og hvordan de skal spørre barn om dette, samt hvordan de skal håndtere saken videre dersom det kommer frem at et barn er utsatt for vold i hjemmet. Det foreligger pr i dag lite forskning om BUP- behandleres holdninger til avdekking av vold og hvordan de handler når de mistenker eller får visshet om vold i nære relasjoner.

1.4 Bakgrunn

Denne studien er en erfaringsbasert masteroppgave, som springer ut av mine erfaringer fra en klinisk hverdag, og forskningen er dermed relatert til min fagutdanning, min erfaring og den yrkeskulturen jeg jobber innenfor. Jeg er utdannet klinisk sosionom og jobber selv ved BUP.

Jeg vil fremheve min bakgrunn da mitt valg av tema er inspirert av mitt arbeid på BUP. Vurderingene jeg har gjort underveis i forskningsprosjektet vil derfor være preget av de erfaringene jeg har gjort i løpet av tiden jeg har jobbet på BUP og under spesialiseringen til klinisk sosionom. Min utdanning og bakgrunn er en del av min forståelses- og tolkningsramme, og denne teoretiske og praktiske kunnskapen vil være med på å sette sitt preg på forskningsprosjektet på ulike måter. Det er viktig for meg å presentere min bakgrunn for leseren slik at han eller hun vet i hvilken kontekst jeg har gjort mine vurderinger og valg (Thagaard, 1998).

Som en del av mitt arbeid på BUP er jeg også en del av i Konsultasjonsteamet i Troms. I flere saker der det er mistanke om vold blir rådsøker i konsultasjonsteamet bedt om å melde til barnevernet eller politi uten å informere foreldrene på forhånd. Dette ser ut til og også gjelde for saker der det er mistanke om mildere former for vold. Rådet blir begrunnet i etterforskningsmessige hensyn, eller i forhold til barnas sikkerhet i hjemmet; en er redd for hva som kan skje med barnet når foreldrene får vite at barnet har fortalt noe. Jeg har forståelse

for at det i noen saker må være slik, men jeg har problemer med å se at det skal være regelen i stedet for unntaket. Er denne fremgangsmåten til barnas beste? Hva med tilliten til barnet som har betrodd deg noe, og hva med foreldrene? Hva blir den etisk riktige handlemåten? For å prøve å få svar på disse spørsmålene, samt en større forståelse for dette, ønsker jeg å snakke med andre BUP- behandlere om hvordan de handler når de får kjennskap til at et barn er utsatt for volden.

1.5 Problemstilling:

Som vist ovenfor har tidligere forskning vist at barn som opplever vold eller andre traumatiske livshendelser ofte ikke oppdages i BUP. Dette er et urovekkende funn da det er slått fast hvilke konsekvenser dette kan få for barna, og at kunnskap om konsekvenser av vold eller andre traumatiske livshendelser har stor betydning i forhold til om barnet får stilt riktig diagnose og behandling. En del symptomer som viser tegn til ulike diagnoser som for eksempel ADHD, angst og depresjon, kan også være symptomer på opplevd traume som vold og overgrep. Er det slik at vi ikke er flinke nok til å kartlegge årsaker bak symptomene, og kartlegge om barn har vært utsatt for vold? Kan det være tilfelle at vi faktisk oppdager det, eller får mistanke om at noe har skjedd, men at vi likevel ikke handler ut fra denne informasjonen eller mistanken? Foreliggende studier har utgangspunkt i tilfeller med barn som fanges opp av systemet og blir behandlet i forhold til vold (Reigstad, m.fl., 2006 og Ormstad, m.fl., 2012). Tilfeller der det ikke registreres mistanke eller kjennskap til vold av den enkelte behandler vil inngå i statistikken på at de ikke blir oppdaget i BUP systemet. I denne studien ønsker jeg å se på om tidligere forskning har rett i at så få tilfeller oppdages i forhold til faktisk voldsutsatte barn, eller om situasjonen er mer nyansert: Vi ser, men vi handler ikke av forskjellige årsaker. På bakgrunn av dette er min problemstilling som følger:

BUP- behandlere i møte med voldsutsatte barn – Hvordan handler vi når vi får mistanke om eller kjennskap til at et barn er utsatt for vold i nære relasjoner?

2.0 Teoretisk rammeverk

I dette kapitlet presenteres de ulike begrepene jeg har valgt å se studiens funn i lys av. Da mine funn ikke er entydige, og det ikke er en enkel årsaksforklaring på disse er det ikke en spesiell teori som er dekkende i forhold til hvordan BUP behandlere handler i møte med barn utsatt for vold i familien. Dette er fordi temaområdet er svært sammensatt, og mange ulike faktorer spiller inn. Jeg har derfor valgt å se studien i lys av noen sentrale begreper innen fagtradisjonen sosialt arbeid, etisk dilemma, barnets beste og allianse.

Etisk dilemma var ett av hovedtemaene i intervjuguiden og begrepene allianse og barnets beste ble valgt da begge var begrep som det ble tematisert mye rundt under intervjuene.

I tillegg har jeg sett på om Henriksen og Vetlesens (2000) etiske refleksjonsmodell, KLOK-modellen kan egne seg som et verktøy når tunge faglige temaer som vold i familien skal diskuteres.

Det første begrepet jeg vil se nærmere på er allianse. Med allianse menes det emosjonelle båndet mellom pasient og behandler, samt enighet om behandlingens oppgaver og mål (Bordin, 1979). I barne- og ungdomspsykiatri er det ikke bare viktig å få til en god allianse med barnet, men også til foreldrene. Behandlingskontrakter for barn blir først og fremst forhandlet mellom voksne. Maktforskjeller mellom barn og foreldre gjør at verken behandler eller barnet står fritt til selv å utforme kontrakt og tema i behandlingen. Foreldre og også andre viktige voksne i skole, barnevern osv. vil ut i fra sine roller ha myndighet og definisjonsmakt over barnet, og dermed være med på å avgjøre hvor fritt barnet kan handle (Haavind og Øvreide, 2007).

Krister W. Fjermestad (2012) har skrevet om terapeutisk allianse i kognitiv atferdsterapi med barn og ungdom. Han viser til at allianseforskning i barne- og ungdomsterapi er vanskelig på grunn av at behandleren ikke bare etablerer en relasjon til barnet, men også til barnets omsorgspersoner og eventuelt til søsken som vist ovenfor. En kan derfor ikke bare forhandle de terapeutiske oppgavene og behandlingsmålene med barnet, en er også nødt til å ta hensyn til barnets omsorgspersoner og ofte andre viktige personer i barnets miljø (Fjermestad, 2012).

En annen utfordring Fjermestad (2012) peker på er at barn som oftest ikke søker hjelp på eget initiativ. De kommer med en begrenset forståelse av behandlingsrelasjonens kontekst, og enten uten egen problemopplevelse, eller med en annen problemforståelse enn de voksne som har tatt initiativ til behandlingen. Forskning utført av Russel og Shirk (1998) viser at barn og

foreldre ofte har liten enighet om hva som er sentrale problemområder når de tar kontakt med hjelpeapparatet. Dette skaper ekstra utfordringer for terapeuten som skal undersøke og ivareta både barnet og foreldrenes perspektiv både i utredning og behandling. McLeod og Weisz (2005) undersøkte sammenhengen mellom allianse som var målt av uavhengige observatører og behandlingsutfall, og fant større sammenheng mellom alliansen mellom foreldre og terapeut enn for allianse mellom barn og terapeut (Fjermestad, 2012).

Bakgrunnen for at jeg har valgt å se datamaterialet i lys av begrepet allianse er nettopp på grunn av ovennevnte. Dette er utfordringer som er spesielt viktig å tenke på i arbeid med barn utsatt for vold i nære relasjoner. Behandlere i BUP er ofte avhengig av å få en god allianse til både barnet og foreldrene for å kunne avdekke vold i familien. En må også gjøre vurderinger i forhold til hvilken allianse som er viktigst å ivareta dersom det kommer frem at et barn er utsatt for vold i sin egen familie. Er det hensyn til barnet eller foreldrene som kommer først i behandlernes vurderinger?

Som nevnt innledningsvis vil jeg også se på begrepet barnets beste, hvordan det brukes, og hva BUP-behandlere legger i det når en møter barn utsatt for vold i nære relasjoner, har en alltid barnets beste i fokus som det står presisert i FNs barnekonvensjon at en i det offentlige skal ha?

I barnekonvensjonen artikkel 3 står det skrevet at: *”Alle tiltak for barn skal være til barnets beste. Barn har rett til å bli hørt, eventuelt gjennom en representant, i saker som angår det”.*

Ved alle handlinger som vedrører barn og som foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal det først og fremst tas hensyn til hva som gagnar barnet best.

Partene påtar seg å sikre barnet det vern og den omsorgen som er nødvendig for hans eller hennes trivsel, i det hensyn tas til rettighetene og forpliktelsene til hans eller hennes foreldre, verger eller andre enkeltpersoner som ifølge loven er ansvarlige for ham eller henne, og skal treffe alle nødvendige lovgivningsmessige og administrative tiltak for dette formål.

Partene skal sørge for at de institusjoner og tjenester som har ansvaret for omsorgen for eller vernet av barn, har den standard som er fastsatt av kompetent myndighet, særlig med hensyn til sikkerhet, helse, personalets antall og kvalifikasjoner så vel som overoppsyn (Regjeringen, 2012).

2.1 KLOK- Modellen

Et av temaene i de kvalitative intervjuene er om behandlerne i BUP oppfatter handlingsvalgene en har i møte med voldsutsatte barn som etiske dilemmaer. Jeg vil videre prøve å finne ut om vurderingene og handlingene informantene gjør i møte med voldsutsatte barn er basert på en etisk refleksjon. For å få dette til vil jeg legge inn et løsningsforslag i Henriksen og Vetlesens (2000) refleksjonsmodell; KLOK-modellen. I tillegg vil jeg se på se på om BUP som system i dag handler etisk riktig i forhold til vold i nære relasjoner ved bruk av den samme modellen.

Helt fra fødselen av er vi vevd inn i relasjoner og situasjoner som på ulike måter enten utfordrer oss til å ta etiske standpunkt, eller gjør oss til gjenstand for andre menneskers valg og disposisjoner. I vårt møte med andre mennesker, eller i valget av hva vi vil at livet vårt skal bli, finnes det ingen nøytrale standpunkter eller holdninger. Det vil derfor alltid være en form for etikk i måten vi stiller oss ovenfor andre mennesker (Henriksen og Vetlesen, 2000).

Henriksen og Vetlesen (2000) sier i sin bok; "Nærhet og distanse", at den etiske vurderingen en gjør av en situasjon, allerede finnes i den måten vi oppfatter situasjonen på. I tillegg vil det være noen umiddelbare motivasjoner for å utføre bestemte handlinger, eller forholde seg på bestemte måter. Dette kaller de en etisk forforståelse. Med det mener de en forforståelse, både av ens egen rolle og posisjon i situasjonen, samt hva som er ens ordinære profesjonelle oppgaver. Dette er tilegnet gjennom utdanning og arbeidserfaring.

For å utvikle vår etiske forforståelse er det viktig at vi involvere andre, eks kollegaer, pasienter, pårørende eller foresatte. Ved å lytte til dem, deres perspektiver, vurderinger, innfall, kritikk og kommentarer får vi ett sterkere grunnlag for om våre meninger holder eller ikke (Henriksen og Vetlesen, 2000).

Det er viktig å være klar over at når en gjør et utkast til løsning av et problem, så innebærer løsningsforslaget alltid en tolkning av situasjonen, som ikke er uavhengig av erfaring som vi har med oss fra før (Thornquist, 2006). Hvis en bare skulle følge ens forforståelse når en stod overfor et etisk problem, ville en raskt komme i vanskeligheter. Å ha nærhet til saken er nemlig sjelden nok, en må også ha den distansen som ligger i å utvikle en begrunnelse for det vi gjør. Denne begrunnelsen kan utvikles ved å bearbeide våre forforståelser. Det skjer på to måter; den ene er at forforståelsen vår blir tydeligere når vi må gjøre rede for den i møtet med

andre, og ved at andre kommer med nye innspill til vår situasjon (Henriksen og Vetlesen 2000).

KLOK-modellen er som nevnt innledningsvis en refleksjonsmodell som kan benyttes som verktøy for å ta stilling til et etisk dilemma. Det er fire elementer som kan hjelpe en å reflektere over om en har en god forståelse av situasjonen og løsningen på den. Disse elementene er spørsmål om problemets Kjerne, Likhet, Omstendigheter og Konsekvenser - KLOK. Denne betegnelsen er ikke tilfeldig da forfatterne Henriksen og Vetlesen mener at en persons viktigste etiske instrument er ens egen klokskap. Klokskap handler om å kunne leve i balanse mellom nærhet og distanse, om å kunne se situasjonen i øynene og samtidig klare å vurdere den på avstand. Kort fortalt ser modellen slik ut:

Kjernen er hovedsaken eller det som gjør situasjonen til en etisk konflikt.

Likhet med andre situasjoner der man har erfaringer på gode løsninger kan tjene som forbilder i forhold til hvordan man bør opptre.

Omstendigheter som har betydning for løsningen av saken innebærer at man må ta hensyn til alle berørte parter, rammebetingelser og andre hensyn som er moralsk relevante.

Konsekvenser, både på kort og lang sikt, av å gjennomføre løsningsforslagene for dem det gjelder (Henriksen og Vetlesen 2000)

Ved å fokusere på overnevnte elementer kan en finne ut om en har en god forståelse av situasjonen og løsningen på den, eventuelt hjelpe og endre forståelsen av situasjonen og av mulige løsningsforsøk. Hvis en er bevisst hva som er ens foreløpige løsningsforslag, kan en teste holdbarheten med dette verktøyet. Elementene KLOK skal hjelpe en til å identifisere, finnes allerede i ens etiske forforståelse. (Henriksen og Vetlesen, 2000).

I tillegg til elementene KLOK mener Henriksen og Vetlesen (2000) at ens løsning bør suppleres med tre kontrollpunkter for å komme frem til et velbegrunnet etisk resonnement. Valget av løsning bør begrunnes både med nærheten (hensynet til den det konkret gjelder) og med hensyn til mer allmenne grunner (distanse). I tillegg må en se på om det er noe i løsningen som strider mot grunnleggende etiske normer eller rettigheter og hvilke holdninger som signaliseres overfor dem det direkte angår, og overfor dem som må bære omkostningene ved løsningen (Henriksen og Vetlesen, 2000).

Jeg har valgt å benytte denne modellen for å se om den kan fungere som et verktøy for å integrere bevisst etisk tankegang i den daglige kliniske praksisen. Jeg vil se om det å benytte KLOK-modellen ved BUP kan gi oss bedre begrunnelser for våre valgte løsninger i møte med voldsutsatte barn og deres familier.

2.1.0 Kritikk av KLOK-modellen

Einar Aadland (1998) sier i sin bok "Etikk for helse- og sosialarbeidrar" at denne modellen tar hensyn til både konsekvenser, prinsipper og relasjonelle holdninger, og i tillegg tas det hensyn til andre berørte parter. Han poengterer imidlertid at modellen er noe uklar da det er forventet at en må ha et løsningsforslag på forhånd, noe en ofte ikke har når en står overfor et etisk dilemma. Det som kjennetegner et etisk dilemma er at en ikke vet hvilken løsning en skal velge, og en vet ofte ikke helt hva problemet er før en har sett på flere mulige formuleringer. Modellen kan oppfattes som et testinstrument en kan bruke for å sjekke om den etiske refleksjonsprosessen har ført til et godt resultat. Aadland (1998) mener at dette er greit som en del av evaluering og læring, men mindre til hjelp i en aktuell situasjon der en står i et akutt etisk dilemma (Aadland, 1998).

Jeg har valgt å benytte meg av Henriksen og Vetlesens etiske refleksjonsmodell da min erfaring, som behandler på BUP, er at vi behandlere har en etisk forforståelse av vanskelige situasjoner og dermed kommer med umiddelbare forslag til løsninger.

3.0 Metode

Ut i fra problemstillingen i denne studien var det naturlig å velge kvalitativt forskningsdesign. Forskningsstemaet handler om interpersonale sosiale prosesser i større grad enn det har fokus på individuelle prosesser; i og med at det belyser møtet med barn i saker der en mistenker vold. Grounded Theory er dermed et godt metodisk utgangspunkt.

3.1 Grounded theory

Grounded Theory ble utviklet ved Chicago School of Sociology mellom 1960-1967 av to sosiologer; Glaser og Strauss. Metoden kom som en motvekt til det på den tiden rådende biologiske og kvantitative fokus (Charmaz, 2006). Grounded Theory har sitt utspring i symbolsk interaksjonisme som innebærer at man ser på menneskers interaksjon i samfunnet som en dynamisk prosess (Brincmann, 1998). Mennesker studeres i den sosiale konteksten de befinner seg i og handler ut fra hva som er meningsskapende. Mening defineres og redefineres ut fra interaksjoner hvor menneskene aktivt er med på å forme den verden de lever i (Charmaz, 2006).

En av de store fordelene med Grounded Theory er metodens helt konkrete framgangsmåte både i prosessen med datainnsamling og i selve analysen av materialet. Metoden består av systematiske men likevel fleksible retningslinjer for datainnsamling og analyse. Målet er å skape ny kunnskap og teori med empirien som selve grunnlaget (Charmaz 2006). Man arbeider induktivt ved at de innsamlede dataene er utgangspunktet for å bygge teori på det området man ønsker å forklare i motsetning til en mer deduktiv tilnærming der en tester hypoteser ut fra tidligere forskning og forskerens forforståelse (Charmaz, 2006).

Siden 1960-årene har Grounded Theory blitt videreutviklet i tre forskjellige retninger. I den originale versjon som kalles for *Klassisk Grounded Theory* ses virkeligheten som objektiv, mulig å studere og forskeren fremstår som nøytral (Hallberg, 2002). *Modifisert Grounded Theory* ble først beskrevet av Strauss og Corbin på 1990-tallet og de kom med beskrivelser av forskjellige teknikker som kan benyttes i analysearbeidet (Corbin og Strauss, 2008).

Virkeligheten ses fortsatt som objektiv, men dataene som samles inn speiler informantenes syn på virkeligheten og forskeren tolker denne virkeligheten. Charmaz (2006) presenterte en retning som kalles *Konstruktivistisk Grounded Theory* i 2000. Her fokuseres det på at det finnes like mange virkeligheter som det finnes individer og forskeren skaper data i interaksjon

med det feltet som forskes på (Charmaz, 2000; 2006). *Konstruktivisme* er et forskningsparadigme som forneker eksistensen av en objektiv realitet, og i stedet fremholder at alle realiteter er menneskelige sosiale konstruksjoner (Thornquist, 2006) Min studie vil basere seg på Charmaz konstruktivistiske Grounded Theory da det er sammenfallende med mitt vitenskapsteoretiske ståsted. En kan på ingen måte forventes å være fullstendig teoriløs og induktiv når man forsker på eget fagområde og skriver erfaringsbasert master om egen klinisk praksis, men dette er nødvendigvis ikke i konflikt med Charmaz sin konstruktivistiske Grounded Theory retning. Selv om jeg har en problemstilling og en forforståelse vil jeg etterstrebe en induktiv innfallsvinkel der empirien taler for seg selv. Charmaz konstruktivistiske Grounded Theory og metodens praktiske tilnærming blir nærmere beskrevet i avsnittet om studiens analysearbeid.

3.2 Datainnsamling

Metodene jeg har brukt i datainnsamlingen er feltforskning og semi-strukturerte intervju. Feltforskning er kort fortalt at forskeren åpent eller skjult deltar i folks dagligliv over en lengre periode. Man observerer, hører på det som blir sagt og stiller spørsmål. Data som er tilgjengelig samles inn, for å belyse problemstillinger forskeren har framsatt (Hammersley & Atkinson, 1996). I og med at jeg til daglig jobber i det feltet jeg vil undersøke har jeg gjort ovennevnte under hele forskningsprosessen. Ved åpen observasjon forteller man aktørene at man driver observasjon, men går nødvendigvis ikke detaljert inn på hvilke problemstillinger man er ute etter å belyse (Repstad, 1993). Mine observasjoner var åpne i og med at kollegaene mine var informert om at jeg drev forskning på området og at det skulle bestå av intervju og feltarbeid fra mitt daglige virke. Under feltarbeidet gjorde jeg ikke noe annerledes enn det jeg gjør til vanlig i mitt arbeid, men observerte hva som ble gjort og sagt i forhold til tematikken jeg forsket på. I tillegg hadde jeg flere uformelle samtaler med kollegaer som var interessert og nysgjerrig på forskningsprosjektet mitt. Man skulle tro at det å utføre feltforskning i egen kultur er enklere enn å gjøre det i en fremmed, men det kan være vanskeligere å få tak i mange forhold i egen arbeidshverdag da de kan tas for gitt. Spørsmål det for feltforskere i en fremmed kultur ville være naturlig å stille vil kanskje ikke bli stilt da de blir sett på som selvsagte (Wadel, 1991). Paulgaard (1997) sier i sin artikkel i boken "Metodisk feltarbeid - produksjon og tolkning av kvalitative data" at en forsker utenfra kan stå fjernere fra sine informanter når det gjelder erfarings- og kunnskapsgrunnlag og det kan sees på som et hinder for forståelse av den kulturen det forskes på (Fossåskaret m.fl., 1997). Jeg vil med disse

eksemplene vise at det kan være både fordeler og ulemper med å ha for stor nærhet eller for stor distanse til det feltet man skal forske på, begge deler kan føre til det Paulgaard (1997) kaller for kulturblindhet. En bør derfor være bevisst dette når man starter forskningsprosessen. I og med at jeg har jobbet som behandler ved BUP parallelt med forskningsprosessen har jeg hatt et ”innenfrablikk”, men jeg har samtidig prøvd å se på den praksisen jeg er en del av med et ”utenfrablikk” for å få en bredere og mer distansert forståelse for den tematikken jeg forsker på.

Semi-strukturerte intervjuer betyr at intervjuguiden er fokusert slik at spørsmålene er egnet til å gi valide data i forhold til prosjektets forskningsspørsmål. Man har en rekke spørsmål som utgangspunkt for intervjuet, men i motsetning til rent strukturerte intervjuer som følger en fastlagt spørsmålsrekke, har man mulighet for tilleggsspørsmål, og at den som intervjues kan snakke mer fritt (Thagaard, 1998).

Intervjuene er tatt opp på disk og anonymisert. de er deretter transkribert til tekstformat for videre analyser, og selve intervjuene ble deretter slettet. Etter intervjuene var transkribert noterte jeg ned koder og kategorier som fremtrådte av materialet. Det er hensiktsmessig så tidlig som mulig å inndele data i underkategorier etter koder. Sekvenser fra ulike intervjuer kan på denne måten enkelt sammenlignes etter koding, og etter hvert vil det utkrystallisere seg tentative kategorier av data (Charmaz, 2006). I tillegg til intervjuene besto datamaterialet av den totale ”pakken” med observasjoner, erfaringer og nedtegnelser jeg har tatt med meg tilbake i fra feltforskningen. Det er dette som vil bli utgangspunktet for mine videre analytiske slutninger.

3.3 Utvalg

Utvalget i denne studien består av 3 behandlere på BUP og en tidligere BUP- behandler med spesialkompetanse på området. Sistnevnte har flere års erfaring med å jobbe med voldsutsatte barn, samt mye kunnskap om fagutviklingen på feltet. Utvalget er noe lite, men på grunn av tidsaspektet og oppgavens størrelse vurderte jeg at det likevel vil gi et datamateriale som er stort nok til å analyseres, samtidig som det ikke blir for stort og dermed uoversiktlig. Dette er på ingen måte ment å skulle generaliseres til alle BUP-behandlere, men heller utgjøre en utforskning av tematikken i dybden.

For å få en spredning i utvalget ble det rekruttert behandlere av begge kjønn, behandlere som ganske nylig har begynt i jobben sin på BUP, samt de som har holdt på en stund, og

behandlere med forskjellige grunnutdanninger. Dette fordi det er mulig at behandlernes vurderinger og beslutninger kan variere med kjønn, erfaring og grunnutdanning.

3.4 Rekruttering

Et tilfeldig utvalg behandlere ved BUP ble spurt muntlig, i tillegg til at jeg tok direkte kontakt med den informant som tidligere har vært ansatt ved BUP. De fikk utdelt et informasjonsbrev om prosjektets hensikt og innhold, et samtykkeskjema, samt en intervjuguide. Alle takket ja til å delta utenom en person som jeg ikke fikk svar hos. Informasjonsbrev og intervjuguide er lagt ved oppgaven, se vedlegg 1 og 2.

3.5 Informantene

Jeg har intervjuet to menn og to kvinner, en psykolog, en klinisk pedagog/familieterapeut, en lege og en med hovedfag i pedagogikk. Informantene var fra 39 til 60 år gamle da de ble intervjuet. Antall år som ansatt som behandler på BUP varierer fra ett til fjorten år. Alle har flere videreutdanninger av forskjellige slag og bred erfaring fra tidligere, blant annet i skole, barnehage, miljøterapeutiske stillinger, lege på somatisk/ psykiatrisk sykehus etc. Av praktiske hensyn som lange distanser mellom BUPene i Nord Norge jobber alle informantene på samme BUP og intervjuene er gjennomført på deres arbeidsplass.

3.6 Datainnsamling

Datamaterialet består av 4 intervjuer, observasjoner og notater jeg har gjort i løpet av forskningsperioden. Det ble benyttet samme semistrukturerte intervjuguide under alle intervjuene. Temaer ønsket belyst i intervjuet var informantens bakgrunn, hva de definerer som vold, hvordan de handler i møte med mistanke og kjennskap om vold i familien, og hva som vektlegges i de vurderingene som gjøres i disse sakene. I tillegg fremla jeg to selvopplevde case for å få frem om hvordan de ville ha handlet i lignende saker.

Eksempel på case: Jeg hadde en familie der mor og barna tidligere hadde vært utsatt for både psykisk og fysisk vold. Det nest eldste barnet, som var min pasient, og mor rapporterte om at mors nåværende samboer også har et sinneproblem, som han har fått behandling for tidligere. Samboeren er ikke så ofte sint som lengre, men når det nå inntreffer viser han et kraftigere sinne som skremmer barna ved for eks. at han slår seg selv og kaster ting. Spørsmålene jeg

stilte informantene var: kan dette karakteriseres som vold, er meldeplikten utløst og skal jeg i så tilfelle informere mor og samboer om at melding til barneverntjenesten vil bli sendt.

Jeg stilte spørsmålene stort sett i samme rekkefølge som i intervjuguiden da dette var mest naturlig da temaene bygger naturlig på hverandre, men stilte spørsmålene i en annen rekkefølge der det var naturlig ut i fra de svarene informantene kom med.

Oppfølgingsspørsmål utenom intervjuguiden ble gitt for å gi informanten mulighet til å utdype svarene sine. Med bakgrunn i at informantene har forskjellige utdanningsbakgrunn og forskjellige spesialiseringer ble det stilt noen individuelle spørsmål til hver enkelt.

Jeg har i tillegg i løpet av forskningsprosessen deltatt på flere kurs om tematikken for å øke min egen kompetanse. Jeg har notert ned alt som jeg har tenkt kunne ha hatt relevans for oppgaven, hatt uformelle samtaler med andre kollegaer og andre som har erfaring på området.

3.7 Mitt feltarbeid

I løpet av perioden forskningsprosjektet har vart har jeg hatt mange uformelle samtaler med andre kollegaer om temaet vold i nære relasjoner. Hovedtema har vært hvordan vi som behandlere handler i møte med barn utsatt for vold av en av sine foreldre. Svarene som har kommet fram av disse samtalene samsvarer i stor grad med det informantene har svart i de semi-strukturerte intervjuene. Alle ga inntrykk av at de synes det er et viktig tema å sette søkelyset på da vi pr i dag har for liten fokus på mulig vold i familien under utredning og behandling. Flere uttrykte usikkerhet i forhold til hvordan gå frem i saker der vold blir avdekket, og i forhold til hvordan en skal avdekke at et barn faktisk har vært utsatt for vold. Det var enighet om at vi burde få mer kunnskap om temaet, og tydelige rutiner/prosedyrer for hvordan avdekke og handle i disse sakene. En av mine kollegaer kunne imidlertid informere meg om at han/hun hadde satt fokus på dette i sitt spesialistteam, og har innført et kartleggingsskjema om vold og traumeerfaringer som en del av utredningen. Dette er nå godkjent av ledelsen og de kan ta det i bruk i sitt team.

I løpet av denne perioden har jeg observert at temaet vold har kommet opp i flere diskusjoner i teamet mitt enn tidligere. Det har vært gode diskusjoner om hvordan vi skal håndtere disse sakene, og om når meldeplikten vår til barneverntjenesten har inntrådt. For å sjekke om dette var gjennomgående på BUP spurte jeg 2 representanter fra et annet team om de opplevde at de i løpet av den senere tid hadde fått et større fokus på denne problematikken. En av dem mente at de ikke hadde hatt flere slike diskusjoner om temaet enn tidligere, og at vold var et

tema som generelt sett sjeldent var oppe til diskusjon. En annen sa at de ofte hadde gode diskusjoner i teamet i forbindelse med diagnosesetting, om vold kunne være årsaken til at et barn hadde symptomer på for eksempel ADHD. Årsaken til at jeg gjorde dette var for å sjekke om mitt engasjement for temaet som forsker kunne være utslagsgivende for at temaet kom så ofte opp i mitt team som det gjorde. Det kan se ut til at temaet vold i nære relasjoner kom oftere opp i mitt team, enn i de andres. Dette kan forklares ut i fra mitt engasjement i tillegg til at det er flere i mitt team som også har et stort engasjement for tematikken vold og traumer.

Jeg har vært i kontakt med ATV for å høre om det allerede foreligger forskning på hvordan ansatte i BUP handler når vi får mistanke eller kjennskap til at et barn er utsatt for vold i familien. Jeg hadde samtale med to personer der ingen av dem visste om at en slik forskning forelå, men de viste til en del forskning som er gjort i førstelinjetjenesten. På spørsmål om hva de tenkte årsaken til at en slik forskning ikke foreligger, svarte de at det kan ha noe å gjøre med at når det ble bestemt nasjonalt at en skulle sette mer fokus på vold i nære relasjoner var det mest hensiktsmessig å starte med førstelinjetjenesten da det er de som ofte møter disse barna først. De uttrykte begge at det nå var på tide og også rette fokus mot spesialisthelsetjenestene.

I løpet av våren 2012 har det vært arrangert to konferanser/seminarer om temaet vold i nære relasjoner. Det første som ble arrangert var en barnevoldskonferanse, der det var over 400 påmeldte fra hele landet hvorav 5 behandlere fra BUP deltok av rundt 35 behandlere totalt. Barne- og ungdomsklinikken var en av initiativtakerne, og var med på å arrangere denne konferansen. Budskapet på denne konferansen var at vold i nære relasjoner er et tema som vi i det offentlige er nødt til å sette fokus på, også spesialisthelsetjenesten. Klinikksjef i BUK sa det på denne måten:

"Vi har levd i en verden der taushet er gull i helsevesenet. Nå må vi huske at det å tie er sølv og at det er det å tale som er gull". Videre sa hun: Det er flere ledere som har makt til å gjøre noe med dette, jeg det håper det nå settes på dagsorden. Håper det er flere ledere her".

Det andre var et seminar som het – *"Barnefokuseret behandling etter vold i nære relasjoner"*. Seminaret var i regi av familievernkontoret og var ledet av Per Øystein Steinsvåg og Øyvind Aschem fra ATV. Her deltok 3 behandlere fra BUP. Temaet var hvordan snakke med barn utsatt for vold i familien og hvordan spørre for å avdekke om barna er utsatt for dette i familien sin. Det kunne virke for meg på dette seminaret at det var en allmenn forståelse av at vi i det offentlige generelt sett har for liten kunnskap på dette feltet. Aschem uttrykte det slik:

"Barna forsvinner ofte for oss, uansett om vi ønsker å fokusere på dem". Videre sa han:

"Et helt barn møter et fragmentert hjelpeapparat, det kan være problematisk da dette barnet da kan forbli taus".

I løpet av seminaret ble det diskutert mye rundt at vi i det offentlige må bli bedre på å samarbeide instansene i mellom. Vi må prøve å tilby barna et sømløst hjelpesystem der de ikke blir kasteballer rundt i systemet, og der vi ikke skyver ansvaret over til en annen instans der det er mulig.

Det ble også diskutert en del rundt hvorfor det er så vanskelig å spørre disse barna om det man egentlig ser, og hvorfor man ikke melder videre til barneverntjenesten når man er bekymret for et barn. Det kom en del mulige forklaringer på det i løpet av seminaret: Det er ubehagelig å se, en frykter for mye, vi møter vår egen sårbarhet i møte med barnet, en identifiserer eller overidentifiserer seg med foreldrene, vi har for liten kunnskap om hvordan gå frem, vi er redde for hvilke konsekvenser det kommer til å få for barnet, vi er redde for å blande oss i andres privatliv og en er redd for å ta feil. De mulige forklaringene som kommer frem her på hvorfor man ikke melder til barnevernet er sammenfallende med de forklaringene som framkommer i mine data.

3.8 Etiske betraktninger

Når en skal forske i et felt som dette, er det en del etiske hensyn som må tas. Vold i nære relasjoner er en betent tematikk i samfunnet generelt, og prosjektet mitt handler om en sårbar gruppe selv om jeg har gått via behandlere som informanter. En viktig vurdering i forhold til dette var om min studie kunne være til nytte eller en risiko for ovennevnte gruppe i henhold til helseforskningsloven (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012). Min vurdering var at nytteverdien vil være større enn risikoen. Mine resultater kan være med på å belyse tematikken og bidra til endringer i systemet slik at en fanger opp disse barna på et tidligere tidspunkt enn i dag.

Mine informanter er godt informert om undersøkelsens formål og de har signert informert samtykke. Informantene har selv vært med på diskusjoner om nytteverdien av forskningsprosjektet.

I informert samtykke ligger det at informantene skal informeres om anonymisering og frivillig deltakelse. Informantene ble informert om at de når som helst og uten grunn kan trekke seg fra undersøkelsen (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

Prosjektet mitt er godkjent av personvernombudet for forskning (NSD), se vedlegg. Det var ikke behov for å legge dette prosjektet frem for REK (Regionalt Etisk Komité) da forskningen min ikke hadde til hensikt å finne ny kunnskap om menneskers fysiske eller mentale helse, eller involverer umyndige personer (Helse- og omsorgsdepartementet, 2012).

3.9 Analyse

Siste fase av forskningsprosessen består av analyse og rapportering av funn. Datamaterialet ble sortert, kodet og systematisert med bruk av utvalgte analysestrategier i Grounded Theory. Analysen av datamaterialet har som nevnt ovenfor tatt utgangspunkt i Charmaz konstruktivistiske Grounded Theory, Målsetningen med denne metoden er å tolke og få forståelse, ikke å søke etter den absolutte sannheten, samt og studere hvordan mennesker tenker og handler i spesifikke situasjoner (Charmaz, 2006) I konstruktivistisk Grounded Theory understrekes det at data blir konstruert gjennom en pågående interaksjon i intervju situasjonen. Analysen er relatert til tid, kultur og kontekst og reflekterer både intervjuernes og informantens måte å tenke på. Forståelsen for et fenomen, ikke forklaringen av fenomenet utgjør resultatet av analysen som handler om mennesker, prosesser og sosiale situasjoner. Å bli kjent med fenomenet som skal studeres og ha fokusert oppmerksomhet i intervjuet anses som verdifullt og bidrar til at det er mulig å oppdage hva som er viktig for de som blir intervjuet (Charmaz, 2006).

I Grounded Theory begynner dataanalysen tidlig, en koder innsamlet data parallelt med at en fortsetter å samle inn nye data. Metoden beskrives som en fleksibel fremgangsmåte. Det er nødvendigvis ikke bestemt på forhånd hvilke metoder som skal benyttes til å samle inn alle dataene (Charmaz, 2006).

Etter at alle intervjuene var transkribert ble de kodet fortløpende ved bruk av initial (begynnende) koding som innebærer å sette ord på et fenomen. Jeg benyttet meg av "line by line coding" som betyr at man leser intervjuene setning for setning og setter navn (kode) på dem (Charmaz, 2006). Etter at det var gjort gikk jeg tilbake til intervjuene for å sammenligne koder, og de sammenfallende koder ble slått sammen til større kategorier. Dette kaller

Charmaz (2006) for "focused coding. Under "focused koding" plukker man ut de viktigste og/eller de mest brukte kodene fra den første kodingsprosessen og en bestemmer seg for hvilke koder som er mest analytisk fornuftig å bruke for å kategorisere dataene mest mulig presist og fullstendig. Når dette var gjort var det tre hovedkategorier som skilte seg ut, og som sa noe om hva de viktigste teamene i intervjuene handlet om (Charmaz, 2006).

Hovedkategoriene jeg kom frem til var: Vi handler ikke, vi handler feil på grunn av manglende kunnskap og erfaring, og vi handler på bakgrunn av vanskelige avveininger. Parallelt med ovennevnte prosess benyttet jeg meg av flere sentrale verktøy i Grounded Theory som "Comparative methods", "Memos", og "Theoretical sampling".

Comparative methods refererer til en prosess der en systematisk går tilbake og sammenligner innsamlet data og ens koder/kategorier gjennom hele analyseprosessen for å sikre seg at det er overensstemmelse mellom dem (Charmaz, 2006).

Memos er sentralt i Grounded Theory og benyttes underveis i hele forskningsprosessen. Det er notater av ideer, tenkte forbindelser mellom koder og kategorier og refleksjoner som kan være viktige for den videre analysen. Dette er et viktig verktøy i Grounded Theory da det fordrer forskeren til å begynne å analysere dataene og kodene tidlig i forskningsprosessen (Charmaz, 2006).

Theoretical sampling er en prosess som foregår fortløpende med det formål å finne frem til hvilke data det heretter er relevante å finne. Prosessen beskrives av Charmaz som et verktøy for å videreutvikle en begynnende teori. Charmaz (2006) anbefaler at man venter med denne innsamlingen til senere i forskningsprosessen slik at relevant data og analytiske veivisere kommer frem uten å bli tvunget frem.

Innsamlingen av data vil i teorien kunne fortsette i det uendelige, men vil som regel avsluttes når en når et punkt hvor ny empiri ikke lengre bidrar til nye vinklinger, forståelser av de utviklede kategoriene, dette kalles i Grounded Theory for "theoretical saturation" (metning) (Charmaz, 2006). Med bakgrunn i undersøkelsens omfang og størrelse, med fire informanter er det her ikke aktuelt å snakke om metning

Hovedkategoriene mine, samt eksisterende og relevant litteratur om disse, tas med som en del

av begrepsapparatet i den videre teoriutviklingen. Kategoriene som framkom av analysene, samt hvordan de ulike kategoriene henger sammen, gir deretter grunnlag for en ny forståelse av temaet vold mot barn. Se vedlegg for detaljert oversikt over kategoriene som framkom.

4.0. Resultater

I dette kapitlet vil jeg presentere hva min studie sier om hvordan BUP ansatte handler når de får kjennskap til eller mistanke om at et barn er utsatt for vold av et familiemedlem. De innledende spørsmålene i intervjuene var en generell introduksjon til temaet, og datamaterialet viste at alle informantene bruker samme definisjon som den jeg har brukt innledningsvis.

En av informantene svarte følgende på spørsmål om hvordan han/hun definerer vold:

I første rekke så tenker man jo på fysisk vold, altså slag, luggig, holding, risting, altså alt som går utover barnets integritet. For når det er snakk om vold så er det også snakk om psykisk vold, trusler, ironisering, utskjelling, altså type verbal vold. Skremsler, trusler, ja den type vold.

Videre var alle informantene kjent med den nye loven fra juni 2010 som kriminaliserer all bruk av vold mot barn. Informantene var positive til denne, men så utfordringene med hvordan en skal klare å håndheve en slik lov. Alle informantene rapporterte at de har hatt saker der en har fått mistanke eller kjennskap til at barn har vært utsatt for vold, men at det ikke har vært mange totalt sett.

4.1 Kjernefunn

Etter analysen av mitt datamateriale var det tre hovedkategorier som skilte seg ut: 1) vi handler ikke, 2) vi handler feil på grunn av manglende kunnskap og erfaring, og 3) vi handler på bakgrunn av vanskelige avveininger. Jeg vil presentere hver enkelt av disse kategoriene i hvert sitt delkapittel. I tillegg vil jeg presentere informantenes løsningsforslag med hensyn til hva som bør gjøres videre.

4.1.1 Vi handler ikke

Kapittelet ”vi handler ikke” omhandler de funnene som viser at vi ikke oppdager at et barn har vært utsatt for vold i sin familie gjennom verken utredning eller behandling.

3 av 4 informanter hevdet at det er for lite fokus på temaet vold i nære relasjoner i klinikken, og at det er ikke et tema det blir snakket så mye om på ledernivå. Informantene var klare på at det er et lederansvar at denne problematikken blir satt fokus på, både i utredningen og behandlingen av barn. En av informantene oppga at den overordnede holdningen i klinikken

er viktig for avdekking av vold i nære relasjoner. Han/hun opplevde at holdningen ved BUP var fokus på psykisk helse, utredning, diagnosesetting og behandling, og at det blir ikke snakket om avdekking av vold som noe en burde, skulle gjøre.

”Det kan virke som om det ikke har betydning for den jobben vi gjør på BUP, det hører til hos noen andre”.

Datamaterialet viser at 3 av 4 informanter tenkte at unnlatenhet i forhold til dette temaet handler om ansvarsfraskrivelse. Det kan se ut til at ledelsen har en formening om at denne problematikken hører til hos andre instanser og at de ansatte tenker at det er ledelsen som må ta ansvar for å få satt fokus på dette temaet i klinikken.

To av informantene rapporterte at i BUP har en fokus rettet mot andre ting, som henvisningsgrunn/bestillingen og hvilke symptomer barnet viser. Også her kan det synes som om en blir opptatt av hvilke symptomer barna har, hvilken diagnose barnet tilfredsstiller og hvilke tiltak som kan være hjelpsomme. Fokus på årsaken til barnets symptomer kommer ofte i bakgrunnen.

En av informantene hadde formening om at en har for stort foreldrefokus, kanskje spesielt under utredning av barn, hva deres bestilling er, og hvilke forventninger de har til en utredning/behandling på BUP.

En informant rapporterte om at vold i nære relasjoner fortsatt er et tabubelagt tema:

”Det kan virke som om det er noe med oss, systemet som gjør at man liksom ikke skal spørre om slike ting. Man går innen for en grense som ikke hører BUP til, det blir kanskje heller ikke forventet av foreldrene at en skal bli spurt om slike ting på BUP, det er liksom noe vi ikke har noe med.”

Ingen av informantene rapporterte at de spurte barn og foreldre rutinemessig om vold i nære relasjoner. 3 av 4 viste til at det i dagens utredningsrutiner ikke er satt fokus på. Det er kun ett spørsmål i anamnesen (utviklingshistorien) der en spør foreldrene om de vet om barnet har vært utsatt for vold eller seksuelle overgrep. Informantene er alle tydelige på at de syntes dette er for lite for å få frem om det faktisk foregår vold i familien.

En informant sa det slik:

”Dersom man har flere spørsmål ville det nok være mer innbydende til å tenke seg om både for behandler og pasient. Det er ofte slik at når man sitter og snakker med mennesker så begynner man med et spørsmål, så

kommer det etter hvert mer, man husker mens man sitt der og snakker om barna sine, ikke sant, Jeg er vant til å jobbe somatisk så jeg spør veldig inngående, går veldig videre på ting, og da kommer det hele tiden nye ting som de kommer på underveis. Og det er klart, hvis du har bare ett spørsmål så rekker du ikke å komme på disse tingene”.

Videre sier informantene:

Det er mange som er utsatt for vold og det vet vi, og det er jo noe med det at hvis vi ikke spør så får vi ikke svar, det er jo ikke noe som alle forteller oss kontant”.

En annen av informantene mente imidlertid at en ikke får informasjon om det foregår vold i familien med bakgrunn i måten vi utreder på i dag og kravet om snarlig å sette en diagnose:

”Hvis folk blir møtt med et skjema på mange hundre spørsmål som de skal sitte hjemme å fylle ut etter at de har vært en gang på klinikken så er jeg stygt redd for at det som kommer der er veldig ymse, og jeg tenker vel som jeg har sagt noe om tidligere, det er jo når man har etablert en relasjon, og barn og voksne stoler på behandler og har sett dem mange nok ganger, aner og har en visshet om at behandler vil dem vel at de kan fortelle om sine opplevelser”.

Datamaterialet viser at alle informantene mente at det er fare for å gi feil diagnose og feil behandling dersom man ikke har kjennskap til vold i familien. En av informantene utdypet det med at en står i fare for å lære barn å stå ut med den situasjon han/hun er i dersom man gir en form for behandling uten å ha kjennskap til hva barnet blir utsatt for i hjemmet. En hevdet at diagnoseverktøyet vi bruker i dag ikke har gode nok beskrivelser av det man ser hos komplekst traumatiserte barn, og at dette kan føre til at de da får en diagnose som passer til symptomene barnet viser for eksempel bipolar eller ADHD. Tiltakene som da blir rettet mot barnet går ut i fra den diagnosen barnet får. Dette vil ikke alltid bli rett, da det kan være at et barn som har atferdsproblemer på grunn av traumatisering trenger en helt annen tilnærming enn et barn som faktisk har ADHD.

2 av 4 informanter rapporterte at det også er en utydelighet i forhold til hvordan saker skal behandles på systemnivå mellom de ulike instansene. Alle informantene oppga at det ofte er et etisk dilemma å vite hva man skal gjøre i disse sakene, det er ingen fasitsvar, det er mange vanskelige vurderinger; etiske faglige og juridiske og det er derfor lett å trå feil uten tydelige retningslinjer og rutiner.

Under intervjuet viste jeg til forskningen til Reigstad, m.fl.(2006) og informerte om at det var store forskjeller mellom registrert vold i akse 5 i diagnosesystemet ICD 10 i BUP og selvrapporert vold og spurte informantene om hva de tenkte årsakene til det kunne være.

Datamaterialet viste at flere av informantene tenkte at ordlyden i akse 5 var utdatert, det blir brukt gammeldagse vendinger og et språk vi ikke kjenner oss igjen i dag. En hevdet at diagnosene var for spesifikke og at det gjør det vanskelig å bruke dem. En annen oppga at det følte lite hensiktsmessig å registrere noe på akse 5 med bakgrunn i at det er diagnosen på akse 1 (psykiatrisk diagnose) som har hovedfokus og er hovedprioritet. To av informantene oppga at en kviet seg for å registrere noe i akse 5 dersom en bare hadde en mistanke, og at dersom en registrerte vold, har en også ansvar for at det har blitt gjort noe med den informasjonen man sitter inne med. Alle informantene rapporterte om at hovedårsaken til at en sjelden registrerer vold i akse 5 er at vi i liten grad spør om barna har vært utsatt for vold, og dermed ikke får den informasjonen vi trenger for å kunne registrere noe der.

3 av 4 informanter oppga at vold var noe de kvitte seg for å spørre om, de begrunnet det med at en er usikker på hva en skal gjøre dersom en får informasjon om at et barn er utsatt for vold i familien, da det ikke er noen klare prosedyrer/retningslinjer i BUP på hvordan dette skal håndteres. En annen informant mente at en kvier seg av frykt for hva man setter i gang dersom man får vite noe, en blir da stående ansvarlig for at det blir gjort noe, og at saken blir håndtert riktig for alle parter, det blir et etisk dilemma og ikke vite hva som er hva, hvem skal man tro på, og det at sjelden finnes noen fasitsvar i disse sakene.

Oppsummert viser datamaterialet at årsakene til at vi ikke handler er lite fokus på tematikken fra ledelsen i klinikken, den overordnede holdningen i klinikken; det er ikke vår oppgave å avdekke vold i familien. Man opplever ansvarsfraskrivelse fra både ledelse og ansatte. Fokus er på andre ting som henvisning, bestilling og hvilke symptomer barnet viser. Man har også for stort foreldrefokus, vold er et tabubelagt tema, og det er for liten fokus på tematikken under utredning; en får ikke informasjon om vold med dagens utredningsrutiner og kravet om snarlig diagnose. Det er også utydelighet i forhold til hvordan disse sakene skal håndteres på systemnivå mellom de ulike instansene og det er kompliserte saker og sette seg inn i.

4.1.2 Vi handler feil pga. manglende kunnskap og erfaring

Her vil jeg ta for meg de funnene som viser at en av og til får mistanke eller kjennskap til vold i familien uten at det registreres, eller at en går videre med de bekymringene en har.

Alle informantene mente at det pr i dag ikke er tydelige rutiner/retningslinjer i BUP for hvordan en bør jobbe med disse sakene, det blir mye opp til den enkelte hva en gjør, og det er tilfeldig hvem som har den kunnskapen en trenger i disse sakene. Halvparten av informantene

oppgir at det igjen kan føre til at en blir usikker på hva som er mest hensiktsmessig å gjøre i disse sakene i forhold til hva som er det beste for barnet. En av informantene rapporterte om at det kan se ut som om en mangler kunnskap, har for lite opplæring, og en har for lite erfaring til å håndtere disse sakene på en god nok måte når vi først møter dem, det igjen kan føre til at man ikke tør gå videre når man har en mistanke. En annen informant sa det slik:

”Jeg tenker at kompetansen er der, og det har vært en del oppmerksomhet på dette, men jeg tenker, ja, at den kunne vært bedre, spesielt med den oppmerksomheten som er rundt det, det å vite ting, en annen ting er faktisk å bruke det man vet i praksis, det er jo en kompetanse det også tenker jeg”.

3 av 4 informanter rapporterte om at en er usikker om når meldeplikten til barneverntjenesten inntreffer, noe som kan føre til at man unnlater å melde saker som bør meldes, eller at man melder for sent. Datamaterialet viser at alle informantene mente at en i for liten grad meldte til barneverntjenesten. Årsaken til dette tenkte de kunne være at en er usikker på hva barneverntjenesten kan bidra med, usikker på barnevernets kompetanse da saksbehandlerne ofte er unge og nyutdannede, og en vet at de har et høyt arbeidspress. En av informantene mente at en også vet for lite om hva barneverntjenestens rolle faktisk er, hvilke ansvarsområde de har, hva de kan gjøre og hvordan lovverket er. Ut fra datamaterialet kan en se at 3 av 4 har liten tillit til barneverntjenesten, dårlig egenerfaring med tjenesten, og vissheten om at de har et stort arbeidspress. To av informantene rapporterte at en kanskje unnlater å melde da en er redd for barneverntjenestens makt og hvilke konsekvenser en melding kan få for familien. Alle informantene rapporterte om at en kvier seg og synes det er ubehagelig å melde til barneverntjenesten da alle ønsker ærlighet overfor foreldrene og barna, en er redd for å ødelegge en god behandlingsallianse. En av informantene oppga at en grunn til at en ikke melder informasjon om vold i nære relasjoner var fordi en er redd for å ødelegge en fin utvikling i en familie, og en får for stort fokus på det positive de gjør som foreldre i forhold til det som er negativt.

En av informantene rapporterte om at en kanskje tenker at de tiltakene BUP setter inn i forhold til familien er nok for å ivareta barnets og familiens behov.

Oppsummert ser det ut til at årsakene til at vi noen ganger handler feil kan være: Utydelige rutiner, usikkerhet, manglende kunnskap og opplæring i forhold til hva som bør gjøres. En kvier seg for å spørre i frykt for å gjøre feil og i frykt for hva man setter i gang. Det kan oppstå etiske dilemmaer der det er vanskelig å vite hva som er det rette å gjøre. Det er usikkerhet i forhold til meldeplikten til barneverntjenesten og det er liten tillit til

barneverntjenesten generelt. Det kan være ubehagelig for behandler å melde saken videre på grunn av frykt for å bryte en god behandlingsallianse, og for å ødelegge en fin utvikling i familien. En har i noen tilfeller for stort fokus på de positive tingene foreldrene gjør, og en kan tenke at BUP selv kan gjøre tilstrekkelig for å hjelpe barnet.

4.1.3 Vi handler på bakgrunn av vanskelige avveininger

Dette funnet omhandler hva informantene faktisk gjør i de tilfellene der en går videre med den mistanken eller kjennskapen en har om at et barn har vært eller er utsatt for vold, og hva de tenker en bør gjøre dersom en får kjennskap til at et barn har vært eller blir utsatt for vold i familien.

Datamaterialet viser at to av informantene mente at vi i de senere år har fått et større fokus på, og er blitt mer bevisst på vold i nære relasjoner i klinikken. Alle informantene oppga at vi innehar kompetanse nok til å håndtere disse sakene på en god måte.

3 av 4 hadde en formening om at vi har god kjennskap til de nasjonale veilederne for hvordan en bør gå frem i når en får mistanke eller avdekker at et barn er utsatt for vold av en av sine nærmeste. Informantene mente at en burde melde til barneverntjenesten dersom man var bekymret. En av informantene rapporterte om at han/hun syntes at en i dag i klinikken er blitt mer oppmerksomme på at vold i familien forekommer, og at en er blitt mer striks i måten en forholder seg til meldeplikten enn en var tidligere.

3 av informantene sa at det er knyttet mange vurderinger til hvordan en skal melde. Ved avdekking av grov vold vil saken meldes uten at foreldrene er informert på forhånd. Dersom det er mild vold, vil vurderingen bli gjort ut i fra den kjennskapen behandler har til familien. En vil da prøve å melde i samarbeid med foreldrene, da man i størst mulig grad vil strebe etter frivillighet og samarbeid med familien. To av informantene rapporterte at en også må gjøre vurderinger i forhold til barnets sikkerhet. Her innebærer det som nevnt tidligere vurdering av graden på volden som rapporteres: er volden som er rapportert pågående eller noe som har skjedd for lenge siden, og er det fare for gjentakelse? En oppga at dersom man ikke har den informasjon man trenger, må man prøve innhente denne der det er mulig. En annen oppga at hun/han har inntrykk av at en i dag er mer skjerpet når en får saker der det er mistanke eller avdekket vold, og at en oftere melder til barneverntjenesten uten å vite eller har gjort seg opp en mening om hvilke tiltak som burde settes inn.

”Min erfaring er vel at når det tetter seg til i slike saker så vil alle ha noen å diskutere med om hvordan gå videre, det er ikke alltid at man jobber sammen, men en har i hvert fall et team eller enkeltpersoner som en diskuterer med, eller får veiledning i fra, eller en ber om støtte i fra ledelsen. Det er også viktig i slike saker at man får backing i fra ledelsen, men også fra erfarne kollegaer. Jeg har ikke oversikt over alle, men jeg tror nok på en måte at når denne problematikken kommer opp så tror jeg folk er ganske skjerpet og ønsker å bidra, og ønsker å være en støtte for hverandre.”

3 av informantene oppga at de syntes det var viktig å gi god informasjon om lovverk og skadevirkninger til foreldre i saker der en har mistanke eller kjennskap til at det foregår vold i familien. Datamaterialet viste at alle informantene rapporterte om at i det i slike saker er viktig å prøve å oppnå dialog/samarbeid med familien med hovedfokus på barnets beste. Videre uttrykte de at det var viktig å snakke med både barna og foreldrene. En oppga at det også var viktig å gi informasjon, veiledning og bekreftelse til den ikke voldsutøvende forelder.

3 av 4 informanter oppga at de spør om vold på indikasjon og der det er risikofaktorer i familien. Alle var enige om at det må gjøres noe alle saker der det er mistanke om vold i familien, men hva som må gjøres må vurderes i hver enkelt sak da ingen saker er like. En oppga at hun/han spurte rutinemessig om oppdragerstil, og spør mer inngående og sjekker ut informasjon dersom det rapporteres om såkalt mild oppdragervold. Datamaterialet viste at alle bruker sine tidligere erfaringer i arbeidet med disse sakene. En informant utdypet det med at, jo mer er erfaring en har med å jobbe med disse sakene, jo lettere blir det også å fange opp disse barna da en vet av erfaring hvilke tegn man skal se etter.

4.1.4 Hva bør gjøres videre i forhold til denne problematikken?

Alle informantene hadde en formening om hvordan en på BUP kan bli bedre til å avdekke om et barn er eller har vært utsatt for vold, og til å ivareta det på en bedre måte en i dag.

3 av 4 informanter oppga at de mente at en bør spørre rutinemessig om vold i familien. En utdypet dette med å komme med forslag om hva en kan spørre om for å få tak i om det kan være vold i familien:

”Jeg spør hva slags oppdragelse de utøver i forhold til sine barn - hva gjør du når barnet ikke følger dine bestemmelser, hva gjør du når du blir sint?”.

Informanten fortalte videre at hun/han også spurte om hvilken oppdragelse de som foreldre fikk som barn, da egne foreldre ofte er rollemodeller for hvordan en selv igjen oppdrar sine

barn. To av informantene mente at man må være aktiv i samtalen med familien, være uredde og bare spørre. Alle informantene oppga at det å ha en helhetlig tankegang i utredningen av et barn er viktig for å få tak i flest mulig aspekter av et barns liv, også det psykososiale. Videre rapporterte alle informantene at de tenkte at det er viktig å få tak i om et barn er utsatt for vold i utredningsfasen i forhold til det å stille rett diagnose og gi rett behandling. For å få dette til rapporterte en at det er viktig at en har god systematikk i utredningen av alle barna. Videre sa den samme informanten at det er viktig at alle har kunnskap om at et voldsutsatt barn kan ha symptomer på mange forskjellige diagnoser.

2 av 4 oppga at en bør være bevisst på, og ha kunnskap om at hver hjelpeinstans har forskjellige roller og kompetanse i disse sakene. Alle informantene rapporterte om at en bør strebe etter å få et godt samarbeid instansene i mellom for å kunne gi barnet den hjelpen de trenger og har krav på. To mente at vi bør være en lavere terskel for å melde til barneverntjenesten enn de opplever at det er i dag.

En av informantene oppga at en hele tiden må en være bevisst kompleksiteten i en familie:

”Du kan avdekke at det har skjedd episoder med vold i familien, men samtidig består jo familien ikke bare av disse episodene med vold, den består av kjærlighet, den består av allianser, den består av altså, avhengighet i forhold til hverandre. Det er et veldig komplisert landskap å gå inn i.”

Alle var enige om at det er viktig å ha en god allianse til foreldrene, men at vår plikt overfor barna vi skal utrede og behandle, er ennå viktigere.

2 av 4 informanter oppga at de syntes det er viktig å få veiledning av kollegaer og ledere i disse sakene da det ofte er komplekse saker med mange vanskelige avveininger og vurderinger.

2 mente at dersom en får mer kunnskap og erfaring, vil det være lettere å handle riktig i saker som omhandler voldsutsatte barn. En av informantene oppga at spesifikk kunnskap om hvordan en kan avdekke vold i familien er viktig.

Oppsummert kan en se at det i den siste tiden er økt bevissthet rundt problematikken med vold i nære relasjoner i klinikken. Den viser at man tenker at en i utgangspunktet har nok kompetanse til å kunne håndtere disse sakene på en god nok måte. En er også blitt mer bevisst måten man forholder seg til meldeplikten på og at det er knyttet mange vurderinger til hvordan en sak skal meldes til barneverntjenesten. Datamaterialet viser alt i alt at det allerede foreligger mye kompetanse på hva som bør gjøres og hvordan det bør gjøres dersom man får

kjennskap til vold i familien. Informantene hadde også fokus på erfaring og det å hente støtte hos andre kollegaer, at dette bidrar til at en tør å gå inn i problematikken.

5.0 Diskusjon

Formålet med denne studien var å undersøke hvordan BUP-behandlere handler i møte med voldsutsatte barn – Hvordan handler vi når vi får mistanke om eller kjennskap til at et barn er utsatt for vold i nære relasjoner? I dette kapitlet vil jeg diskutere mine funn i lys av de 3 forskjellige begrepene som gikk igjen og som utmerket seg som viktige i mitt datamateriale. Jeg vil ta for meg hvert av funnene, se på årsakene til hvorfor det er slik, for så å diskutere dem i lys av begrepene jeg har valgt. Jeg vil i tillegg prøve å bruke KLOK-modellen som et verktøy for å se om dette er en modell som kan være nyttig når en kommer opp i etiske dilemmaer knyttet til barn utsatt for vold i nære relasjoner. Mine funn i feltarbeidet vil jeg ta med meg underveis i diskusjonen.

5.1 Vi handler ikke

Alle informantene hadde et inntrykk av at det er en mulighet for at mange barn går gjennom BUP-systemet uten at det blir oppdaget at de har blitt eller blir utsatt for vold i hjemmet. Mitt første funn, vi handler ikke, omhandler det at volden ikke oppdages gjennom utredning og behandlingsforløpet på BUP. Det blir ikke satt fokus på muligheten for at barnet har vært utsatt for eller utsettes for vold i hjemmet. Det blir i beste fall spurt ett spørsmål til foreldrene under selve utredningen, noe de fleste foreldrene avkrefter. Dette samsvarer med eksisterende forskning som eksempelvis Reigstad, m.fl.(2006) og Ormstad, m.fl. (2012) sine studier.

Ut fra datamaterialet ser det ut til at årsakene til at vi ikke handler er lite fokus på tematikken fra ledelsen og den overordnede holdningen i klinikken generelt; det er ikke vår oppgave å avdekke vold i familien. Det later til at det er en ansvarsfraskrivelse fra både ledelse og ansatte. Fokus på andre temaer som henvisning, bestilling og hvilke symptomer barnet viser blir prioritert. En har for liten fokus på tematikken under utredning; en får ikke informasjon om vold med dagens utredningsrutiner og kravet om snarlig diagnose. Det er utydelighet i forhold til hvordan disse sakene skal håndteres på systemnivå mellom de ulike instansene og det er kompliserte saker og sette seg inn i.

Informantene har her kommet med noen tanker om hva det er som gjør at et barn kan gå gjennom BUP-systemet uten at den opplevde volden blir oppdaget. Årsakene til at vold i nære relasjoner frem til nå ikke har vært et prioritert fokusområde i psykisk helsevern for barn og unge kan være mange.

BUP står overfor mange krav både fra sykehusledelse og fra forskjellige fagområder om hva vi skal ha fokus på til enhver tid. Det følger sjelden ressurser med disse kravene i form av midler eller flere ansatte. BUP er en universitetsklinikk, noe som fører til at det er krav om å undervise og veilede andre. Mange behandlere er selv under utdanning eller holder på med forskjellige prosjekter i sine fagfelt, og tiden strekker derfor ofte ikke til. I tillegg er det krav til å ha en viss andel pasienter hver dag, for å sikre en best mulig inntjening til klinikken. Klinikken får refusjon fra NAV i forhold til hvor mange pasientsamtaler en har. Det blir med dette vanskelig å fokusere på alt en kunne ønske på grunn av tidspress og lite ressurser. BUP har i tillegg stort foreldrefokus, der denne studien viser at dette kan føre til at vold blir et tabubelagt tema.

Det at BUP er en del av et sykehussystem med fokus på individrettet behandling av sykdom kan være en av årsakene til lite fokus på voldsproblematikk. Den medisinske tradisjon har større fokus på symptombeskrivelse, rask diagnostikk, medisiner og evidensbaserte behandlingsmetoder, enn på årsakene bak symptomene, på pasientens familie og nettverket barnet er en del av. Jeg vil her vise til studien av Rose, m.fl.(2010) som bekrefter dette. Både brukerne og behandlerne rapporterte i denne studien at den medisinske diagnostikken og behandlingsmodellene med stort fokus på symptomer kan fungere som en barriere mot å spørre og å fortelle om vold i nære relasjoner. Til tross for at denne studien er gjort i England kan resultatene sammenlignes med forholdene i Norge da helsesystemet i begge land har mange likheter.

Under seminaret "Barnefokuset behandling etter vold i nære relasjoner" ble det diskutert rundt hva det er som gjør at en er så redd for å spørre om vold. Det kom opp en del mulige forklaringer som for eksempel; Det er ubehagelig å se, vi møter vår egen sårbarhet i møte med barnet, en identifiserer eller overidentifiserer seg med foreldrene og vi har for liten kunnskap om hvordan gå frem. En del av de samme forklaringene som kom opp her, kom også frem i datamaterialet i denne studien. Jeg skal gå mer inn på noen av disse årsaksforklaringene under neste hovedfunn, men vil ta det med her da det også kan være individuelle årsaker til at en som behandler ikke ser eller ønsker å oppdage disse barna. En ønsker ikke å finne ut av det da det kan bli for vanskelig å håndtere både følelsesmessig og faglig.

Jeg vil her diskutere om det er mulig å få en god allianse med et barn som er utsatt for vold dersom BUP ikke har kjennskap til eller oppdager volden i løpet av utrednings og behandlingsforløpet. Jeg har som nevnt tidligere valgt å bruke Bordins (1979) definisjon av

allianse, da han legger mer i begrepet enn bare det emosjonelle båndet som oppstår mellom behandler og pasient som ofte går igjen i andre definisjoner. I et forløp på BUP er det ofte ikke bare barnet en er avhengig av å få en allianse til, en må også få en allianse til foreldrene. Slik jeg ser det kan det være mulig å bli enig om terapiens mål, samt de terapeutiske oppgavene med både barnet og foreldrene. Dette er de to første komponentene i Bordins definisjon av allianse. Det kan derimot bli vanskelig å få et godt emosjonelt bånd mellom behandleren og pasienten da en her er avhengig av tillit, at barnet stoler på behandleren og at en viser gjensidig respekt for hverandre. Dersom et barn er utsatt for vold i hjemmet uten at behandler har kjennskap til dette, vil barnet ofte gjøre alt for å skjule det i lojalitet til foreldrene, og redsel for hva som kan skje dersom det blir oppdaget (Rose, m.fl., 2010). Denne tilbakeholdelsen av viktig informasjon og mulig forklaring til hvorfor barnet har problemer vil kunne få konsekvenser i forhold diagnostisering og hvorvidt behandlingen vil ha effekt. Det samme gjelder for foreldrene. En forelder som utøver vold mot sitt barn vil også ønske å skjule det. Forelderen vil sannsynligvis komme med mange andre årsaksforklaringer for hvorfor barnet har problemer. Dersom terapeuten likevel jobber godt med alliansebygging og barnet får den nødvendige tillit til terapeuten, kan dette gi barnet mulighet til å fortelle om det de har opplevd. Spørsmålet blir da om behandler tar dette på alvor, går videre med informasjonen, og gjør de grep som er nødvendig for å ivareta barnet. Dette vil bli mer diskutert under neste funn, da det handler om at en av og til ikke går videre med den kunnskapen eller mistanken en har, om at et barn er utsatt for vold.

Under intervjuene nevnte alle informantene flere ganger at en alltid må ha barnets beste i fokus i vårt arbeid på BUP, uten å definere noe nærmere om hva de legger i dette begrepet. Når det gjelder prinsippet om barnets beste, slik det er beskrevet i Barnekonvensjonen artikkel 3, så vil det si at når behandlere på BUP ikke handler, ikke oppdager at barn blir utsatt for vold i familien være i konflikt med prinsippet om barnets beste (Regjeringen, 2012). Det gagnar ikke barnet at hjelpeapparatet er unnvikende og ikke tar tak i en problematikk som kan føre til store konsekvenser for både barnets psykiske og fysiske helse i fremtiden. Disse konsekvensene er godt dokumentert i flere store studier som for eksempel i Raundalen (2009) og FN (2006). Ovennevnte viser at det på dette området er nødt til å bli gjort noe aktivt i psykisk helsevern for barn og unge slik at disse barna kan bli fanget opp så tidlig som mulig.

Som vist under mitt feltarbeid kan det se ut til at dette er under endring. Fokuset har begynt å rette seg mot denne problematikken også i spesialisthelsetjenesten. Det har i løpet av det siste halvåret blitt arrangert konferanser og seminarer om barnevold der klinikkledelsen har vært

tydelig, og oppfordret ledere til å sette dette på dagsorden i sine avdelinger. En kan stille seg spørsmål om det i realiteten har blitt et større fokus, eller om det er jeg som har blitt mer oppmerksom på dette under arbeidet med forskningsprosjektet mitt. Etter flere år i tjenesten vil jeg kunne påstå at fokuset er blitt større da jeg også tidligere har vært oppmerksom på ovennevnte problematikk. Utfordringen fremover blir å sette av både tid og ressurser slik at barn blir oppdaget så tidlig som mulig, og at BUP kan handle i tråd med prinsippet om barnets beste i barnekonvensjonen artikkel 3.

For å ha et etisk dilemma må en erkjenne at en har en konflikt. Er det at barn utsatt for vold i familien ofte ikke blir oppdaget i BUP et etisk dilemma? Slik jeg forstår Henriksen og Vetlesen (2000) i sin bok "Nærhet og distanse" er det at en ikke foretar seg nok for å finne ut om et barn er, eller har vært utsatt for vold i familien, ikke et direkte dilemma, men en etisk utfordring. Dette fordi en vet at det er galt, og en ser at en må gjøre noe da en handler i konflikt med prinsippet om barnets beste i barnekonvensjon artikkel 3. Barn kan gå gjennom både utredning og behandling uten at volden blir oppdaget, noe som ikke er etisk forsvarlig i forhold til kunnskap vi har om skadevirkninger av det å ha vært vitne til vold, og direkte utsatt. Uten denne kjennskapen kan barnet bli feildiagnostisert og få feilbehandling, i verste fall en behandling som er kontraindisert. En kan med det være med på å opprettholde systemer i familien som er direkte skadelig for barnet. Spørsmålet blir da hvordan vi skal klare å avdekke volden i familien så tidlig som mulig.

Ormhaug, m.fl. (2012), Read og Fraser (1998) og Rose, m.fl. (2010) har alle kommet med forslag til hvordan en skal klare å avdekke volden på et tidligere tidspunkt enn det som blir gjort i dag. De foreslår en bred rutinemessig kartlegging ved inntak, og opplæring av alle ansatte om når og hvordan man skal spørre om vold, og videre hva en skal gjøre for å ivareta pasienten på en best mulig måte i etterkant. Jeg vil her prøve å se om det er mulig å bruke KLOK- modellen i forhold til en tenkt løsning på en etisk utfordring. Kjernen her er at BUP ikke ofte nok avdekker at et barn er eller har vært utsatt for vold i familien sin. Ut fra anbefalingene ovenfor er min forforståelse av dette at løsningen kan være at BUP må klare å avdekke flere tilfeller av vold gjennom klare kartleggingsrutiner og opplæring av alle ansatte. Dersom en klarer det vil det føre til at den viktigste etiske utfordringen forsvinner.

Når en da skal se på likheter med andre situasjoner der man har erfaring med å løse de på en god måte, vil jeg trekke frem det fokuset som har vært på utredning og behandling av forskjellige atferdslidelser som hyperkinetisk atferdsforstyrrelse (ADHD), atferdsforstyrrelse

og opposisjonell atferdsforstyrrelser i klinikken over mange år. Det er gjort mye forskning på forskjellige utrednings og behandlingsmetoder, og det er satset mye på opplæring i forskjellige behandlingsmetoder for å kunne ivareta denne gruppen på en best mulig måte.

En kan tenke seg at foreldrene og nettverket rundt barnet kan bli overrasket eller krenket over at barnet må kartlegges i forhold til vold og traumer dersom barnet er henvist for noe annet. Dette vil ikke være et problem dersom behandlerne vet hvordan en skal gå frem, og kan informere dem om at dette er en kartlegging som alle pasientene må gjennom for å kunne gi den best mulige oppfølgingen av barna deres. Dersom det kommer frem at barnet er utsatt for vold, vil behandlerne da også være i stand til å følge opp barnet og foreldrene på en god måte. På denne måten tar løsningsforslaget hensyn til omstendighetene i saken. I tillegg viser forskningen henvist til tidligere at dette nytter. En må også ta hensyn til tid og ressursbruk i klinikken. En må med dette være villig til å prioritere å bruke både tid og ressurser på dette i en kort periode. Dersom dette gjøres på en god måte vil det på lang sikt lønne seg i forhold til både tid, ressurser og ikke minst i forhold til de barna som nå får hjelp. Konsekvensene ved dette blir at det blir lettere for BUP å oppdage flere barn som er utsatt for vold i familien og kunne tilby den hjelpen de trenger. Slik jeg ser det, blir også kontrollpunktene Vetlesen og Henriksen (2000) visertil ivaretatt.

Dette er en noe forenklet fremstilling, der alle relevante hensyn nok ikke er tatt med. En vil med dette neppe klare å oppdage alle barn utsatt for vold, da mange ikke vil fortelle om det til tross for direkte spørsmål, men derfor er det spesielt viktig at behandlerne får opplæring i når og hvordan de skal snakke med barn og foreldrene om dette. Målet med denne modellen var å vise hvordan en kan tenke og reflektere over forskjellige løsninger når en står foran et etisk dilemma, eller en utfordring som vist her.

5.2 Vi handler feil på grunn av manglende kunnskap og erfaring

Årsaksforklaringene i forrige kapittel vil i stor grad også gjelde for dette funnet, men i forrige kapittel ble det sett på forklaringer på systemnivå. Diskusjonen i dette kapitlet vil være mer rettet mot et individnivå, forholdet mellom behandler og pasient, og om forskjellige etiske dilemmaer hver enkelt behandler kan komme i.

Oppsummert viser datamaterialet at årsakene til at vi handler feil kan være utydelige rutiner, usikkerhet, manglende kunnskap og opplæring i forhold til hva som bør gjøres. En kvier seg

for å spørre i frykt for å gjøre feil, og i frykt for hva man setter i gang. En kommer i etiske dilemmaer der det er vanskelig å vite hvordan man skal forholde seg. Det kan være usikkerhet i forhold til meldeplikten til barneverntjenesten og det er ofte liten tillit til barneverntjenesten generelt. Det kan være ubehagelig for behandler å melde saken videre, en er redd for å bryte en god behandlingsallianse og for å ødelegge en fin utvikling i familien. Man har for stort fokus på de positive tingene foreldrene gjør, og en kan av og til tenke at BUP selv kan gjøre tilstrekkelig for å hjelpe barnet.

Etter gjennomgangen av datamaterialet er det spesielt ett spørsmål jeg sitter igjen med. Er det slik at man i disse situasjonene velger den løsningen som er enklest og mest behagelig for den enkelte behandler, med bakgrunn i at en ikke ønsker eller tør å komme i disse dilemmaene? Årsakene som kom frem under seminaret "Barnefokusert behandling etter vold i nære relasjoner" var: det er ubehagelig å se, en frykter for mye, vi møter vår egen sårbarhet i møte med barnet, en identifiserer eller overidentifiserer seg med foreldrene, vi har for liten kunnskap om hvordan gå frem, vi er redde for hvilke konsekvenser det kommer til å få for barnet, vi er redde for å blande oss i andres privatliv og en er redd for å ta feil. Som vi ser går flere av årsaksforklaringene på oss selv som behandlere. Hovedårsaken til at det blir slik har trolig med for liten kunnskap og opplæring i hvordan håndtere disse sakene.

Jeg vil nå diskutere det at vi handler feil eller unnlater å handle til tross for at vi har en mistanke eller visshet om at det barnet er utsatt for vold i lys av begrepene jeg har valgt.

En av hovedårsakene til at en ikke går videre dersom man får mistanke eller visshet om vold i en familie er i følge datamaterialet frykt for å ødelegge en god allianse til barnet og foreldrene. En går ofte ikke videre dersom man får mistanke eller visshet om vold i familien i frykt for å ødelegge en god allianse til barnet og foreldrene. I Bordins definisjon av allianse er alle tre komponentene likeverdige og avhengige av hverandre. Som nevnt tidligere er ofte en behandlingskontrakt i BUP satt opp mellom behandler og foreldrene, om barnet har deltatt kommer an på alder. Foreldrene er ofte de viktigste personene i barnets liv, og behandler er nødt til å forholde seg til dem da de har makt over barnet. Foreldrene kan ta barnet ut av behandlingen dersom de ikke er enig i behandlerens behandlingsplan. Behandler er med dette nødt til å få en god allianse til både barnet og foreldrene. Dersom behandler i samarbeid med foreldre og pasient har klart å danne en type allianse med utgangspunkt i Bordins definisjon uten at behandler vet, eller går videre med mistanken om eller kjennskapen til at barnet har vært eller blitt utsatt for vold, er dette da en god allianse og vil behandlingen ha den effekten

som er ønskelig? I følge tidligere studier vil svaret på dette spørsmålet være nei. Begrunnelsen for dette er at barn kan bli feildiagnostisert, og som følge av det bli feilbehandlet. En god behandlingsallianse til barnet er vanskelig å få dersom en ikke kjenner til, eller går videre med mistanken eller den kjennskapen en har om vold i familien. Alliansen blir dannet på falske premisser. Alliansen vil ikke være god i utgangspunktet da de tre komponentene i Bordins definisjon ikke er likeverdige, og en trenger dermed ikke være redd for å ødelegge den.

Dersom behandler likevel klarer å få det emosjonelle båndet som er en del av Bordins definisjon av allianse, og barnet forteller om at det blir utsatt for vold i sin nærmeste familie, hva er da viktigst for behandler, alliansen til foreldrene, eller ivaretagelse av et barn som har fortalt om hva det blir utsatt for i håp om at behandler kan hjelpe? I følge datamaterialet mitt mener informantene at en alltid skal ha barnets beste i fokus, men klarer man det, dersom man ikke går videre med de opplysningene man sitter inne med? Svaret er på nytt nei, man handler i konflikt med prinsippet om "Barnets beste" i barnekonvensjonen.

Har man i stedet foreldrenes eller sitt eget beste i fokus? Ut fra Fjermestad (2012) og Røbergs (2011) artikler og datamaterialet mitt kan det se ut til at en ofte har et større fokus bevisst eller ubevisst på konsekvensene for en selv som behandler og for foreldrene, enn for barnet i saker der en unnlater å gå videre med mistanke eller visshet om at et barn er eller har vært utsatt for vold i familien sin.

Ovennevnte og datamaterialet i denne studien viser at en står overfor mange etiske utfordringer og dilemmaer i disse sakene. Etiske dilemmaer som kan oppstå er som nevnt ovenfor, på hvem har man fokus, seg selv, foreldrene eller barnet? Bør man melde til barneverntjenesten eller ikke, og hvilke konsekvenser vil det ha for de berørte partene? Skal man informere foreldrene om en eventuell melding til barneverntjenesten på forhånd? Hva vil skje med behandlingsalliansen dersom man går videre med sin bekymring og hva vil skje dersom man tar feil? Når man står overfor et etisk dilemma vet en ofte ikke på forhånd hva som vil være rett, og i slike saker som dette er det heller ingen fasitsvar. Henriksen og Vetlesen (2000) sier i sin bok "Nærhet og distanse" at man en alltid har en forforståelse for hva saken en møter gjelder, man vil som oftest ut i fra det ha et umiddelbar gitt forslag til løsning. Dersom man er bevisst dette i sitt daglige virke kan man stoppe opp for å sjekke om den løsningen som synes mest hensiktsmessig er etisk forsvarlig ved å ta i bruk etiske refleksjonsmodeller som for eksempel KLOK-modellen. Problematikken vil bli mer synlig og håndgripelig når den reflekteres over i lys av modellen. En vil se at det ikke er etisk forsvarlig

å være unnlattende og konsekvensene vil bli mer synlige. Dersom en skal gjøre dette fordrer det et godt samarbeid kollegaer i mellom, og avsatt tid til å diskutere etiske dilemmaer i hverdagen.

5.3 Vi handler med bakgrunn i vanskelige overveininger

Til tross for foregående funn, finner jeg også at en i mange situasjoner handler i henhold til nasjonale retningslinjer i møte med voldsutsatte barn. Datamaterialet viser samlet sett at det i den siste tiden er blitt mer bevissthet rundt denne problematikken i klinikken. En tenker at en i utgangspunktet har nok kompetanse til å kunne håndtere disse sakene på en god nok måte. En er også blitt mer bevisst måten man forholder seg til meldeplikten på, og det er knyttet mange vurderinger til hvordan en sak skal meldes til barneverntjenesten. Datamaterialet viser alt i alt at det allerede foreligger mye kompetanse på hva som bør gjøres og hvordan det bør gjøres dersom man får kjennskap til vold i familien.

Hva kan så årsaken til gapet mellom hva vi vet og hva vi gjør være? Kompetansen er der med hensyn til hva som bør gjøres, men man lykkes likevel ikke med å overføre dette til praksis. Kan det være slik at en vet hvordan en skal handle, og gjør det korrekt når det er helt klart at det er vold i familien, og en ser at en er nødt til å handle? Dette spørsmålet har jeg ikke funnet et klart svar på, men ut i fra denne studien, kan det tyde på det. Dette ser jeg på som et viktig funn da det viser at en nødvendigvis ikke er handlingslammet og at en noen ganger tar de nødvendige grep når situasjonen er så alvorlig at det krever det.

Datamaterialet viser at det er kompetanse i klinikken, men at det er tilfeldig hvem som innehar denne på dette området. Informantene ga imidlertid uttrykk for at dersom man står oppe i en situasjon man er usikker på, men der man ser at en er nødt til å handle, søker man råd hos de som har den nødvendige kompetansen, og drøfter problemstillingen med ledelsen der det er nødvendig. En søker også råd hos andre instanser som hos barneverntjenesten og politi.

Ut i fra datamaterialet kan det se ut til at det foreligger god kompetanse også i forhold til hvordan en konkret kan gå frem for å avdekke vold i flere familier enn det gjøres pr i dag. Både intervjuene og mitt feltarbeid viser at behandlerne generelt synes at det er et for lite fokus på vold i nære relasjoner i klinikken. Det er i dag enkeltpersoner som tar initiativ til å

bringe det på bane. Det kan se ut til at behandlerne ønsker en endring, de ønsker at det skal bli satt fokus på voldsutsatte barn. Med dette bakteppet kan det være at en ikke har så lang vei å gå for å få til en endring i tankemåte og praksis blant behandlerne.

Datamaterialet viser at alle informantene mente at en under et utrednings- og behandlingsforløp i BUP skal ha barnets beste i fokus. Behandlerens allianse til foreldre eller andre omsorgspersoner må komme i bakgrunn der det er vold i familien. Dette er en holdning som samsvarer med prinsippet om barnets beste i barnekonvensjonen artikkel 3. I følge Fjermestad (2012) artikkel viser forskning at det motsatte er tilfelle, behandlere har ofte en sterkere allianse til foreldrene enn barnet. Det kan være viktig her å påpeke at den forskningen som han viser til ikke er gjort i spesielt i forhold til voldsutsatte barn. Spørsmålet blir da hvordan en kan sikre seg at en faktisk har barnets beste i fokus i disse sakene. I tillegg til forslagene til endring fra Rødberg (2012), Ormstad, m.fl. (2012), Rose, m.fl. (2010) og Read og Fraser (1998) kan det i det daglige være nyttig å benytte seg av Henriksen og Vetlesens (2000) KLOK-modell, for å teste ut sin forforståelse og forslag til løsning av saken man står opp i for å se om løsningen er et velbegrunnet etisk resonnement. Her vil samarbeid bli viktig da det i følge Henriksen og Vetlesen (2000) er i interaksjon med andre enn har størst mulighet å utvikle vår forforståelse. Dette blir også påpekt som viktig i datamaterialet. Spørsmål man kan for eksempel stille er om man har barnets beste i fokus i den løsningen som først trer frem, eller er det hensynet til foreldrene eller en selv. Ved å gå punktvis gjennom modellen vil en kunne få svar på eventuelle spørsmål.

Under intervjurunden fremla jeg to selvopplevde caser, jeg vil her referere til det caset jeg tidligere har beskrevet i denne avhandlingen. Dilemmaet mitt her var om jeg skulle snakke med mor og hennes samboer før jeg sendte melding til barneverntjenesten eller ikke. Spørsmålet var om informantene var enige i mitt løsningsforslag i denne saken. I caset var barnet informert om meldingen på forhånd og ønsket den velkommen. Mors samboer var den som her utsatte barnet for vold i form av et voldsomt sinne og verbale angrep på en slik måte at alle barna i familien ble skremte. Dette var svært belastende for barnet da det tidligere også hadde opplevd både fysisk og psykisk vold i familien. Løsningen jeg så for meg var at en kunne informere mor og samboer om meldingen til barneverntjenesten i forkant. Dette da barnet pr i dag ikke var utsatt for umiddelbar fare, og situasjonen rundt barnet var stabil. Jeg ønsket å innkalle både barnet, mor og samboer til en samtale for å skape en dialog med familien, samt forsøke å få en dialog dem i mellom. På dette møtet ville jeg i tillegg informere mor og samboer om hvilke skadevirkninger samboers sinne kan ha for et barn som fra før har

alvorlige voldserfaringer bak seg. Videre ville jeg prøve å få til et samarbeid med familien om å sende melding til barneverntjenesten.

Datamaterialet viser at det i denne situasjon var enighet om at en skulle sende en bekymringsmelding til barneverntjenesten, og at en kunne snakke med mor og samboer på forhånd. Jeg vil med dette bruke KLOK-modellen for å sjekke om denne løsningen var etisk velbegrunnet. Jeg må først finne ut hva som er kjernen i problemet. Dette kan i følge Henriksen og Vetlesen (2000) være vanskelig, men slik jeg ser det handler det her om forholdet mellom ønsket å være åpen og ærlig overfor mor og samboer og barnets sikkerhet. Er det trygt for barnet at mor og samboer får vite om meldingen til barneverntjenesten på forhånd. Barnet var som nevnt ikke i umiddelbar fare og situasjonen i familien var på det tidspunktet stabil. Når det gjelder likhet, kan en se på lignende situasjoner der en har god erfaring med å informere om melding på forhånd, og der en har klart å opprette et godt samarbeid rundt barnet i familien i etterkant. De relevante omstendighetene i denne saken var behandlers ansvar for å ivareta barnets sikkerhet, behandlers ønske om å være åpen og ærlig overfor mor og samboer, og behandlers meldeplikt til barneverntjenesten. Konsekvensene med denne løsningen er at en mor og samboer blir informert om årsaken til behandlers bekymring og hva de kan bidra med i forhold til det. De blir tatt med inn i et samarbeid sammen med barnet for å endre situasjonen, i stedet for å bli holdt utenfor. Barnets problemer blir tatt på alvor og sikkerheten rundt barnet blir i varetatt. Når det gjelder kontrollpunktene ser vi at gjennomgangen av KLOK har gitt det en trenger for å begrunne løsningsforslaget. Løsningen strider ikke i mot grunnleggende etiske normer eller rettigheter slik jeg vurderer det. Holdninger som signaliseres ved dette løsningsforslaget er respekt overfor både barnet og foreldrene til tross for at behandler er pålagt å gjøre noe som kan oppfattes som krenkende for familien. Det viser også et ønske om å ivareta alle parter på en best mulig måte. En inviterer til en dialog for å hjelpe familien til nødvendig endring.

Som tidligere er også denne fremstillingen noe forenklet, men viser her hvordan man helt konkret kan innføre etisk tenkning i klinisk praksis ved å benytte denne modellen som et verktøy. Under intervjuene kom det frem at alle behandlerne bevisst eller ubevisst var innom alle punktene i denne modellen når de sto overfor vurderinger og avveininger i komplekse saker og etiske dilemmaer. Dette er en måte en kan sette disse tankene i et system.

Innledningsvis reflekterte jeg rundt dette med å informere foreldrene på forhånd før en melder

til barneverntjenesten i voldssaker. Datamaterialet viser at det ikke er et enkelt svar her, og at det er mer nyansert enn ett enten eller svar. En må i hver enkelt sak vurdere hva som vil være den beste løsningen, og for å gjøre det kan en som jeg har gjort her bruke KLOK-modellen som et verktøy.

6.0 Avslutning

Det mest urovekkende funnet i denne studien er at det er sannsynlig at mange barn utsatt for vold i familien går gjennom både utredning og behandling i BUP, uten at volden blir berørt eller oppdages. En har for liten fokus på at vold i familien kan være en årsak til barnets symptombylde. Med bakgrunn i dette kan en si at en ikke arbeider i tråd med prinsippet om barnets beste, og det etiske dilemmaet som ligger i å unnvike tematikken reflekteres det i liten grad over i den kliniske hverdagen. Forskning viser at barn sjelden forteller om vold i familien på eget initiativ i lojalitet til og frykt for represalier fra familien.

Datamaterialet viser videre at der behandlere får mistanke om at et barn er utsatt for vold råder det stor usikkerhet om hvordan en skal håndtere det. En kommer da opp i flere etiske dilemmaer om hva som blir det rette å gjøre i hver enkelt sak. Usikkerhet, utydelige rutiner, retningslinjer og liten erfaring kan bidra til at man ikke handler, eller handler feil i forhold til hva som er det beste for barna. En trenger kunnskap, gode retningslinjer og et godt samarbeid med sine kollegaer for å ha mot nok til å håndtere disse sakene.

Til tross for overnevnte viser datamaterialet også at det kan se ut til at en faktisk handler riktig og i tråd med prinsippet om barnets beste i de sakene der volden er kjent og der det er tydelig at en her må gjøre noe.

Ut i fra denne studien kan det se ut til at det allerede foreligger mye kompetanse og vilje til å bidra blant behandlerne. Utfordringen blir å få satt arbeidet med vold i nære relasjoner i et system slik at man ikke er avhengig av enkeltpersoners egeninteresse for at volden skal oppdages. Det bør fra overordnet hold være en holdning om at det å avdekke vold i nære relasjoner er noe spesialisthelsetjenesten skal og bør gjøre. For barna og familien kan det få store konsekvenser når hjelpeapparatet er nølende. Vi vet at tidlig hjelp er god hjelp, så for å kunne forebygge at barn får alvorlige skader eller traumer som følge av vold i hjemmet må en sette fokus på tema, ha en bred opplæring av alle ansatte, ha tydelige rutiner og retningslinjer slik at tematikken hele tiden ligger som et bakteppe hos alle behandlerne både under utredning og behandling. Som et første skritt på veien kan det å benytte seg av KLOK-modellen være et godt verktøy for å reflektere over etiske dilemmaer og om de eventuelle løsningsforslag en har, er gode i møtet med barn utsatt for vold i familien. På en slik måte kan en forhindre at barn utsatt for vold i familien kan gå gjennom hele forløpet ved BUP uten at volden oppdages.

6.1 Videre forskning

Det foreligger pr. i dag lite forskning på hvordan behandlere, ansatte i spesialisthelsetjenesten handler i møte med voldsutsatte barn. Fremtidig forskning bør studere tematikken mer inngående, og undersøke hvorvidt det er en dominerende trend i større utvalg at en ikke har fokus på vold som mulig årsaksforklaring på psykiske lidelser hos barn og ungdom, og at BUP- behandlere i liten grad handler når de mistenker vold i familien og eventuelle årsaker til det. Studier av hva som ligger av ressurser og begrensninger på ledernivå bør sees nærmere på i forhold til at behandlerne mener at mye av arbeid med å avdekke vold har sine begrensninger på dette nivået. I tillegg ville det være interessant å sammenligne barna og deres foreldres opplevelse av allianse med terapeut ved terapiens slutt i de tilfeller der anmeldelse foreligger med og uten foreldres kunnskap om dette.

6.2 Begrensninger og styrker ved forskningen

Denne studien er en kvalitativ studie med fire informanter, der størrelsen på utvalget er en klar begrensning i forhold til å kunne generalisere resultatet til å gjelde alle behandlere på BUP. Resultatet i studien bør derfor tolkes med forsiktighet.

I og med at jeg i forskningsperioden også har jobbet som behandler i BUP og dermed hatt et innenfrablikk, kan viktige elementer være oversett. I tillegg kan analysen være preget av min subjektive forforståelse og mitt engasjement. Jeg har stått alene for utvelgelse av informanter, analyse av datamaterialet, samt konklusjonen. Dette kan sees på som en metodisk svakhet. Dette har jeg prøvd å kompensere for ved å beskrive detaljert hvordan datamaterialet har blitt analysert, slik at kunnskapen som genereres kan framstå som etterprøvable.

Likevel har denne studien vist klare temaer det er viktig å se mer på ved videre forskning i større utvalg og vil derfor ha stor verdi av den grunn, også som preliminært studie vil den kunne ha stor betydning. Studien er også med på å gi støtte til tidligere forskning om at vold ved BUP ikke registreres. I tillegg har den utover dette vist at årsaken til at det ikke registreres ikke nødvendigvis er tegn på at det ikke oppdages slik tidligere studier antar. Mistanken og kunnskapen kan være tilstede uten at vi handler ut fra det som er det beste for barnet.

7.0 Referanser

7.1 Nettsider

Alternativ til vold (2010): Definisjon av vold. Sist besøkt 22.08.12.

http://www.atv-stiftelsen.no/index.cfm?kat_id=4&subkat_id=72

Barne-, likestilling- og inkluderingsdepartementet (2004): *FNs barnekonvensjon artikkel 3*.
Sist besøkt 23.08.12.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/bld/dok/veiledninger_brosjyrer/2004/fns-barnekonvensjon.html?id=88078

Bordin, E.S. (1979): *The generalizability of the psychoanalytic concept of working alliance*.
Psychotherapy, Theory, Research and Practice, 16, 352-260. Nettpublikasjon, sist besøkt
23.08.12.

<http://psycnet.apa.org/index.cfm?fa=buy.optionToBuy&id=1980-23666-001>

Dahle, Ranneig og Hennem, Nicole (red): (2008): *Barneverntjenestens håndtering av saker med vold og seksuelle overgrep*. Nova rapport5/2008. Oslo, sist besøkt 23.08.12.

<http://www.nova.no/id/17434.010>

Eide, T. og Aadland, E. (2008): *Etikkhåndboka for kommunenes helse og omsorgstjenester*.
Kommuneforlaget AS, Oslo. Nettpublikasjon, sist sett 23.08.12.

www.ks.no/PageFiles/1575/Etikkhandboka.pdf

Fjermestad, Krister W (2011) *Terapeutisk allianse I kognitiv atferdsterapi med barn og unge*.
Tidsskrift for Norsk Psykologforening, [Vol 48, nummer 1](#), 2011, side 12-15. Nettpublikasjon,
sist besøkt 23.08.12.

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=131254&a=2&sok=1

FNs studien (2006): *World report on violence against children*. Geneva. Nettpublikasjon, sist
besøkt 20.11.2010.

<http://www.unicef.org/violencestudy/3.%20World%20Report%20on%20Violence%20against%20Children.pdf>

Helsedirektoratet (2012): *Multiaksial klassifikasjon i psykisk helsevern for barn og unge*. Sist
besøkt 22..08.12

http://www.kith.no/templates/kith_WebPage_2144.aspx

Haaland, Thomas, Clausen, Stein-Erik og Schei, Berit (red)(2005): *Vold i parforhold- ulike perspektiver resultater fra den første landsdekkende undersøkelsen i Norge*. NIBR-rapport, 2005:3. Oslo: Norsk institutt for by og regionforskning, sist besøkt 20.11.10.

<http://www.nibr.no/uploads/publications/8c7695745995ffcac1e73e454d17e63a.pdf>

Justis- og politidepartementet: (2007): *Vendepunkt: Handlingsplan mot vold i nære relasjoner* (2008-2011). Sist besøkt, 22.08.12.

<http://www.regjeringen.no/upload/JD/Vedlegg/Handlingsplaner/Vendepunkt.pdf>

Lovdata:(2008): *Lov 2008-06-20 nr 44: Lov om medisinsk og helsefaglig forskning*. Sist besøkt 16.09.12.

<http://www.lovdata.no/all/hl-20080620-044.html#map002>

Martinsen, Vegard (2005): *Filosofi: En innføring*. Nettpublikasjon, sist besøkt 23.08.12.

<http://filosofi.no/etikk/>

Mossige, Svein og Stefansen, Kari (red): (2007):*Vold og overgrep mot barn og unge. En selvrapporderingsstudie blant avgangselever i videregående skole*. Oslo: Nova rapport 20/07. Nettpublikasjon, sist besøkt 20.11.10.

<http://www.nova.no/id/15705.0?longFormat=1>

Myhre, M.C., og Lindboe, A. og Dyb, G. (2010): *Oppdager sykehusene barnemishandling? En kartlegging av utredningspraksis*. Oslo: Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress. Nettpublikasjon, sist besøkt 22.08.12.

http://www.nkvts.no/biblioteket/Sider/Info_Oppdagersykehusenebarnemishandling.aspx

Nasjonalt kunnskapssenter om vold og traumatisk stress (2012-2014): *Behandling av traumatiserte barn og unge, TF-CBT – Implementering*. Sist besøkt 23.08.12.

<http://www.nkvts.no/fu/sider/prosjektinfo.aspx?prosjektid=1329>

Ormhaug, S., Jensen, T.K., Hukkelberg, S.S., Holt, T. og Egeland, K., (2012): *Traumer hos barn – blir de gjemt eller glemt? Kartlegging av traumatiske erfaringer hos barn og unge henvist til BUP*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, [Vol 49, nummer 3](#), 2012, side 234-240. Nettpublikasjon, sist sett 23.08.12.

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=215173&a=2

Politidirektoratet, seksjon for analyse og forebygging (2010): *Kommenterte STRASAK-tall første halvår 2010*. Sist besøkt 22.08.12.

https://www.politi.no/vedlegg/rapport/Vedlegg_829.pdf

Raundalen Magne (2009): *Vold mot barn- skader*. Bulleteng nr 6.skader, Senter for krisepsykologi og Alternativ til vold. Sist besøkt 20.11.2010

<http://www.atv-stiftelsen.no/filer/Bulleteng%20nummer%206%20Skade.pdf>

Read, John, Fraser, Allen (1998): *Abuse Histories of Psychiatric Inpatients: To Ask or Not to Ask*. Psychiatric Services, 1998. Nettpublikasjon, sist besøkt 23.08.12.

<http://psychiatryonline.org/article.aspx?articleid=81162>

Reigstad, B., Jørgensen, K. og Wichstrøm, L. (2006): *Diagnosed and self-reported childhood abuse in national and regional samples of child and adolescent psychiatric patients: Prevalences and correlates*. Nordic Journal of Psychiatry 2006, Vol. 60, No. 1, Pages 58-66. Nettpublikasjon, sist besøkt 23.08.12.

<http://informahealthcare.com/doi/abs/10.1080/08039480500504933>

Ronge, Kari: (2002): *Over halvparten av barna er vitne til familievold*. Tidsskrift for den norske lægeforening nr 23/2002, sist besøkt 20.11.2010.

http://www.tidsskriftet.no/index.php?seks_id=603104

Rose, D., Trevillion, K., Woodall, A., Morgan, C., Feder, G. og Howard, L. (2010): *Barriers and facilitators of disclosures of domestic violence by mental health service users: Qualitative study*. BJP 2011, 198:198-194. Nettpublikasjon, sist besøkt 22.08.12.

<http://bjp.rcpsych.org/content/198/3/189.short>

Røberg, Liv (2011): *Hvordan kan vold mot barn avdekkes i psykisk helsevern?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening, [Vol 48, nummer 6](#), 2011, side 538-543. Nettpublikasjon, sist sett 23.08.12.

http://www.psykologtidsskriftet.no/index.php?seks_id=144835&a=2

Statens barnehus (2012): Konsultasjonsteam. Sist besøkt 22.08.12

<http://www.statensbarnehus.no/barnehus/tromso/konsultasjonsteam/?lang=nb>

Statens barnehus (2012): Et tverrfaglig kompetansehus. Sist besøkt 22.08.12

<http://www.statensbarnehus.no/>

Storberge, Knut; Justisminister og Lysbakken, Audun; Barne-, likestillings-, og inkluderingsminister (2010). *Vi har ingen å miste*. Kronikk i VG lørdag 15.05. Sist besøkt 20.11.2010.

http://www.regjeringen.no/nb/dep/jd/aktuelt/taler_og_artikler/ministeren/justisminister_knut_storberget/2010/Vi-har-ingen-a-miste.html?id=605008

Wejden, Tonje (2005): *Den gode hjelper. En kvalitativ studie av barnevernets håndtering av saker med fysisk vold*. En hovedoppgave i sosiologi. Nettpublikasjon, sist besøkt 23.08.12.

<http://www.duo.uio.no/publ/iss/2005/25759/barnevernet.pdf>

7.2 Artikler/Bøker

Brinchmann, Berit Store (1998): *Hun "nysgjerrige" med den grønne boka – en feltforsker og "grounded theorist" i nyfødtemedisinsk avdeling*. Vård i Norden 3.

Charmaz, Kathy (2006): *Constructing Grounded Theory-A Practical Guide Through Qualitative Analysis*. Sage Publications Ltd

Corbin, J. M. & Strauss, A. L. (2008) *Basics of qualitative research: techniques and procedures for developing grounded theory*, Thousand Oaks, Calif., Sage.

Fosseskåret, E., Fuglestad, O.L., Aase, T. H., (red): (1997) *Metodisk feltarbeid: Produksjon og tolkning av kvalitative data*.

Hallberg, L. R.-M. (2002) *Qualitative Methods in Public Health Research: Theoretical Foundations and Practical Examples*, Lund, Studentlitteratur.

Hammersly, Martyn & Atkinson (1996): *Feltmetodikk- grunnlaget for feltarbeid og feltforskning*. Ad Notam Gyldendal.

Haavind, H., og Øvreeide, H., (red): (2007): *Barn og unge i psykoterapi. Bind 1: samspill og utviklingsforståelse*. Gyldendal Akademisk.

Henriksen, J-O. og Vetlesen, A-J. (2000): *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker*. Gyldendal Norske forlag AS

Repstad, Pål (1993): *Mellom nærhet og distanse*. Universitetsforlaget.

Thagaard, Tove (1998): *Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*. Fagbokforlaget.

Thornquist, Eline (2006): *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori forhelsefag*. Fagbokforlaget.

Wadel, Cato (1991): *Feltarbeid i egen kultur*. Seek A/S.

Vedlegg 1

Forespørsel om deltakelse i prosjektet ”Vold mot barn”.

Prosjektets formål: Formålet med dette prosjektet er å prøve å finne ut hvordan behandlere på BUP handler i møte med voldsutsatte barn der en i nærmeste familie er voldsutøver. Det er ønskelig å finne ut hvordan behandlerne vurderer hva som skal gjøres i disse sakene gjennom spørsmål som: blir anbefalte prosedyrer fulgt, vurderes alle sakene likt, eller vurderes hver enkelt sak forskjellige ut i fra sakens karakter, sees vurderingene som gjøres som etiske dilemmaer, og ev. hvorfor?

Innsamling av data

Svar på ovennevnte spørsmål håper jeg å få gjennom deltakende observasjon, samtaler og intervju med ansatte på BUP som har erfaring med å arbeide med barn som har vært utsatt for vold.

Intervju/samtaler tas opp på lydbånd. Lydbåndene slettes ved prosjektets slutt. Prosjektet avsluttes høsten 2011.

Prosjektet er meldt til personvernombudet for forskning; Norsk Samfunnsvitenskapelig Datateneste. Alt datamateriale anonymiseres. Prosjektet behandles konfidensielt og prosjektleder har taushetsplikt. Faglig ansvarlig for dette prosjektet er Camilla Lauritsen ved RBUP Nord, Universitetet i Tromsø

Deltakelse i prosjektet er frivillig og informanten kan trekke seg underveis uten begrunnelse.

Med vennlig hilsen

Vera M Wassnes

Prosjektleder: Vold mot barn

Edderdunveien 219

9013 TROMSØ

Tlf 93285996

veramw@hotmail.com

Jeg/vi samtykker:

Navn: _____

Dato og sted: _____

Vedlegg 2

Intervjuguide: Vold mot barn

Bakgrunn:

Utdanning? Erfaring? Hvor lenge har du jobbet i BUP?

Hva definerer du som vold?

Har du kjennskap til den nye loven som kom i 2010 der det presiseres at all vold er ulovlig, også såkalt oppdragervold? Har du noen tanker om hvordan man kan håndheve denne loven?

Hva tenker du om det? Bør et klaps på baken, fingrene karakteriseres som vold? Har du hatt mange saker der du har fått mistanke om at barnet har vært utsatt for eller vitne til vold i hjemmet? Hva var henvisningsgrunn? Hvis ikke vold, noen type problematikk som utmerker seg i de sakene der du får mistanke eller visshet om at det har forekommet vold i hjemmet?

Har du hatt mange saker der henvisningsgrunn var at barnet var vitne eller utsatt for vold?

Har det vært stor aldersspredning på barna i disse sakene?

Har du jobbet alene eller samarbeidet med andre i BUP om disse sakene?

Har du samarbeidet med andre i disse sakene? Hvilke instanser og hvordan har samarbeidet vært? Hva har du fått ut av dette samarbeidet?

Handlinger:

Spør du barna om har vært utsatt for vold? Rutinemessig, eller bare på mistanke. Tenker du at det bør gjøres?

Spør du foreldrene om de vet om barna har vært utsatt for eller vitne til vold? Rutinemessig eller på mistanke.

Opplever du at vi som behandlere kvier oss for å spørre om disse tingene, og i så tilfelle hvorfor?

Hvordan opplever du og møte disse barna?

Opplever du at vi på BUP har kompetanse nok til å håndtere disse sakene på en god måte?

Tenker du at BUP har for liten fokus på denne problematikken?

Kan det være at vi på BUP tenker at vi kan gjøre en like god jobb som for eksempel barnevernet i disse sakene, og at det kan være en grunn til ikke å bruke meldeplikten?

Opplever du at vi på BUP har tillit til at barneverntjenesten gjør den jobben de skal?

Har du og ev. hvor ofte har du registrert akse 5, 3.1 fysisk mishandling i BUP-

data?

Norsk undersøkelse av registrering av vold og overgrep i BUP populasjon 2000/01: Registrert i BUP-data; 0,4 % Selvrapportert vold; 60 % Hva tenker du årsaken til dette kan være?

Tenker du at det er viktig å ha kjennskap til at et barn er vitne til eller utsatt for vold i familien ifht utredning og diagnostisering.

Tenker du at vi gir rett behandling dersom vi ikke har kjennskap til om det er vold i familien?

Har det noen betydning?

Opplever du om det er tydelige rutiner/retningslinjer i BUP på hvordan disse sakene skal håndteres?

Det har i de senere år kommet en del prosedyrer/retningslinjer for hvordan håndtere saker der barn er utsatt for vold, kjenner du til disse? Følger du disse? Hva er det første du gjør når du får informasjon eller mistanke om at et barn er utsatt for vold i familien?

Vurderer du alle voldssaker like, eller vurderes hver enkelt sak forskjellig ut i fra sakens karakter?

Melder du alle saker der det er mistanke eller visshet om vold til barneverntjenesten, uavhengig av type vold?

Er det i så tilfelle riktig å melde alle disse sakene til barneverntjenesten? Snakker du ev. med foreldrene i forkant av meldingen til barnevernet? Eller varierer det fra sak til sak?

Blir disse sakene meldt til politiet?

Hvordan forholder du deg, ivaretar barnet som har vært vitne eller utsatt for vold? Hvordan forholder du deg til/ ivaretar foreldrene der en av dem er voldsutøver? Spesifiser, snakker du med dem i lag, hver for seg etc.

Vurderinger/etikk:

Opplever du vurderingene som gjøres i voldssaker i BUP som etiske dilemmaer, og ev. hvorfor?

Når du står overfor en voldssak, bruker du dine tidligere erfaringer bevisst for å finne ut hvordan du skal håndtere saken?

Har omstendighetene i hver enkelt sak noe å si for dine vurderinger?

Går du gjennom hvilke konsekvenser dine valg for handling kan få for alle parter i saken?

Div: Kom med eksempel fra egen praksis og spør hvordan de vurderer det.

Etter å ha gjort litteratursøk om hvordan forskjellige instanser opplever å møte barn og unge utsatt for vold finner jeg veldig lite rettet mot spesialisthelsetjenesten, har du noen formening om hva årsaken til dette kan være?

Er det noe du tenker er viktig å få sagt noe om ifht dette temaet som jeg her ikke har vært innom?

Vedlegg 3

Analyseskjema av datamateriale

Vi handler ikke	Vi handler feil pga manglende kunnskap og erfaring	Vi handler på bakgrunn av vanskelige avveininger (Hva tenker vi at vi bør gjøre?)
<ul style="list-style-type: none">- Kvier oss for å spørre- Melder ikke til barneverntjenesten- Spør ikke barn og foreldre rutinemessig om vold- Usikkerhet på hvordan håndtere informasjon.- Lite fokus på problematikken i klinikken og i nivåene over.- Ansvarsfraskrivelse av de ansatte og av ledelsen.- Liten tillit til at barneverntjenesten gjør den jobben de skal.- Underrapportering i akse 5 i diagnosesystemet.- Ikke tydelige rutiner og retningslinjer i BUP- Fokus rettet mot andre ting; bestillingen, symptomene.- Lojalitet til familien, redsel for å bryte en god allianse med foreldre og barn 3- Symptomfokusert.- Lite opplæring- Mye solojobbing i BUP- Overordnet holdning i klinikken- Tabubelagt tema- Tematikken hører til hos andre instanser- Uvitenhet om de andre etatenes rolle i disse sakene.- Lite spørsmål om temaet i den standardiserte utredningen- Frykt for hva man setter i gang.- Etsk dilemma og ikke vite hva som er hva, finnes ingen fasitsvar.	<ul style="list-style-type: none">- Usikkerhet om når meldeplikten inntreffer og når man bør melde.- Lite fokus på temaet i klinikken- Varierende tillit til barneverntjenesten ut i fra erfaring med dem, og kjennskap om stort arbeidspress.- Underrapportering i akse 5.- Feil diagnose og behandling uten kjennskap til vold.- Ikke tydelige rutiner/retningslinjer i BUP for hvordan jobbe med disse sakene.- Ønske om ærlighet overfor foreldre og barn, redd for å ødelegge en god allianse.- Barnevernets makt, konsekvenser for familien.- Etsk dilemma, å vite hva man skal gjøre, mange vanskelige vurderinger; etiske, faglige og juridiske. Ingen fasit svar.- Liten kunnskap om barneverntjenestens rolle, organisering og lovverk.- Utydelighet ifht hvordan saker skal behandles på systemnivå mellom de ulike instansene.- Akse 5 utdatert- Kvier oss, er usikker på hva man skal gjøre med ev. informasjon om vold, man er redd for hva man setter i gang, man blir sittende med en greie man ikke vet hvor man skal gjøre av.- Mye solojobbing i BUP, opp til hver enkelt å ta det videre.- For stort fokus på det positive de gjør som foreldre.- Tilfeldlig hvem som har kunnskap	<ul style="list-style-type: none">- Gi informasjon om lovverk og skadevirkninger til foreldre- Være klar over at hver instans har forskjellige roller/kompetanse.- Viktig å få til et godt samarbeid instansene i mellom.- Prøve og oppnå dialog/samarbeid med familien med fokus på barnets beste.- Melde til barneverntjenesten ev politit ved bekymring- Vi er i de senere år blitt mer bevisst på vold i nære relasjoner og er også mer skjerpet i disse sakene.- Kompetanse nok til å håndtere disse sakene.- Har god kjennskap til prosedyrene, de nasjonale veilederne for hvordan gå frem i disse sakene- Vurderinger i forhold til hvordan man melder til barneverntjenesten: grov vold, melding uten at foreldre er informert, mild vold, vurdering ut i fra kjennskap til familien, melde i samarbeid med familien der det er mulig, strebe etter frivillighet.- Samarbeid med kollegaer og ledelse viktig ifht hvordan håndtere disse sakene.- Spør direkte på indikasjon og der det er risikofaktorer, må gjøres noe i alle saker ved mistanke- Viktig med fokus rundt det sosiale for å få et helhetsbilde, registrere på akse 5.- Viktig å få tak i vold i forhold til å gi rett diagnose og behandling.

<ul style="list-style-type: none"> - Akse 5 for spesifikke. - Ledelsesansvar. - Foreldrefokus for stort - Vi definerer ikke vold som vold - Redd for barnevernets makt og hvilke konsekvenser en melding kan få for familien. - En får ikke informasjon om vold med bakgrunn i måten vi utreder på og kravet om snarlig å sette en diagnose. 	<ul style="list-style-type: none"> - Overordnet holdning i klinikken. - Vanskelig å få tak i om barnet er utsatt for vold, pasient blir møtt med skjemaer. - Lærer barn å stå ut med den situasjon som de er i. - Regionstrene fjernet fra praksisfeltet. - Får ikke svar dersom vi ikke spør. - Lite spørsmål om temaet i den standardiserte utredningen. - Usikkerhet ifht om man tør å bruke den teoretiske kompetansen man faktisk innehar. - Tenker at de tiltakene vi setter inn er nok. - Konsekvenser av å registrere i akse 5, ansvar for å gjøre noe med det. - Akse 5 er for spesifikke. - Uspesifikke diagnoser i forhold til traumer i diagnosesystemet. - Lite fokus i fra ledelse. - Usikkerhet i forhold til hva som er mest hensiktsmessig å gjøre i forhold til hva som er det beste for barnet. I - Redd for å ødelegge en fin utvikling i en familie. - Familiekompleksitet. - For liten opplæring, manglende kunnskap. - Få saker 	<ul style="list-style-type: none"> - Være aktiv, spørre rutinemessig, være uredd. - Med mer kunnskap og erfaring, lettere å handle riktig. - Vurderinger i forhold til melding til barnevernjenestene: Nøtd/fortid, fare for gjentakelse, grav av vold/trusler, hyppighet og intensitet. - Kunnskap om at vold kan gi symptomer på mange forskjellige diagnoser er viktig. - Viktig å snakke med både barn og foreldre. - Viktig med veiledning om informasjon til foreldre, bekreftelse av den ikke voldsutøvende forelder. - Ha fokus på vår plikt er overfor barna, barnets beste - Kunnskap om avdekking viktig. - Kvier seg ikke for å møte voldsutsatte barn. - Helhetlig tankegang viktig. - Bevissthet og kunnskap om instansenes forskjellige roller ifht samarbeid og tillit. - Systematisk viktig i utredningen. - Innhente opplysninger ved behov. - Være bevisst familiekompleksiteten - Meldere oftere bekymring uten å vite hvilke tiltak som burde settes inn. - Fokus på barns rettsikkerhet. - Utsjekkning ved informasjon om såkalt mild oppdragervold - Spør rutinemessig om oppdragerstil spes. ved mistanke. - Allianse til foreldre viktig til en viss grad. - Avdekking skjer ved tillit til behandler.
--	---	---

MELDESKJEMA

Meldeskjema (versjon 1.4) for forsknings- og studentprosjekt som medfører meldeplikt eller konsesjonsplikt (jf. personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter).

1. Prosjekttittel		
Tittel	Vold mot barn	
2. Behandlingsansvarlig institusjon		
Institusjon	Universitetet i Tromsø	Velg den institusjonen du er tilknyttet. Alle nivå må oppgis. Ved studentprosjekt er det studentens tilknytning som er avgjørende. Dersom institusjonen ikke finnes på listen, vennligst ta kontakt med personvernombudet.
Avdeling/Fakultet	Det helsevitenskapelige fakultet	
Institutt	Institutt for helse- og omsorgsfag	
3. Daglig ansvarlig (forsker, veileder, stipendiat)		
Fornavn	Camilla	Før opp navnet på den som har det daglige ansvaret for prosjektet. Veileder er vanligvis daglig ansvarlig ved studentprosjekt. Veileder og student må være tilknyttet samme institusjon. Dersom studenten har ekstern veileder, kan biveileder eller fagansvarlig ved studiestedet stå som daglig ansvarlig. Arbeidssted må være tilknyttet behandlingsansvarlig institusjon, f.eks. underavdeling, institutt etc. NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Etternavn	Lauritzen	
Akademisk grad	Høyere grad	
Stilling	Rådgiver	
Arbeidssted	RBUP Nord	
Adresse (arb.sted)	Gimleveien 78	
Postnr/sted (arb.sted)	9037 TROMSØ	
Telefon/mobil (arb.sted)	77645850 /	
E-post	camilla.lauritzen@uit.no	
4. Student (master, bachelor)		
Studentprosjekt	Ja • Nei ○	NB! Det er viktig at du oppgir en e-postadresse som brukes aktivt. Vennligst gi oss beskjed dersom den endres.
Fornavn	Vera Marie	
Etternavn	Wassnes	
Akademisk grad	Lavere grad	
Privatadresse	Edderdunveien 219	
Postnr/sted (privatadresse)	9013 TROMSØ	
Telefon/mobil	93285996 /	
E-post	vera.marie.wassnes@unn.no	
5. Formålet med prosjektet		
Formål	Formålet med dette prosjektet er å prøve å finne ut hvordan behandlere på BUP handler i møte med voldsutsatte barn der en i nærmeste familie er voldsutøver. Det er ønskelig å finne ut hvordan behandlerne vurderer hva som skal gjøres i disse sakene gjennom spørsmål som: blir anbefalte prosedyrer fulgt, vurderes alle sakene likt, eller vurderes hver enkelt sak forskjellige ut i fra sakens karakter, sees vurderingene som gjøres som etiske dilemmaer, og ev. hvorfor? Problemstilling: BUP -behandlere i møte med voldsutsatte barn- Hvordan handler vi når vi får kjennskap til at et barn er utsatt for vold av et familiemedlem?	Redegjør kort for prosjektets formål, problemstilling, forskningsspørsmål e.l. Maks 750 tegn.
6. Prosjektomfang		
Velg omfang	<ul style="list-style-type: none"> ● Enkel institusjon ○ Nasjonalt samarbeidsprosjekt ○ Internasjonalt samarbeidsprosjekt 	Med samarbeidsprosjekt menes prosjekt som gjennomføres av flere institusjoner samtidig, som

Oppgi øvrige institusjoner		har samme formål og hvor personopplysninger utveksles.
Oppgi hvordan samarbeidet foregår		
7. Utvalgsbeskrivelse		
Utvalget	Jeg har tenkt å gjøre en kvalitativ studie. Jeg vil intervju 5 BUP-ansatte og en tidligere BUP ansatt som har mye kompetanse på feltet.	Med utvalg menes dem som deltar i undersøkelsen eller dem det innhentes opplysninger om. F.eks. et representativt utvalg av befolkningen, skoleelever med lese- og skrivevansker, pasienter, innsatte.
Rekruttering og trekking	Jeg vil rekruttere informanter ved å spørre dem direkte eller pr e-post.	Beskriv hvordan utvalget trekkes eller rekrutteres og oppgi hvem som foretar den. Et utvalg kan trekkes fra registre som f.eks. Folkeregisteret, SSB-registre, pasientregistre, eller det kan rekrutteres gjennom f.eks. en bedrift, skole, idrettsmiljø, eget nettverk.
Førstegangskontakt	Jeg vil selv opprette førstekontakt med utvalget. Jeg vil som nevnt ovenfor spørre dem direkte eller pr E-post	Beskriv hvordan førstegangskontakten opprettes og oppgi hvem som foretar den. Les mer om dette på temasidene Hva skal du forske på?
Alder på utvalget	<input type="checkbox"/> Barn (0-15 år) <input type="checkbox"/> Ungdom (16-17 år) <input checked="" type="checkbox"/> Voksne (over 18 år)	
Antall personer som inngår i utvalget	6 personer inngår i utvalget.	
Inkluderes det myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	Begrunn hvorfor det er nødvendig å inkludere myndige personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse.
Hvis ja, begrunn		Les mer om Pasienter, brukere og personer med redusert eller manglende samtykkekompetanse
8. Metode for innsamling av personopplysninger		
Kryss av for hvilke datainnsamlingsmetoder og datakilder som vil benyttes	<input type="checkbox"/> Spørreskjema <input checked="" type="checkbox"/> Personlig intervju <input checked="" type="checkbox"/> Gruppeintervju <input type="checkbox"/> Observasjon <input type="checkbox"/> Psykologiske/pedagogiske tester <input type="checkbox"/> Medisinske undersøkelser/tester <input type="checkbox"/> Journaldata <input type="checkbox"/> Registerdata <input type="checkbox"/> Annen innsamlingsmetode	Personopplysninger kan innhentes direkte fra den registrerte f.eks. gjennom spørreskjema, intervju, tester, og/eller ulike journaler (f.eks. elevmapper, NAV, PPT, sykehus) og/eller registre (f.eks. Statistisk sentralbyrå, sentrale helseregistre).
Annen innsamlingsmetode, oppgi hvilken		
Kommentar	Jeg vil i hovedsak gjøre personlige intervju. Jeg vurderer og i tillegg ha et gruppeintervju, men det er noe usikkert.	
9. Datamaterialets innhold		
Redegjør for hvilke opplysninger som samles inn	Det vil samles inn opplysninger om hvordan BUP-ansatte håndterer saker der en møter voldsutsatte barn.	Spørreskjema, intervju-/temaguide, observasjonsbeskrivelse m.m. sendes inn sammen med meldeskjemaet. NB! Vedleggene lastes opp til sist i meldeskjema, se punkt 16 Vedlegg.
Samles det inn direkte personidentifiserende opplysninger?	Ja <input checked="" type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det krysses av for ja her, se nærmere under punkt 11 Informasjonssikkerhet.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> 11-sifret fødselsnummer <input checked="" type="checkbox"/> Navn, fødselsdato, adresse, e-postadresse og/eller telefonnummer	Les mer om hva personopplysninger er

Spesifiser hvilke		NB! Selv om opplysningene er anonymiserte i oppgave/rapport, må det krysses av dersom direkte
Samles det inn indirekte personidentifiserende opplysninger?	Ja • Nei ○	En person vil være indirekte identifiserbar dersom det er mulig å identifisere vedkommende gjennom bakgrunnsopplysninger som for eksempel bostedskommune eller arbeidsplass/skole kombinert med opplysninger som alder, kjønn, yrke, diagnose, etc. Kryss også av dersom ip-adresse registreres.
Hvis ja, hvilke?	Den ene informanten kan bli lett gjenkjennelig da han er en av de få som har spesiell ekspertise på dette feltet her i området.	
Samles det inn sensitive personopplysninger?	Ja ○ Nei •	Med opplysninger om tredjeperson menes opplysninger som kan spores tilbake til personer som ikke inngår i utvalget. Eksempler på tredjeperson er kollega, elev, klient, familiemedlem.
Hvis ja, hvilke?	<input type="checkbox"/> Rasemessig eller etnisk bakgrunn, eller politisk, filosofisk eller religiøs oppfatning <input type="checkbox"/> At en person har vært mistenkt, siktet, tiltalt eller dømt for en straffbar handling <input type="checkbox"/> Helseforhold <input type="checkbox"/> Seksuelle forhold <input type="checkbox"/> Medlemskap i fagforeninger	
Samles det inn opplysninger om tredjeperson?	Ja ○ Nei •	
Hvis ja, hvem er tredjeperson og hvilke opplysninger registreres?		
Hvordan informeres tredjeperson om behandlingen?	<input type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	
Informeres ikke, begrunn		
10. Informasjon og samtykke		
Oppgi hvordan utvalget informeres	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Informeres ikke	Vennligst send inn informasjonsskrivet eller mal for muntlig informasjon sammen med meldeskjema.
Begrunn		NB! Vedlegg lastes opp til sist i meldeskjemaet, se punkt 16 Vedlegg. Dersom utvalget ikke skal informeres om behandlingen av personopplysninger må det begrunnes. Les mer om krav til samtykke
Oppgi hvordan samtykke fra utvalget innhentes	<input checked="" type="checkbox"/> Skriftlig <input type="checkbox"/> Muntlig <input type="checkbox"/> Innhentes ikke	Dersom det innhentes skriftlig samtykke anbefales det at samtykkeerklæringen utformes som en svarslipp eller på eget ark. Dersom det ikke skal innhentes samtykke, må det begrunnes.
Innhentes ikke, begrunn		
11. Informasjonssikkerhet		
Direkte personidentifiserende opplysninger erstattes med et referansenummer som viser til en atskilt navneliste (koblingsnøkkel)	Ja • Nei ○	Har du krysset av for ja under punkt 9 Datamaterialets innhold må det merkes av for hvordan direkte personidentifiserende opplysninger registreres.
Hvordan oppbevares navnelisten/koblingsnøkkelen og hvem har tilgang til den?	Listen blir innelåst, bare jeg har tilgang.	NB! Som hovedregel bør ikke direkte personidentifiserende opplysninger registreres sammen med det øvrige datamaterialet.
Direkte personidentifiserende opplysninger oppbevares sammen med det øvrige materialet	Ja ○ Nei •	

Hvorfor oppbevares direkte personidentifiserende opplysninger sammen med det øvrige datamaterialet?		
Oppbevares direkte personidentifiserbare opplysninger på andre måter?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Spesifiser		
Hvordan registreres og oppbevares datamaterialet?	<input type="checkbox"/> Fysisk isolert datamaskin tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Datamaskin i nettverkssystem tilknyttet Internett tilhørende virksomheten <input type="checkbox"/> Fysisk isolert privat datamaskin <input checked="" type="checkbox"/> Privat datamaskin tilknyttet Internett <input type="checkbox"/> Videoopptak/fotografi <input checked="" type="checkbox"/> Lydopptak <input checked="" type="checkbox"/> Notater/papir <input type="checkbox"/> Annen registreringsmetode	Merk av for hvilke hjelpemidler som benyttes for registrering og analyse av opplysninger. Sett flere kryss dersom opplysningene registreres på flere måter.
Annen registreringsmetode beskriv		
Behandles lyd-/videoopptak og/eller fotografi ved hjelp av datamaskinbasert utstyr?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Kryss av for ja dersom opptak eller foto behandles som lyd-/bildefil. Les mer om behandling av lyd og bilde.
Hvordan er datamaterialet beskyttet mot at uvedkommende får innsyn?	PC-tilgangen er beskyttet med brukernavn og passord. Er bare jeg som har fysisk tilgang på pcen.	Er f.eks. datamaskintilgangen beskyttet med brukernavn og passord, står datamaskinen i et låsbart rom, og hvordan sikres bærbare enheter, utskrifter og opptak?
Dersom det benyttes mobile lagringsenheter (bærbar datamaskin, minnepenn, minnekort, cd, ekstern harddisk, mobiltelefon), oppgi hvilke		NB! Mobile lagringsenheter bør ha mulighet for kryptering.
Vil medarbeidere ha tilgang til datamaterialet på lik linje med daglig ansvarlig/student?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, hvem?		
Overføres personopplysninger ved hjelp av e-post/Internett?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	F.eks. ved bruk av elektronisk spørreskjema, overføring av data til samarbeidspartner/databehandler mm.
Hvis ja, hvilke?		
Vil personopplysninger bli utlevert til andre enn prosjektgruppen?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	
Hvis ja, til hvem?		
Samles opplysningene inn/behandles av en databehandler?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	Dersom det benyttes eksterne til helt eller delvis å behandle personopplysninger, f.eks. Questback, Synovate MMI, Norfakta eller transkriberingsassistent eller tolk, er dette å betrakte som en databehandler. Slike oppdrag må kontraktsreguleres Les mer om databehandleravtaler her
Hvis ja, hvilken?		
12. Vurdering/godkjenning fra andre instanser		
Søkes det om dispensasjon fra taushetsplikten for å få tilgang til data?	Ja <input type="radio"/> Nei <input type="radio"/>	For å få tilgang til taushetsbelagte opplysninger fra f.eks. NAV, PPT, sykehus, må det søkes om

Kommentar		dispensasjon fra taushetsplikten. Dispensasjon søkes vanligvis fra aktuelt departement. Dispensasjon fra taushetsplikten for helseopplysninger skal for alle typer forskning søkes Regional komité for medisinsk og helsefaglig
Søkes det godkjenning fra andre instanser?	Ja <input type="radio"/> Nei <input checked="" type="radio"/>	F.eks. søke registreier om tilgang til data, en ledelse om tilgang til forskning i virksomhet, skole, etc.
Hvis ja, hvilke?		
13. Prosjektperiode		
Prosjektperiode	Prosjektstart:01.01.2011	Prosjektstart Vennligst oppgi tidspunktet for når førstegangskontakten med utvalget opprettes og/eller datainnsamlingen starter. Prosjektslutt Vennligst oppgi tidspunktet for når datamaterialet enten skal anonymiseres/slettes, eller arkiveres i påvente av oppfølgingsstudier eller annet. Prosjektet anses vanligvis som avsluttet når de oppgitte analyser er ferdigstilt og resultatene publisert, eller oppgave/avhandling er innlevert og sensurert.
	Prosjektslutt:29.11.2011	
Hva skal skje med datamaterialet ved prosjektslutt?	<input checked="" type="checkbox"/> Datamaterialet anonymiseres <input type="checkbox"/> Datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon	Med anonymisering menes at datamaterialet bearbeides slik at det ikke lenger er mulig å føre opplysningene tilbake til enkeltpersoner.NB! Merk at dette omfatter både oppgave/publikasjon og rådata. Les mer om anonymisering
Hvordan skal datamaterialet anonymiseres?	Intervjuene skal tas opp på disk og anonymiseres. Deretter skal de transkriberes, slik at jeg blir sittende igjen med et datamateriale i tekstformat for videre analyser. Når denne jobben er gjort slettes diskettene. På denne måten vil anonymiteten til informantene bli ivaretatt,	Hovedregelen for videre oppbevaring av data med personidentifikasjon er samtykke fra den registrerte. Årsaker til oppbevaring kan være planlagte oppfølgingsstudier, undervisningsformål eller annet.
Hvorfor skal datamaterialet oppbevares med personidentifikasjon?		Datamaterialet kan oppbevares ved egen institusjon, offentlig arkiv eller annet.
Hvor skal datamaterialet oppbevares, og hvor lenge?		Les om arkivering hos NSD
14. Finansiering		
Hvordan finansieres prosjektet?	Prosjektet trenger ikke finansiering.	
15. Tilleggsopplysninger		
Tilleggsopplysninger		
16. Vedlegg		
Antall vedlegg	1	



Harald Hårfagres gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47-55 58 21 17
Fax: +47-55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org.nr. 985 321 884

Camilla Lauritzen
Institutt for helse- og omsorgsfag
Universitetet i Tromsø
MH-bygget
9037 TROMSØ

Vår dato: 09.12.2010

Vår ref: 25567 / 3 / KS

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.11.2010. Meldingen gjelder prosjektet:

25567	<i>Vold mot barn</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Universitetet i Tromsø, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Camilla Lauritzen</i>
Student	<i>Vera Marie Wassnes</i>

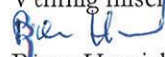
Personvernombudet har vurdert prosjektet og finner at behandlingen av personopplysninger er meldepliktig i henhold til personopplysningsloven § 31. Behandlingen tilfredsstiller kravene i personopplysningsloven.

Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven/-helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år dersom prosjektet fortsatt pågår. Meldinger skal skje skriftlig til ombudet.

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://www.nsd.uib.no/personvern/prosjektoversikt.jsp>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 29.11.2011, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Bjørn Henrichsen


Katrine Utaaker Segadal

Kontaktperson: Katrine Utaaker Segadal tlf: 55 58 35 42
Vedlegg: Prosjektvurdering
Kopi: Vera Marie Wassnes, Edderdunveien 219, 9013 TROMSØ



Personvernombudet legger til grunn av studenten ikke får kjennskap til taushetsbelagt informasjon i forbindelse med datainnsamling i BUP.

Personvernombudet finner at behandlingen av personopplysninger i prosjektet kan hjemles i personopplysningsloven § 8 (samtykke).

Personvernombudet finner vedlagte informasjonsskriv tilfredsstillende, så fremt det presiseres at alle opplysninger anonymiseres ved prosjektslutt.

Prosjektslutt er angitt til 29.11.2011. Senest ved prosjektslutt vil datamaterialet være anonymisert, det vil si at verken direkte eller indirekte personidentifiserende opplysninger lenger foreligger i materialet. Lydopptakene og navnelisten (koblingsnøkkelen) slettes. Indirekte personidentifiserende opplysninger i det øvrige materialet slettes eller grovkategoriseres på en slik måte at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes.