

# Håpløse kvinner, eller kvinner i en håpløs situasjon?

## - en kvalitativ analyse av barnevernets og rusvernets tilbud til kvinner som en ikke lykkes med å hjelpe

Mange mødre med rusproblemer mister omsorgen for sine barn. De opplever ofte selv ikke å ha fått tilfredsstillende hjelp fra barnevern og rusvern. Er det fellestrekk ved hjelpetilbudet til disse kvinnene som kan øke forståelsen for hvorfor hjelpeinnsatsen ikke fungerte?

### TEKST

**Aud Rørvik**

**PUBLISERT 1. mai 2005**

### ABSTRACT:

Hopeless women, or women in a hopeless situation? A qualitative analysis of Child Welfare and Drug Addiction Units' provision of health care to women who feel they have not been helped. This article analyses the provision of health care to women whom Child Welfare and Drug Addiction Units have not succeeded in helping. The article focuses on the diverse clinical understanding of psychological theory, and how this influences the comprehension of the problem and mode of treatment. Furthermore, the author questions how these factors influence cooperation between different parties, and affect treatment results. Both Child Welfare and Drug Addiction Units base treatment on an individual level. To some degree treatment also focuses on aspects related to the patient's life in general. However, virtually no attention is paid to patients' social network. The complexity of their problems is also overlooked. The author concludes that a closer cooperation between Child Welfare and Drug Addiction Units is necessary if one is to properly understand the complexity of patients' problems.

---

EMNER

håpløse kvinner

barnevern

rusvern

---

*Takk til Agnes Andenæs for konstruktive og stimulerende råd og innspill underveis i arbeidet med artikkelen.*

## Innledning

Denne artikkelen er basert på en undersøkelse av hjelpetilbudet for kvinnelige rusmisbrukere i barnevern og rusvern i saker der en ikke har lyktes med å hjelpe klientene. Bakgrunnen er at vi ved en ruspoliklinikk over tid registrerte at en stor andel av våre kvinnelige klienter som også hadde kontakt med barnevernet, etter en tid i behandling opplevde å miste omsorgen for barna sine. Etter at barna var omplassert, ble kvinnenenes rusproblemer verre, og de falt ut av behandlingen oftere enn andre klienter. Kvinnene opplever selv å være dårligere stilt personlig og sosialt ved behandlingsslutt enn da kontakten med hjelpeinstansene ble innledet. Omkostningene dette har for de involverte tilsa at det var behov for en systematisk gjennomgang av slike saker, for å se nærmere på hvorfor vi ikke lykkes.

Den faglige innsatsen fra barnevern og rusvern utformes i et samspill mellom tre aktører; kvinnen, saksbehandler i barnevernet og behandler i ruspoliklinikken. For å bidra til økt forståelse var det nødvendig å se på helheten i sakene: 1) sakenes forløp i hjelpeapparatet, 2) kjennetegn ved kvinnene som vi ikke klarer å hjelpe, 3) den faglige innsatsen fra de to hjelpeinstansene, og 4) samarbeidsrelasjoner mellom barnevern og rusvern. Hensikten var å se hvordan prosessene underveis påvirker hverandre og får betydning for utfallet.

Både innen rusvern og barnevern er psykologiske tilnærminger og forståelsesmodeller retningsgivende for hvilke sider ved klientenes liv som pekes ut som relevant for endring. Det er derfor av interesse å se på 1) hvilken psykologisk kunnskap som preger de to fagfeltene, og 2) hvordan denne kunnskapen a) får betydning for hva saksbehandler og behandler definerer som sitt faglige anliggende, b) for fortolkning av den enkelte og familiens situasjon, og c) hvordan dette blir førende for hvilke tiltak som er aktuelle. Siden hjelpeinnsatsen utformes i samarbeide mellom aktørene, er det også sett på 3) hvordan de ulike faglige forståelsene får betydning for samarbeidsrelasjonen, og på hvilken måte dette samarbeidet bidrar til utfallet. Det er *faglige forståelsesmodeller* som blir viet oppmerksomhet i denne artikkelen.

Utgangspunktet for undersøkelsen er at noen kvinner gjennom sin kontakt med hjelpeapparatet ikke får hjelp til å skape tilstrekkelige endringer i sin livssituasjon og sitt livsmønster til at de kan beholde omsorgen for barn, og at deres rusproblemer blir verre underveis i prosessen. Dette belyses ut fra hvordan hjelpeinstansenes faglige ståsted bidrar til at man ikke klarer å hjelpe kvinnene. Hensikten er å vise hvordan de ulike innsatsene hver på sin måte kan bidra og virke sammen når man ikke lykkes i å nå et felles mål.

**«Kvinnenes livssituasjon var ustabil med stadige rusepisoder, samlivsproblemer og vold»**

## Metode

Jeg har valgt en kvalitativ tilnærming som andre klinikere har gjort bruk av tidligere for å formidle erfaringer fra praksisfeltet (Nilson & Trana, 2000; Reichelt, 1996; Reichelt & Sveaass, 1994a, 1994b). Metoden bygger på prinsippene i det Polkinghorne (1992) kaller *praksisepistemologi*, med et sosialkonstruksjonistisk syn på kunnskapsproduksjon. Fremgangsmåten har også fellestrekk med Schöns (1983) begrep om «reflection-on-action», da siktemålet er å gjøre eksplisitt de forståelsesmåter som er vokst frem av praksis-erfaringer.

For å belyse kjennetegn ved problemutforming hos kvinnene og hjelpeinnsatsen som ytes, tok jeg utgangspunkt i tre saker som jeg jobbet med på et aktuelt tidspunkt, og noterte systematisk ned egne reaksjoner og refleksjoner etter 1) samtaler med klienten, 2) samtaler med saksbehandlerne i barnevernet, og 3) samarbeidsmøter der alle tre parter var til stede. Dette ble nedfelt som en form for log eller «løpende dagbok» for arbeidet i sakene for å skape oversikt og forståelse for terapeutiske prosesser og samarbeidsrelasjoner underveis. Til sammen utgjorde dette materialet ca. 50 sider. Her er et eksempel på nedfelte reaksjoner:

«Hvordan er det mulig å jobbe med en sak i barneverntjenesten over så lang tid uten å ta fatt i rusproblematikken tidligere? Problemene har vært kjent over år, og underveis har de fått utvikle seg. Hadde vi kommet inn på et tidligere tidspunkt, hadde bildet sett annerledes ut, og det hadde vært mulig å få til noe mer.»

Jeg har så gått gjennom materialet i detalj for å bli kjent med dataene, og bevisstgjøre og reflektere over de mønstre og den forforståelse de aktiverte, og evaluere om disse var dekkende som beskrivelser av erfaringene. For hver gjennomgang har det dukket opp nye spørsmål som har ført til videre bevisstgjøring og refleksjon. Eksempler på spørsmål som dukket opp er:

- Hvilke fellestrekk er det mellom klientene?
- Hva er det den enkelte behandler prøver å få til?
- Hvilken faglig forståelse er innsatsen basert på?
- Hvilken betydning får problemforståelsen i neste omgang for forståelsen av hva som kan være gode løsninger?
- Hvilken betydning har det faglige bakteppet for hvordan samarbeidet utformes og fungerer?

Etter hvert som det ble tydelig at arbeidet med sakene ofte førte til de samme typer reaksjoner, og at refleksjonene rundt vanskelige punkter i samarbeidet ofte var de samme, var det naturlig å se etter *fellestrekk*. Dette er grunnlaget for en beskrivelse av forløpet i kvinnenes samarbeid med hjelpeinstansene. For å få en forståelse av livssituasjonen til kvinnene, ble det opprinnelige materialet supplert med opplysninger fra klientkartleggingen ved ruspoliklinikken, og informasjon i henvisning fra barneverntjenesten. Klientkartleggingen besto av en fyldig anamnese med særlig vekt på rushistorie, som også gjengir kvinnenes egen forståelse av sin livssituasjon. Dette

danner grunnlaget for en analyse av fellestrekk ved kvinnene der det er lagt særlig vekt på opplysninger om sosial situasjon, og hva kvinnene selv definerer som mål.

For å identifisere faktorer som har betydning for hvordan den faglige innsatsen utformes og praktiseres, var det nødvendig å se nærmere på hva som er mandat og mål for de to virksomhetene slik det er definert i lovverk, forskrifter og retningslinjer. Materialet ble også supplert med faglitteratur fra begge fagfelt for å få et bilde av hvilken psykologisk kunnskap som preger feltene. Med dette som bakteppe har jeg gått tilbake til materialet og sett på hvordan disse overordnede teoretiske perspektivene preger forståelsen hos fagpersonene, og kan få betydning for hva som ses og hva som anses som gode løsninger. Hensikten har ikke her vært å bedømme arbeidet som utføres som rett eller galt, godt eller dårlig, men å vise hvordan faglig tilnærming har betydning for hvilke sider ved kvinnenes liv som ses og hvilke som regnes som underordnet eller overses, og hvordan det igjen får betydning for samarbeidsrelasjoner og utfall.

Gjennom hele analysen har jeg beveget meg mellom materialet og refleksjonene. Etter hvert framsto noen mønstre i forståelsen av prosessene i sakene tydeligere, mens andre ble mindre tydelige. Analyseprosessen ble avsluttet da noen forståelsesmønstre etablerte seg som stabile, dvs. de fremsto som dekkende for de erfaringer jeg ønsker å beskrive.

### **Sakenes forløp i hjelpeinstansene**

Karakteristisk for sakene er at kvinnene har hatt kontakt med hjelpeapparatet over flere år, først med barneverntjenesten alene, og så med begge faginstanser. På bakgrunn av undersøkelser av omsorgsfunksjonen i familiene, ble det satt i verk forebyggende hjelpetiltak i form av barnehageplass for barna, og regelmessige samtaler mellom kvinnene og saksbehandler. Det oppsto tidlig i kontakten en begrunnet mistanke om at kvinnene brukte rusmidler i et omfang som var uforenlig med god omsorg. Dette økte bekymringen for barnas omsorgssituasjon, og ble derfor hovedtema i kontakten mellom kvinnene og deres saksbehandlere. Samarbeidsrelasjonene ble anspent, og samarbeidet preget av at saksbehandlerne forsøkte å bevise rusmisbruk, mens kvinnene hevdet sin uskyld. I denne fasen ble det satt i verk tiltak for å dokumentere og begrense rusmisbruket. I løpet av perioden økte kvinnenes rusproblemer, og barnevernets argumentasjon ble sterkere etter hvert som det kom supplerende opplysninger om episoder med rusing og/eller vold i hjemmene. Kvinnene fikk derfor et ultimatum: Enten måtte de la seg behandle for rusproblemene, eller det ble fremmet sak om omsorgsovertakelse. Alle kvinnene samtykket i henvisning til rusbehandling.

Ved ruspoliklinikken ble sakene prioritert som hastesaker på bakgrunn av barnevernets vurdering av omsorgsovertakelse, og det ble utført kartlegging av livssituasjon og rusmiddelbruk. Problemstillingene ved henvisning var mange, og kvinnenes livssituasjon var ustabil med stadige rusepisoder, samlivsproblemer og vold. Kontakten med ruspoliklinikken ble derfor ustabil, og preget av krisehåndtering.

Etter behandlingsstart i ruspoliklinikken ble det på initiativ fra barnevernet opprettet ansvarsgrupper bestående av saksbehandler, behandler og kvinnen, for gjensidig informasjon og koordinering av hjelpeinnsatsen. Disse møtene var preget av dårlig struktur og lite framdrift. Ingen hadde definert ansvar for å sette dagsorden, og det var heller ikke definert hva man skulle oppnå ut over gjensidig informasjon og koordinering. Dialogen var famlende og springende. Et eksempel på en replikkveksling mellom saksbehandler og behandler kan illustrere det:

Saksbehandler: «Det er jo åpenbart at mor ruser seg, og det viser jo at hun ikke forstår hvor alvorlig situasjonen er.» Behandler: «Jo, det tror jeg hun forstår, og det er vel nettopp det som gjør at hun ruser seg så mye.»

Fagpersonene tolker kvinnens atferd forskjellig. Når rammene i tillegg var diffuse, og kvinnene var til stede i rommet, var det vanskelig å få til en konstruktiv dialog. Det ble ofte en ansent og trykket stemning, og partene forlot ofte møtene med en opplevelse av at dette hadde vært spilt møye.

I familiene fortsatte det å oppstå episoder med rusbruk og mangelfull omsorg også etter at kvinnene hadde begynt i behandling for rusproblemene. Dette økte barnevernets bekymring for barna så mye at saksbehandlerne i forbindelse med akutte hendelser med rusing og vold fattet midlertidige vedtak om omsorgsovertakelse i alle familiene. I påfølgende fylkesnemndbehandling tapte alle kvinnene.

Da kvinnene mistet omsorgen for barna, mistet de også retten til økonomiske støtteordninger for småbarnsfamilier, og de kvalifiserte ikke lenger til å bo i kommunale leiligheter. Parallelt med dette falt kvinnene inn i et mønster med omfattende rusing. De fikk tilbud om videre kontakt med begge hjelpeinstanser, men avtaler ble dårlig fulgt opp, og etter kort tid opphørte samarbeidet med både barnevernet og ruspoliklinikken. På grunn av den generelle forverring av kvinnenes livssituasjon og livsførsel har det heller ikke i ettertid vært aktuelt å tilbakeføre omsorgen.

### **Kjennetegn ved kvinnene**

Kvinnene er alle i den såkalte «livsfaseklemma» – en fase av livet der hverdagen preges av valg og prioriteringer mellom omsorgs- og forsørgeroppgaver og jobb (Andenæs, 1996; Hansen & Trana, 1994; Haavind, 1987). Dette er en fase der de fleste strever for å strekke til i forhold til alle forpliktelser og muligheter. Sammenlignet med kvinner flest har kvinnene i undersøkelsen en vanskeligere livssituasjon sosialt sett. Alle fikk barn i ung alder, og forholdet til barnets far er konfliktfylt og vanskelig. En av kvinnene beskriver det slik:

«Jeg ser jo at dette ikke er bra for meg, og jeg prøver å si stopp og sette foten ned, men når han kommer tilbake og ber meg, så klarer jeg ikke å si nei. Jeg er jo glad i ham også.»

Alle partnerne blir av kvinnene og hjelpeapparatet oppfattet som problembrukere av rusmidler i et omfang som anses som en belastning for familiene, og de bidrar i svært liten grad til omsorgs- og forsørgeroppgaver. Kvinnene er derfor funksjonelt sett alene om omsorgen.

Kvinnene har liten kontakt med egen familie, enten fordi forbindelsen er brutt, eller fordi problembelastningen i foreldrehjemmet er høy. Det sosiale nettverket består i det vesentlige av familier i samme situasjon som dem selv. Kvinnene har derfor liten støtte og få ressurser i sitt nettverk. De mangler i stor grad noen å rådføre seg med når problemer dukket opp, og har liten mulighet for avlastning.

Alle kvinnene hadde tilknytning til sosiale miljøer med høy toleranse for rusmiddelbruk, og etter at de fikk barn har de også selv utviklet rusproblemer. I egenrapportering av rusfunksjon oppgir de rus som et virkemiddel for å løse noen av dagliglivets utfordringer. Slik lød noen av deres egne beskrivelser:

«Det ble bare for mye for meg, og da jeg oppdaget at jeg fikk mer energi av å ta amfetamin, ble det liksom lettere. Da kunne jeg få unna ting, og alt ikke bare hopet seg opp.»

«Jeg drakk for å få sove, sånn at jeg skulle være i stand til å ta meg av ham (sønnen) dagen etter. Jeg var så sliten, men tankene bare kvernet i hodet, og da var alkohol det eneste som hjalp.»

Kvinnene opplever at de ikke mestrer ansvaret og utfordringene, og for dem blir rusen en løsning som gjør hverdagen mer håndterlig.

**«På denne måten oppstår et spenningsforhold der saksbehandlerne forsøker å bevise, og kvinnene skjuler»**

Ingen av kvinnene har utdanning ut over ni-årig grunnskole. På grunn av omsorgsansvar, manglende utdanning og øvrige belastninger de sliter med, har ingen klart å etablere seg på arbeidsmarkedet. Familienes inntektskilde er derfor trygd og/eller sosialhjelp, og deres hverdagsliv er preget av økonomisk knapphet der de daglig må gjøre prioriteringer mellom familiens ulike behov – knapphetens tyranni (Stjernø, 1985). Som følge av familiens økonomiske situasjon, preges bosituasjon av kortvarige leieforhold og mange flyttinger.

Ingen av kvinnene er fornøyd med tilværelsen de har skapt for seg og familien. De ønsker å få til et bedre familieliv med barna, og et kjærlighetsforhold til barnefaren der de i fellesskap ivaretar omsorgs- og forsørgeroppgaver. En forutsetning for dette er at de har en økonomisk situasjon som gjør det mulig å tilby barna økonomiske og materielle goder på linje med andre familier. Derfor ønsker de å ta utdanning og få lønnet arbeid, for å komme seg ut av avhengigheten til trygde- og sosialsystemet og for å få brukt seg

selv. Kvinnene strever med å skape en livsform i tråd med den de fleste kvinner med små barn har i dag (Andenæs, 1996, 2000; Hansen & Trana, 1994; Haavind, 1994, 1987). Deres utgangspunkt for å få det til er imidlertid langt dårligere enn for kvinner flest. De opplever at deres ressurser ikke strekker til, og at de gode løsningene ligger utenfor deres rekkevidde. Når ansvaret blir for mye for dem, går det ut over omsorgen. Det fører til økt rusbruk som igjen er opphav til nye problemer. På den måten låses de i negative sirkler som de ikke klarer å komme ut av ved egen hjelp.

### **Kjennetegn ved barnevernets innsats**

Barneverntjenestens mandat er å trygge barn i et vanskelig oppvekstmiljø og forhindre problemutvikling gjennom å identifisere og tilrettelegge disse barnas oppvekst på et akseptabelt minimumsnivå (Lov om barnevern av 17. juli 1992 nr 100; NOU 2000:12). I mandatet ligger en kombinert hjelpe- og kontrollfunksjon, da tjenesten både skal bidra til å utvikle omsorgsfunksjonen når det vurderes nødvendig, og kontrollere at omsorgen som tilbys er god nok (Andenæs, 1994; Backe-Hansen, 2001; Tjomsland, 1996).

På det utøvende nivået har barnevernsfeltet vært preget av utviklingspsykologisk kunnskap som bygger på psykodynamisk tankegods (Andenæs, 2000; Karlsen & Rørvik, 1995). Sentralt i disse tilnærmingene er kunnskap om barns utvikling og behov, og hvordan foreldre kan bistå eller hemme velferd og utvikling gjennom samhandling og tilrettelegging av barnets omsorgsmiljø (Killèn, 1994). I tråd med dette preges også forståelsen av mangler i omsorg av psykodynamiske tilnærminger. Svikten forklares med dårlig tilrettelegging av omsorgsmiljø, eller problemer hos foreldrene som svekker deres evne til omsorg (Andenæs, 2000; Karlsen & Rørvik, 1995). Det faglige bakteppet for barnevernets innsats preges dermed av tradisjonell psykodynamisk tenkning om problemutvikling og risikofaktorer.

I møtet mellom kvinnene og saksbehandlerne rettes oppmerksomheten mot barnas omsorgsmiljø og kvinnenenes evne til å se og tilrettelegge familielivet i tråd med barnets behov. Saksbehandlerne vurderer i utgangspunktet at kvinnene har gode personlige forutsetninger for omsorgsoppgavene, og evner å ha emosjonell nærhet og innlevelse i barna. En av saksbehandlerne uttrykker slik:

«Mor har jo ressurser, og det er jo veldig mye positivt. Hun har jo mye omsorg for ungene sine når hun er til stede. Men hun er så ustabil, og når det er kaotisk rundt henne, ser hun ikke ungene og deres behov».

Det som vekker bekymring, er måten kvinnene tilrettelegger familielivet på. Eksempler er mangelfullt sosialt nettverk, destruktive forhold til samlivspartner, ustabil bosituasjon, dårlig struktur i hverdagsrutiner og økonomi, og rusmisbruk. Saksbehandlerne ser at kvinnenenes utgangspunkt for å skape en tilfredsstillende omsorgssituasjon for barna er vanskelig, men anser at de har personlige forutsetninger og ressurser til å endre dette. Det blir derfor satt i verk to typer tiltak: 1) råd og veiledning til kvinnene, og 2) utviklingsstøttende tiltak i form av barnehageplass for

barna. Intensjonen med å gi råd og veiledning er å gi kvinnene økt innsikt i at deres måte å innrette familiens liv på kan være uheldig for barnas velferd og utvikling. Med økt innsikt forventes kvinnene å gjøre endringer i sin livsform som beskytter barna mot det potensielt skadelige. Intensjonen med utviklingsstøttende tiltak er tosidig: de skal 1) gi kvinnene tid for seg selv sånn at de kan få mer overskudd til å håndtere egne problemer, og de skal 2) gi barna et omsorgsmessig og utviklingsmessig påfyll for å veie opp for manglene i det mødrene kan tilby.

For kvinnene er ikke problemet at de ikke ser barnas behov, men at de ikke makter å imøtekomme dem samtidig som de strever med alt det andre. Mens saksbehandlerne har fokus på omsorgsoppgavene, er kvinnene opptatt av helheten, og ønsker hjelp der de selv opplever å komme til kort. Noen uttalelser fra kvinnene kan illustrere det:

«Ta for eksempel den tida vi ikke hadde bolig. Jeg hadde trodd at hun (saksbehandler) ville hjelpe meg å finne et sted å bo, men hun bare pratet med meg om hvor viktig det var for ungene at vi hadde et stabilt hjem.»

«Jeg skulle ønske at hun kunne snakke med ham (barnefaren) og få ham til å forstå at han også må gjøre noe.»

Kvinnene opplever seg maktesløse i forhold til saksbehandlerne forventninger om endringer i omsorgsfunksjonen, da det forutsetter at de mestrer utfordringer der de selv opplever å komme til kort. Kontakten med barnevernet bidrar på den måten heller ikke med den hjelp kvinnene hadde forventet, og de føler seg misforstått og mistrodd av saksbehandlerne. Barnevernets innsyn i familiens liv blir derfor en ytterligere belastning for kvinnene. De går i forsvar og benekter mangler i eget familieliv og barnas omsorgssituasjon. På denne måten oppstår et spenningsforhold mellom kvinnene og deres saksbehandlere, der saksbehandlerne forsøker å bevise, og kvinnene skjuler. Når belastningen på kvinnene øker, blir det vanskeligere for dem å strekke til. Rusbruken øker i omfang og omsorgsfunksjonen svekkes. Saksbehandlerne oppfatter denne utviklingen som at kvinnene ikke forstår betydningen av egen tilkortkommenhet, og de begynner derfor å stille spørsmål ved kvinnenens personlige forutsetninger for omsorgsoppgaven. En uttalelse fra en saksbehandler illustrerer dette:

«Mor velger jo rusen, og det viser jo at hun ikke er i stand til å prioritere barna foran seg selv.»

I denne forståelsen oppfattes etter hvert rusbruken som årsak til alle familiens øvrige problemer, og barnevernets kontrollfunksjon blir dermed mer fremtredende. Rusproblemene forstås i tråd med psykodynamiske tilnærminger som en sykdom eller tilstand hos kvinnene som gjør dem uegnet som omsorgspersoner fordi de prioriterer rusen framfor hensynet til barna. Implisitt i denne forståelsen er også en oppfatning om at når rusproblemet er leget, vil de øvrige problemene løses av seg selv. Saksbehandlerne anser rusproblemene for å være utenfor deres ansvars- og kompetanseområde, og deres oppgave blir derfor å motivere kvinnene for behandling, og så henvise dem til egnet behandling. Når rusmisbruket er tilstrekkelig dokumentert,

blir det framsatt krav om behandling, og kvinnene samtykker til henvisning ut fra trusselen om å bli fratatt omsorgen.

Etter at kvinnene har begynt i behandling, legger barnevernet ensidig vekt på utviklingsstøttende tiltak for barna i påvente av at kvinnene skal bli i stand til å ivareta omsorgen selv. Men forventningene til rusbehandling innfris ikke. Kvinnene fortsetter å ruse seg, og det inntreffer stadig hendelser i familiene som er uheldige for barna. Når de turbulente tilstandene har vedvart over lang nok tid, ser saksbehandlerne seg derfor nødt til å fremme sak om omsorgsovertakelse. Etter at vedtaket er fattet, gjøres det forsøk på å følge opp kvinnene, men tilliten mellom partene er borte, og kontakten sklir etter hvert over av seg selv.

### **Kjennetegn ved rusbehandlers innsats**

Ruspoliklinikkens mandat er å yte spesialisert behandling til rusmisbrukere (Lov om spesialisthelsetjeneste av 2. juli 1999 nr. 61, St. meld. Nr 69 1991-92). I SOS – NOU 2003: 4, oppsummeres målene for den kliniske virksomheten til å være 1) redusert bruk av rusmidler hos den enkelte, og 2) bedret livskvalitet og funksjonsevne. Intensjonen med virksomheten er at behandlingen skal ha en hjelpefunksjon i forhold til klientenes helse og velferd.

Faglig har rusfeltet de siste tiårene vært preget av endrings- og løsningsorienterte tilnærminger som fokuserer på den enkeltes valg, mestring, ressurser og muligheter (f.eks. Barth, Børtveit & Prescott, 2001; Berg & Miller, 1998; Melin & Näsholm, 1998; de Shazer, 1994; Proschaska, DiClemente & Norcross, 1992). Terapeutens oppgave er å motivere, bevisstgjøre og tydeliggjøre klientens valg, og styrke ressurser og anslag til løsninger. Fagfeltet har også vært opptatt av hvordan kvinners bruk av rusmidler har en annen individuell og sosial betydning enn menns (Honkosala, 1983; Skinnstad, 1984; Ødegård, 1991; Ødegård, Skinnstad & Holme-Hansen, 1989), og at dette stiller særlige krav til behandlingsinnsatsen kvinnene tilbys (Taksdal, 1997).

Når kontakten mellom kvinnene og behandler etableres, er kvinnenens livssituasjon kaotisk med mye rusbruk. Kvinnene er skeptiske til hjelpeapparatet, og ønsker minst mulig innblanding i familiens liv. En kvinne uttrykte dette slik i første samtale med behandler: «Jeg vet ikke hvorfor jeg er her. Det var hun (saksbehandler) som sa at jeg må gå her, ellers tar de ungen fra meg.»

I det terapeutiske arbeidet er behandler opptatt av relasjon. Et samarbeidsklima basert på tillit og trygghet mellom behandler og klient anses som en forutsetning for å skape endring og vekst. Behandler ser det som en forutsetning for det terapeutiske arbeidet at kvinnenens negative holdninger endres, og er derfor opptatt av å møte dem på deres premisser og være lydhør for kvinnenens egen forståelse av seg selv. Denne lydhørheten gjør at kontakten med behandler blir lite truende for kvinnene. De opplever seg sett og forstått, og det etableres et godt samarbeidsklima, noe en uttalelse fra en av kvinnene illustrerer: «Hun forstår meg. Med henne kan jeg snakke om alt.»

Behandler får kjennskap til kvinnenes opplevelse av å komme til kort når hun er lydhør for deres erfaringer. Kvinneperspektivet som preger feltet, bidrar også til å trekke oppmerksomheten i retning av elementer som gjør kvinners tilværelse vanskelig. Man ser på deres anstrengelser for å få til et parforhold til en ustabil partner som fysisk og psykisk mishandler dem, og hvordan muligheten for omsorgsovertakelse skaper en eksistensiell krise hos kvinnene. Behandler oppfatter at kvinnene opplever seg maktesløse overfor både partner og barnevern, og at dette skaper en stress-situasjon som er uhåndterlig for dem. I dette bildet forstås rusmisbruket som selvmedisinering og stressmestring. For å imøtekomme dette, anser behandler det viktig å støtte kvinnene i at deres situasjon er vanskelig og at de har problemer med å strekke til. Budskap til kvinnene blir derfor: «Du må ta vare på deg selv.»

### **«Når behandler avgrenser sitt mandat til kvinnenes rusproblemer og vanskeligheter med å mestre tilværelsen, overses barnas situasjon»**

Behandler ser at kvinnenes betingelser for å skape en tilfredsstillende livsform er vanskelig. Ut fra faglig tilnærming ligger endringspotensialet i å styrke kvinnenes ressurser, og utvikle nye og mer funksjonelle mestringsstrategier for å takle de utfordringer de står ovenfor. Kvinnenes vanskelige sosiale situasjon tillegges derfor liten betydning. Men for kvinnene er regningsbunken fremdeles like høy, partner behandler dem like dårlig, og omsorgen som utøves er like mangelfull. Det er derfor like vanskelig for dem å takle hverdagslivets utfordringer. En kvinne uttrykker det slik:

«Jeg trenger noen som kan komme hjem til meg og gjør litt husarbeid og tar seg av ungene noen timer, og som kan snakke med NN (barnefar) og få ham til å forstå at han må skjerpe seg.»

Sånn som kvinnenes livssituasjon har utviklet seg, har de behov for konkret og praktisk hjelp. Det som tilbys av endringer på et kognitivt plan, er ikke tilstrekkelig til at de sosialt vanskelig stilte kvinnene klarer å bryte de negative sirklene de er inne i.

Når behandler avgrenser sitt mandat til kvinnenes rusproblemer og vanskeligheter med å mestre tilværelsen, overses barnas situasjon. Behandler ser de deler av familiens situasjon som kan forklare hvorfor kvinnene ikke strekker til som omsorgspersoner, men ikke konsekvensene av at de ikke strekker til, og er derfor tilbøyelig til å unnskyldte mangelfull omsorg ut fra at kvinnenes liv er så trøblete. På den måten bekrefter behandler kvinnenes bagatellisering av mangler i egen omsorgsutforming. Dette bidrar til å styrke kvinnenes opplevelse av seg selv som offer for barnevernet. Slik svekkes saksbehandlernes faglige troverdighet, og med det deres muligheter til å få til nødvendige endringer i omsorgsutforming. Manglene i omsorgsutforming vedvarer derfor til barnas situasjon er så prekær at vedtak om omsorgsovertakelse ikke

kan unngås. Når kvinnene mister omsorgsansvaret, opplever de store tap både personlig og sosialt. Når de heller ikke har nødvendig støtte i sosialt nettverk, blir opplevelsen av maktesløshet total. Rusbruken som fra tidligere har vært en løsning i møte med livets utfordringer, øker i omfang. Behandler forsøker å følge opp kvinnene etter omsorgsovertakelsene, men kvinnene har nå problemer med å innordne seg i de polikliniske rammebetingelsene, og klarer ikke å følge opp timeavtaler. Etter gjentatte forsøk på å videreføre kontakten, etableres en oppfatning av at det ikke nytter, og saken avsluttes.

### **Kjennetegn ved samarbeidet mellom fagpersonene**

Innen fagfeltene har man utviklet ulike teoretiske baktepper for å forstå kvinnene og deres familier. Dette gjør det vanskelig å få til en dialog om felles sak. Med ulik forståelse og mangel på felles språk for å synliggjøre ulike syn, blir det vanskelig å finne felles mål for den samlede innsatsen. Satt inn i egen faglig kontekst blir den andres problembilde og forslag til løsninger uforståelige og meningsløse. Saksbehandlerne mener at behandler ikke tar barnas situasjon alvorlig nok, og behandler mener at henvisning til rusbehandling ble utsatt for lenge. Det oppstår frustrasjoner hos begge parter, der den andres bidrag ofte oppfattes som et hinder for å nå egne mål. Samarbeidsrelasjonen mellom fagpersonene blir derfor ofte anspent, og det blir vanskelig å komme videre.

Dårlig kommunikasjon og vanskelige samarbeidsrelasjoner gjør at roller og ansvarsfordeling ikke avklares. Barnevernet anser rusmisbruk som årsak til omsorgssvikt, og forventer at dette bedres så snart rusproblemet er leget, mens behandler ikke definerer omsorgsfunksjonen som sitt faglige anliggende. Dermed er det i verste fall *ingen av partene som har innsyn i eller forholder seg til hvordan omsorgen for de berørte barna faktisk utformes og utøves i familienes dagligliv*. Med manglende innsikt i og forståelse for hverandres innsats og avgrensninger, blir dette usynlig for begge. Når omsorgen er utilstrekkelig nok, blir utfallet uunngåelig. I en arbeidshverdag preget av tidspress for begge parter, er det liten tid til refleksjon rundt ens eget og den andres bidrag i saken generelt og i samarbeidet spesielt. Partene forklarer manglende resultater med tilkortkommenhet hos den andre. Dette gjør det lettere å leve med egen utilstrekkelighet. Partene låses i en opplevelse av håpløshet og oppfatning av at det er de andre aktørene som sitter med nøkkelen til mulige løsninger.

### **Utfordringer videre**

Det er begrenset hva en kan konkludere ut fra en analyse av noen få saker. En systematisk gjennomgang av saker der man ikke har klart å utforme tilstrekkelige hjelpetilbud kan likevel gi indikasjoner på hvordan tilbudene kan forbedres. Her tyder resultatene på at det kan være nyttig med et tettere faglig samarbeid mellom barnevern og rusvern. Dette samarbeidet bør bygge på en felles faglighet som muliggjør en felles innsats mot felles mål. Etter min vurdering bør de faglige tilnærmingene som preger feltene i dag derfor suppleres eller erstattes med kunnskap fra psykologiske og andre samfunnsvitenskapelige tilnærminger som i større grad gjør det mulig å forstå den

enkelte og familiene i den sosiale situasjonen de er forankret, og hvordan denne har betydning for både omsorgsfunksjon og rusmisbruk. Det er viktig med et perspektiv som ivaretar helheten i den enkeltes tilværelse ut fra hva som til enhver tid er nødvendig for å mestre omsorgsoppgaver og rusmisbruk. Innenfor en slik faglig ramme vil også den enkeltes forståelse av seg selv være relevant for hjelperne, noe som vil muliggjøre en mer åpen dialog også om de vanskelige temaene i tilværelsen og det som ikke mestres. Slik vil man få et bedre bilde av hvor skoen trykker, og hva som skal til for å utvikle det i retning av noe bedre. For noen vil det være praktiske og konkrete tiltak som bidrar til å endre de sosiale rammebetingelsene, f.eks. hjelp til å komme i lønnet arbeid, for andre tiltak som hjelper dem til å håndtere betingelsene på en bedre måte, f.eks. å utvikle bedre mestringsstrategier. For andre igjen vil det være tiltak som bidrar til et mer utviklingsstøttende samspill med ungene, f.eks. tydeligere grensesetting. Ut fra en slik faglig plattform kan hjelpen styrke de ansatser til et sosialt akseptabelt liv som er tilstede, og bidra til å utvikle familiens livsform i en retning som er kulturelt gangbar.

Aud Rørvik

Universitetssykehuset i Nord-Norge

LARiNOR

Pb 30

9038 Tromsø

Tlf 77 66 98 50

E-post [aud.rorvik@unn.no](mailto:aud.rorvik@unn.no)

*Teksten sto på trykk første gang i Tidsskrift for Norsk psykologforening, Vol 42, nummer 5, 2005, side 409-415*

#### TEKST

**Aud Rørvik**

+ [Vis referanser](#)

#### Referanser

Andenæs, A. (1994). Utvikling av omsorgsfunksjoner i aleneforeldrefamilier der det er satt inn forebyggende barnevernstiltak. Prosjektbeskrivelse.

Andenæs, A. (1996). Foreldre og barn i forandring. Doktoravhandling. Institutt for sosiologi. Universitetet i Oslo.

Andenæs, A. (2000). Et barnevern med lydhørhet for barnet. Fra generelle risikofaktorer og globale modeller til spesifikke, tilrettelagte dagliglivserfaringer. (NOVA skriftserie 5). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

Backe-Hansen, E. (2001). Rettferdiggjøring av omsorgsovertakelse. En beslutningsteoretisk analyse av barneverntjenestens argumentasjon i en serie typiske saker om små barn. (NOVA-rapport 2). Oslo: Norsk institutt for forskning om oppvekst, velferd og aldring.

- Barth, T., Børtveit, T., & Prescott, P. (2001). *Endringsfokuset rådgivning*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Berg, I. K., & Miller, S. D. (1998). *Rusbehandling. En løsningsfokuset tilnærming*. Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- de Shazer, S. (1994). *Words were originally magic*. New York: Norton.
- Hansen, B., & Trana, H. (1994). Det verdige moderskap i etterkrigstiden. En sosial-psykologisk studie av forbindelseslinjer mellom kulturelle endringer og kvinnelig identitet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 31, 797-816.
- Honkasalo, M. L. (1983). Kvinnor och alkohol. Ett försök til en helhetsbetonad analys med avseende på samhällsklass, könssystem samt arbets- och kvinnokultur. *NAD-publikation 8*, 63-83.
- Haavind, H. (1987). *Liten og stor*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Haavind, H. (1994). Kjønn i forandring - som fenomen og som forståelsesmåte. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 31, 767-783.
- Karlsen, E.-J., & Rørvik A. (1995). Forebyggende barnevern i aleneforeldrefamilier - hva er det de prøver å få til? En kvalitativ intervjuundersøkelse som fokuserer på forståelsesmodeller og intensjoner hos saksbehandlere, mødre og barn, analysert i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Hovedoppgave i psykologi. Universitetet i Tromsø.
- Killèn, K. (1994). *Sveket. Omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Melin, A. G., & Näsholm, C. (1998). *Behandlingsplanering vid missbruk*. Lund: Studentlitteratur.
- Nilsson, M., & Trana, H. (2000). Fra opplevd dilemma til mulige løsninger i terapeutiske samtaler med barn og deres foreldre. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 37, 541-551.
- Norges offentlige utredninger. (2000). *Barnevernet i Norge (NOU 2000:12)*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon Statens trykning.
- Norges offentlige utredninger. (2003). *Forskning på rusmiddelfeltet. En oppsummering av kunnskap om effekt av tiltak (NOU 2003:4)*. Oslo: Statens forvaltningstjeneste, Seksjon Statens trykning.
- Polkinghorne, D. E. (1992). Postmodern epistemology of practice. I S. Kvale (Ed.), *Psychology and postmodernism* (ss. 146-165). London: Sage.
- Prochaska, J. O., Di Clemente, C. C., & Norcross, J. C. (1992). In search of how people change: Applications to addictive behaviours. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Reichelt, S. (1996). *Forskning for praksis - av akademisk relevans?* *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 33, 1134-1142.
- Reichelt, S., & Sveaass, N. (1994a). Når glimrende spørsmål gir uforståelige svar. En utforskning av to familieterapeuters møte med flyktningefamilier i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Del I. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 31, 609-619.
- Reichelt, S., & Sveaass, N. (1994b). Når glimrende spørsmål gir uforståelige svar. En utforskning av to familieterapeuters møte med flyktningefamilier i et sosialkonstruksjonistisk perspektiv. Del II. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 31, 663-670.
- Schön, D. A. (1983). *The reflective practitioner - how professionals think in action*. Great Britain: Avebury, Ashgate Publishing Limited.
- Skinnsstad, A. H. (1994). Når alkohol blir løsningen på kvinners livsproblemer. I T. Anstorp, E. Axelsen & R. Ingebrigtsen (Red.), *Kvinne(p)syke* (ss. 158-188). Oslo: Universitetsforlaget.
- Stjernø, S. (1985). *Den moderne fattigdommen - om økonomisk knapphet og ydmykelse i 1980-åra*. Oslo: Universitetsforlaget.
- St. meld. nr. 69 (1991-1992). *Tiltak for rusmiddelmisbrukere*. Oslo: Helse- og sosialdepartementet.
- Taksdal, A. (1997). *Kvinnerettet behandling? (Temaserie nr. 1)*. Oslo: Rusmiddeldirektoratet/sosial- og helsedepartementet.

Tjomsland, S. (1996). Barnevern og omsorgsovertakelse. Oslo: Kommuneforlaget.

Ødegård, T. (1991). Den elsk-verdige kvinnen. I R. Haukaa (Red.), Nye kvinner - nye menn (ss. 41-60). Oslo: Ad Notam.

Ødegård, T., Skinnstad, A. H., & Holme-Hansen, E. (1989). Female dignity as a motivational force. I T. Løberg, W. R. Miller, P. E. Nathan, & G. A. Marlatt (Eds.), Addictive behaviour. Prevention and early intervention (ss. 275-300). Amsterdam: Swets & Zeitlinger.