

Oppfølging av barn som pårørende

I hvilken grad er anbefalinger fra Rundskriv IS-5/2006: ”Oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre ” implementert i praksis?

Anne Nybakk Søberg

HØGSKOLEN I HEDMARK

ved avdeling for Helse- og idrettsfag



Høgskolen i **Hedmark**

i samarbeid med:



2009

Forord

Studien er en del av masterutdanningen i psykisk helsearbeid ved Høgskolen i Hedmark i samarbeid med Høgskolen i Vestfold. Det har vært et lærerikt studium. Takk til alle lærere og medstudenter for tiden sammen, for alt jeg har fått ta del i, og for interesse og engasjement som er vist min studie.

Takk også til familie og venner som på alle måter har bistått!

En stor takk til alle som deltok som pilotgruppe i forbindelse med utarbeiding av spørreskjema underveis samt til biveileder Jan Kåre Hummelvoll.

Hovedveileder Ingeborg Hartz vil jeg takke spesielt for god veiledning. Hun har vært raus både med oppmuntring og med å dele av sin kunnskap!

INNHOOLD:

NORSK SAMMENDRAG	7
ENGELSK SAMMENDRAG (ABSTRACT).....	8
1. INNLEDNING	9
1.1 Introduksjon	9
1.2 Oppbygning	10
2. BAKGRUNN	12
2.1 Rundskrivets grunnlag	12
2.1.1 Oppdragsdokumenter og driftsavtaler	13
2.2 Litteratur og tidligere forskning	14
2.3 Saker fra media.....	15
2.4 Lover og normer	16
2.5 Hensikt med studien	17
2.6 Definisjoner og oppklaringer av sentrale begrep.....	18
2.6.1 Barn som pårørende	18
2.6.2 Psykisk syke/og eller rusavhengige foreldre	18
2.6.3 Psykisk sykdom og/ eller rusavhengighet	18
2.6.4 Psykisk helsearbeider.....	18
2.6.5 Distriktpsikiatrisk senter - DPS	19
2.6.6 Rundskriv: IS/5-2006.....	19
2.6.7 Lovforslag, Ot.prp nr 84, (2008-2009)	20
<i>§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende</i>	<i>21</i>
3. RELEVANT TEORI.....	22

3.1	Introduksjon	22
3.2	Psykisk helsearbeid og synet på menneske, omsorg, lidelse og helse.....	22
3.2.1	Psykisk helsearbeid	22
3.2.2	Omsorg og lidelse.....	23
3.2.3	En salutogen tilnærming til helse.....	24
3.2.4	Et systemperspektiv – alt henger sammen med alt.....	25
3.2.5	Martha Rogers sykepleieteori	26
3.3	Et historisk blikk på barns utvikling og sårbarhet	27
3.3.1	Tilknytning og generasjonsperspektivet	27
3.3.2	Mentalisering	29
3.3.3	Beskyttelsesmekanisme sett som symptomer	29
3.3.4	Resiliens	30
3.3.5	Hjernens utvikling	30
3.3.6	Temperament	31
3.3.7	Kulturell magi: "Barna forsvinner"	31
3.4	Kulturens psykologiske betydning for hvordan vi forstår verden	32
3.4.1	Doxa-begrepet	32
3.4.2	Tabuisering.....	34
3.4.3	Myter	34
3.4.4	Relasjonens betydning og likeverdighet	34
3.5	Barnehagens og skolens betydning for utjevning av sosiale ulikheter	35
4.	METODE.....	37
4.1	Innledning.....	37
4.2	Datainnsamling	37
4.2.1	Utarbeidelse av spørreskjema	37
4.2.2	Valg av variabler - spørsmålenes innhold	38
4.3	Studiepopulasjon	40
4.4	Behandling av data	41
4.5	Tillatelser	41
5.	RESULTATER	42

5.1	Bakgrunnsinformasjon	42
5.2	Inntaksrutiner	42
5.3	Samtaler og gruppetilbud for barna	44
5.4	Gruppetilbud til barna	45
5.5	Faste rutiner for informasjon	47
5.6	Foreldrefunksjonen	47
5.7	Særansvar for barn	49
5.8	Barnevernet	49
5.9	Rundskriv IS 5/2006 og mulige endringer i helselovgivningen	50
5.10	Hovedvekten i samtalene	52
6.	DISKUSJON	53
6.1	Metodologisk diskusjon	53
6.1.1	Metodevalg.....	53
6.1.2	Bias – systematiske feil.....	53
6.1.3	Valg av respondenter.....	54
6.1.4	Svarprosent.....	54
6.1.5	Spørreskjema.....	55
6.1.6	Stigmatiserende tema?.....	56
6.2	Hovedfunn – kort oversikt	56
6.3	Drøfting av hovedfunn	57
6.3.1	Praksis har etablert et godt fundament for implementering av rutiner.....	58
6.3.2	Informasjon - sentral del av oppfølgingsarbeidet.....	59
6.3.3	Det er en (leder)utfordring å ha oversikt over praksis.....	61
6.3.4	Klare for lovendring? – Overgang fra anbefaling til plikt.....	62
6.3.5	”Av og til” - akkurat passe eller tilfeldig?.....	64
6.3.6	Refleksjon som verktøy på veien fra viten til systematisk handling.....	66
7.	KONKLUSJON	67

8. VIDERE FORSKNING	68
----------------------------------	-----------

LITTERATURLISTE	69
------------------------------	-----------

Vedlegg 1: Spørreskjema

Vedlegg 2: Rundskriv IS-5/2006

Vedlegg 3: Informasjonsbrev

Vedlegg 4: Godkjenning fra NSD

Antall ord: 17808

Norsk sammendrag

Oppfølging av barn som pårørende

I hvilken grad er anbefalinger fra Rundskriv IS-5/2006: ”*Oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*” implementert i praksis?

Det er kjent at praksisfeltet innen behandling av rusavhengighet og psykisk ledelse har hatt mangelfulle rutiner i forhold til oppfølging av barn som pårørende. I 2006 kom nevnte rundskriv med anbefalinger om oppfølging av barn. Målet med studien var å se i hvilken grad rundskrivet er implementert ved å se etter faste rutiner i praksis i tråd med rundskrivets anbefalinger. Det er gjort en landsomfattende tverrsnittundersøkelse der det er utarbeidet og benyttet et postalt spørreskjema med 35 lukkede og åpne spørsmål. Svarene på de lukkede spørsmålene ble kodet og lagt inn i SPSS (statistikkprogram), og åpne spørsmål er besvart med tekst som er kategorisert eller gjengitt som utsagn. Utvalget på 77 var alle norske DPS, der respondentene var ledere av det enkelte DPS sine allmennpsykiatriske poliklinikker. Det kom svar fra 38 av de inviterte respondentene, noe som utgjorde en svarprosent på 49.4 %. Funnene viste at det forelå et godt etablert grunnlag for implementering av rutiner ved at barn ble identifisert og kartlagt i stort omfang. Det syntes å være mindre grad av faste implementerte rutiner rundt hvordan informasjonen om barna ble brakt videre til relevante samarbeidspartnere og hvordan vurderingene rundt dette ble gjort, for eksempel vurdering av foreldrefunksjonen. Rundskriv kan bidra til å påvirke praksis, slik halvparten av respondentene rapporterte om, men synes ikke å være nok til å sikre barn god nok oppfølging i en praksis med kun delvis implementerte faste rutiner. Undersøkelsens funn må ses i lys av at den halvparten som har svart kan være de mest interesserte eller de med best implementerte rutiner, og således gi resultater som gjenspeiler en praksis bedre enn gjennomsnittet.

Emneord: Barn som pårørende, foreldre med psykisk lidelse og rusmisbruk, generasjonsperspektivet, implementering av rutiner.

Engelsk sammendrag (abstract)

Supporting children living with parents who suffer from mental disorders and/or substance abuse. To what extent are recommendations given in circular IS-5/2006 implemented in practice?

Practice in Norwegian psychiatric and drug addiction clinics have been lacking routines for supporting their client's children. The aim of the study was to describe to what extent recommendations in Circular IS-5/2006 “ *Supporting children of parents suffering from mental illness or substance abuse*” are implemented in practice. We performed a nationwide cross-sectional survey using questionnaires, including 35 questions closed and open. Answers given in the closed questions were coded using SPSS in the analysis. The open questions were answered as written text. The study population was all Norwegian district psychiatric centers, DPC [Distriktpsikiatrisk senter, DPS], represented by one respondent from each psychiatric outpatient clinic. Thirty eight out of 77 clinics in all responded, making the response rate 49.4 %. Our findings showed that there was a good foundation for implementing routines as many clinics have personnel with special responsibility for children as next of kin in the clinic and routines for identification and assessment of children. There seems to be a lesser degree of implemented routines regarding how information about children is handled with other relevant authorities. And also how the clients' parental function is assessed. The circular can participate in influencing clinical practice as half of the respondents reported; however there doesn't seem to be enough routines to ensure children optimal support in a practice with only partial established routines. Our findings must be seen in light of the fact that it might be the most interested respondents or those with the best implemented practice that answered. We have no knowledge regarding the half of the population who did not answer, and thereby give results that reflect a practice over the average.

Key words: Children as relatives, parental mental illness and substance abuse, implementation of routines.

1. Innledning

1.1 Introduksjon

Denne studien har til hensikt å se i hvilken grad anbefalinger fra Rundskriv IS-5/2006 ”*Oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*” er implementert i praksis.

Våren 2009 ble det fremlagt lovendringsforslag i helsepersonell-loven, i den hensikt å styrke barn som pårørende sin rettsstilling (Helse/omsorgsdepartementet, 2009b:106). Når lovendringen trer i kraft vil oppfølging av barn som pårørende bli en plikt for helsepersonell på tvers av nivåene, men foreløpig er det rundskrivet som anbefaler en slik oppfølging.

Helse og omsorgsdepartementets anslår at mer enn 200 000 barn i 130 000 familier i Norge er berørt av foreldres rus og psykisk lidelse. Spesialisthelsetjenesten gir behandling til foreldrene til ca 15000 av barna viser tall fra Sintef i 2006 (Helse/omsorgsdepartementet, 2009b). Man kjenner ikke til det totale omfanget av barnegruppa pårørende. Tall det opereres med er estimerer som kan variere i ulike undersøkelser.

En dansk studie om barn av psykisk syke rapporterer om store mørketall når det gjelder barn som pårørende. Det hevdes at barn i familier med psykisk syke foreldre og hjelpeapparatet ofte er ukjente for hverandre, og at barna selv påtar seg omsorgsansvaret (Glistrup, 2002). Forskning viser imidlertid at barna det her er snakk om har en større sjanse for selv å utvikle rus eller psykisk lidelse og andre sosiale vansker sammenlignet med barn uten tilsvarende oppvekst (Glistrup, 2002; Hansen, 2001; SHdir, 2007; Skerfving, 1996).

Studier av rusavhengige viser at over 50 % har hatt foreldre med egen rusproblematikk (Melberg, Lauritzen, & Ravndal, 2003).

En rapport om levekår blant innsatte viser at 60 % har eget rusproblem, 2/3 av de innsatte har en oppvekst preget av alvorlige problemer i oppveksten og 3 av 10 har hatt kontakt med barnevernet før fylte 16 år (Friestad, 2004). En ny studie påpeker et eskalerende alkoholkonsum i Norge, med 20 % pr hode siste 10 år. Dette er en utvikling som vil berøre barn (Hoel, 2008).

Barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre betraktes i oppvekst og levekårsperspektiv å være en sårbar gruppe med stor risiko for problemutvikling. Man er kjent med at flere grupper i samfunnet som følge av sine samlede belastninger er utsatt for å utvikle psykisk lidelse. Regjeringens mål er å ha en helsetjeneste som fungerer på en så god måte at alle løftes opp på et helsenivå på linje med de beste. Målet er også å utjevne sosiale ulikheter (Kunnskapsdepartementet, 2007).

Kari Killén sier at de fleste foreldre vil sine barn det beste, men påpeker også faren for at en slik forståelsesramme alene tilslører problemene (2000). Fra egen praksis gav det meg ofte en litt navnløs uro når barns liv var preget av vanskeligheter og uforutsigbarhet i hverdagen uten at det ble grepet fatt i det. Med årene har uroen fått et sammensatt innhold og egne ord.

Problematikken rundt barn som pårørende er i dag et velkjent tema, men det konkluderes ofte med at det ikke gjøres nok for barna til tross for alt man vet. Spørsmål stilles derfor rundt hvordan kunnskapen via forståelsen blir til handlinger som barn som pårørende drar nytte av. Dennes studien tar sikte på å belyse i hvilken grad slike handlinger gjenspeiles i form av etablerte rutiner i praksis.

1.2 Oppbygning

Studien har 8 kapitler, der det inneværende har innledningen og oppbygningen, og videre:

I kapittel 2: Bakgrunn, redegjøres for rundskrivets grunnlag ved å se på regjeringens fokus på målgruppen og helsedepartementets føringer til de regionale helseforetakene. Det ses kort på litteratursøk og tidligere forskning, pekes på pressens aktivitet i saker der barn lider, deretter omtales lover og normer som berører oppfølging av barn. Etter beskrivelse av hensikt følger oppklaringer og definisjoner av sentrale begrep. Her tydeliggjøres rundskrivets anbefalinger med konkretisering av hva som forventes gjort i oppfølging av barn som pårørende i praksis.

I kapittel 3: Relevant teori, tas psykisk helsearbeid og synet på menneske, omsorg, lidelse og helse opp med vekt på et systemperspektiv, der Martha Rogers sykepleieteori nevnes spesielt.

Videre gis et historisk blick på synet på barn, hva som er relevant for målgruppen ”*barn som pårørende*”. Tilknytning, generasjonsperspektiv, mentalisering, beskyttelsesmekanisme sett som symptomer, utvikling av resiliens, og utvikling av hjernen, samt temperament sees på.

Deretter påpekes kulturens betydning for utøvelse av yrket, og det tas opp begreper som doxa, tabuisering og myter. Teorikapittelet avsluttes med et blick på relasjonens betydning i psykisk helsearbeid, og barnehage og skoles betydning for utjevning av sosiale ulikheter.

I kapittel 4: Metode, refereres prosessen vedrørende studiens metode. Her tas opp data innsamlingen, utarbeidelse av spørreskjema og dets innhold med valg av variabler. Videre omtales studiepopulasjonen, behandling av data og tillatelser relatert til undersøkelsen i forkant av studien.

I Kapittel 5: Resultater, gjøres det rede for resultatene etter gangen i spørreskjema under sentrale overskrifter. Det gis univariate presentasjoner. Besvarelsene oppgis i prosent med antall respondenter i parentes. Åpne spørsmål gjengis som utsagn. Det settes opp tabeller, figurer og tekstutsagn relevante for fremstillingen.

I kapittel 6: Drøfting, innledes med metodologisk diskusjon der relevante områder belyses og drøftes. Hovedfunn løftes opp i en kort oversikt. Deretter drøftes funnene og sees i sammenheng på tvers av spørsmålenes oppsett og kommenteres i lys av teori under sentrale overskrifter.

I kapittel 7 presenteres konklusjon.

I kapittel 8 gis forslag til videre forskning på feltet.

2. Bakgrunn

2.1 Rundskrivets grunnlag

I 2006 kom Sosial og helsedirektoratet med Rundskrivet IS-5/2006 ”*Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*”. Rundskrivet bygger på funn fra fagfeltet. Sirius, Statens institutt for rusmiddelforskning, utførte på oppdrag fra Barne- og familiedepartementet undersøkelser om tilbud til barn som var innlagt sammen med foreldrene i rusbehandling. Sirius presenterte sine funn i to delrapporter, og konkluderte med at barnas tilbud var preget av uforutsigbarhet og tilfeldighet mer enn felles retningslinjer både vedrørende kartlegging av barna og deres behov for hjelp (Solbakken & Lauritzen, 2006).

Videre ble hele spektret av støtte og behandlingstilbud som finnes i Norge for barn av rusmisbrukende foreldre kartlagt. Rapportene kommer med flere anbefalinger, som at det etableres rutiner som både identifiserer og fanger opp barna og deres behov for oppfølging, og at det må jobbes med å utvikle kompetanse der foreldrenes og barnas interesser ikke er sammenfallende (ibid).

Soria Moria erklæringen fra 2005, plattformen for regjeringssamarbeidet, legger an tonen for regjeringens verdisatsning og påpeker i kapittel 10 at:

”Forholdene i hjem og nærmiljø er viktige for barn og unges trivsel, trygghet og utvikling ” (Regjeringen, 2005:42).

De sier barnas oppvekst og opplæringsvilkår skal satses på i tråd med FNs barnekonvensjon. Barn som pårørende til psykisk syke og rusavhengige foreldre skal få oppfølging og hjelp. Spesielt nevnes barn som utsettes for psykisk eller fysisk vold. Målet er at barn skal ha en sjanse til å lykkes i livet og mestre skolen, uavhengig av deres bakgrunn (ibid). I regjeringens pressemelding om budsjett, Nr 58/09, sies at samhandlingsprosjekter fortsatt skal styrkes og at rusfeltet skal opprustes med 150 millioner i kommende periode (Regjeringen, 2009), noe som betyr fortsatt prioritering i en tid mange tiltak er utsatt for nedskjæringer.

2.1.1 Oppdragsdokumenter og driftsavtaler

Helse og omsorgsdepartementet ansvarliggjør og stiller styringskrav til alle regionale helseforetak via oppdragsdokumenter. Fra Rundskrivets opprinnelse i 2006 har oppdragsdokumentene lagt føringer for hva som skal ha et særskilt fokus i arbeidet. Her vektlegges spesielt samhandlingen, fokus på og oppfølging av barn som pårørende (Helse/omsorgsdepartementet, 2009a).

Rundskrivet påpeker at samarbeid på tvers av fag og nivåer i hjelpeapparatet er en forutsetning for å lykkes med en slik oppfølging (SHdir, 2006a). Opptrappingsplanen for psykisk helse [1999-2008] var et omfattende strategidokument der det å fremme mestring og selvstendigjøring, samtidig med å øke brukermedvirkningen i tjenestene ble sett på som viktig. Planen hadde et tiårs perspektiv. Forskningsrådet påpeker at det spesielt gjenstår mye på samarbeid mellom tjenestene og at behandlingsskjeden kan styrkes mellom fastlegen og kommunens ansatte og mellom kommune og spesialisthelsetjeneste (Helsedirektoratet, 2009), funn viktig for samhandlingsreformen, lagt frem i egen stortingsmelding nr. 47, ”*Rett behandling på rett sted til rett tid*”, i juni 2009 (Helse/omsorgsdepartementet).

Regjeringens treårige opptrappingsplan for rusfeltet, et samarbeid mellom Helse og omsorgsdepartementet og Barne og likestillingsdepartementet, sier at både de rusavhengige og deres barn og søsken skal ivaretas bedre, og legger spesiell vekt på tidlig intervensjon (Helse/omsorgsdepartementet, 2008). Sirusrapporten: ”*Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*”, problematiserer at det kan være vanskelig for hjelperne om foreldre og helsepersonell ikke ser likt på barnas behov, om foreldres og barns behov kommer i en interessekonflikt, eller når ulike deler av hjelpeapparatet ikke er enige (Solbakken, Lauritzen, & Lund, 2005).

Det ble fra Helse og omsorgsdepartementet tildelt og øremerket kroner 300 millioner til bruk for målgruppen ”barna til rusmiddelavhengige og eller psykisk syke” i prosjektmidler i 2007 for at helseforetakene skulle bedre sine tilbud til målgruppa. Det er holdt kurs og konferanser rundt om i landet med tema ”Barn som pårørende” på dagsorden.

2.2 Litteratur og tidligere forskning

Bakgrunnen for rundskrivet er Sirius rapport 5/2005 som avdekket mangler ved oppfølging av barn som pårørende. Denne rapporten har selv en fyldig litteraturliste som er gått inn i og har gitt ideer til videre søk. Det er gjort søk etter litteratur og tidligere forskning på ulike måter. Søk på Google, av ”*barn som pårørende*” gav 242000 treff, og 9 580 treff på ”*implementering av rutiner for barn som pårørende*” mens det for ”*implementering av rutiner for barn som pårørende etter rundskriv is-5/2006*” var 192. Mange av treffene ledet inn i offentlige baser og det ble gjort søk i regjeringen.no, ved departementer, direktorat og i helseforetak.

Det ble ikke funnet at en tilsvarende undersøkelse som denne studien er gjort, noe en forespørsel til Helsedepartementet ved Grete Gjertsen bekreftet. Derfor var det ingen litteratur for å sammenligne helt konkret.

Flere av søkene rundt *implementering av rutiner* førte også ut i organisasjonspsykologi, lærende organisasjoner og ledelse. Dette er valgt bort selv om det er betydningsfullt for implementering av rutiner etter rundskrivet, fordi det ville blitt for omfattende her.

Det ble ellers gjort søk fra Helsebiblioteket i litt ulike retninger. Litteratur relatert til *barn som pårørende, barns utvikling, skjevutvikling, temperament, tilknytning, mentalisering*, men også søk i retning av *traumer, skade, tabuisering, vold*,

Så ble det søkt rundt *psykisk helsearbeid, helhetlig sykepleie, systemteori, omsorg, lidelse, fremming av helse, helhetstenkning, system og, familieterapi*

Ideer til litteratur kom ofte som følge av andres litteraturlister, samtaler med kolleger og i veiledning. Det er hyppigst anvendt litteratur fra Skandinavia, mens noen referanser er utenfor Skandinavia, vurdert slik som egnet for studiens formål.

2.3 Saker fra media

I Soria Moria erklæringen kan det høres ut til å være opplagt at barn skal beskyttes. Men det er ikke selvsagt at det reageres når barn har behov for beskyttelse. Media har jevnlig historier om barn som ikke blir tatt godt nok vare på. Våren 2009 behandles Kristoffer-saken som ankesak i rettsystemet. Den omhandler en åtteårings død etter lengre tids omsorgssvikt og mishandling i 2005. Hans nærmeste omsorgspersoner oppfattes av retten til å ha forårsaket dette (Holm, 2009). Saken er viktig fordi det beskrives hvordan gutten over tid hadde synlige skader som utløste bekymring på skole og skolefritidsordning, men ikke handling videre i systemet.

Artikler fra Aftenposten våren 2009 viser svikt relatert til barn på flere områder. Helsetilsynet avdekker at samarbeidet rundt utsatte barn ikke er godt nok (Strøm-Gundersen, 2009). Barnehagene varsler for sjelden barnevernet, og er kilder til bekymringsmeldinger i kun 1 av 7 saker (Hai, 2009). Barnevernet venter for lenge med å kreve omsorgsovertakelse når de først er inne i saken (Moe, 2009).

En kartlegging om ruskompetanse hos yrkesgrupper som lærere og barnehagepersonell, gjort av Borgestadklinikken, viser at ansatte opplever å ha for liten kompetanse til å oppdage problemer hos barn, og at de føler seg usikre på hvordan de skal takle saker når de oppstår. Rapporten konkluderer med viktigheten av å tilpasse de ulike tjenestene rett kompetanse, og at det ikke må være tvil om hvem som kan kontaktes når barn sliter psykisk pga familiære forhold (Helsedirektoratet, 2006).

I en studie om unge kvinners helse og uhelse knyttet til tidligere skoleerfaringer fremkommer for eksempel at lærerne kan unngå å gi oppmerksomhet med intensjon om å skåne elevene, mens jentenes ønske er å bli sett. Skolen ble sett som en viktig arena for intervensjon og det påpekes at økt kompetanse kan gi bedre samspill (Jenssen, 2007).

2.4 Lover og normer

Nils Christie anvender uttrykk som primærkontroll og sekundærkontroll for å synliggjøre forskjellen på primærkontrollen som den uformelle sosiale kontrollen som finner sted i nære relasjoner, mens sekundærkontrollen er til knyttet til utøvelse av sitt yrke, være seg helsepersonell, eller politi (Christie, 1989).

Når primærkontrollen og sekundærkontrollen begge svikter, hvordan skal barn da være trygge?

Barns rettsikkerhet, er et aspekt i uroen jeg beskrev innledningsvis.

Barnekonvensjonen artikkel 3, 1. og 2. Pkt sier:

- 1. Ved alle handlinger som berører barn, enten de foretas av offentlige eller private velferdsorganisasjoner, domstoler, administrative myndigheter eller lovgivende organer, skal barnets beste være et grunnleggende hensyn.*
- 2. Partene påtar seg å sikre barnet den beskyttelse og omsorg som er nødvendig for barnets trivsel, idet det tas hensyn til rettighetene og forpliktelsene til barnets foreldre, verger eller andre enkeltpersoner som har det juridiske ansvaret for ham eller henne, og skal treffe alle egnede, lovgivningsmessige og administrative tiltak for dette formål (FN, 2003).*

I artikkel 4 kommer frem at det er statens ansvar å sørge for at barnas rettigheter ivaretas.

Den lyder som følger:

Partene skal treffe alle egnede lovgivningsmessige, administrative og andre tiltak for å gjennomføre de rettigheter som anerkjennes i denne konvensjon. Når det gjelder økonomiske, sosiale og kulturelle rettigheter, skal partene treffe slike tiltak i størst mulig utstrekning innenfor de ressurser de har til rådighet, om nødvendig innenfor rammen av internasjonalt samarbeid (ibid).

Europakonvensjonens [menneskerettsloven] artikkel 8 påpeker derimot retten til respekt for eget privatliv og familieliv og kan således skape et dilemma i forhold til hvor fokuset skal være, og hva som skal veie tyngst. Kanskje var det slik for personalet rundt gutten, med fravær av inngripen? Eller kan det være noe annet?

Europakonvensjonens artikkel 8 - Retten til respekt for privatliv og familieliv, lyder slik:

1 Enhver har rett til respekt for sitt privatliv og familieliv, sitt hjem og sin korrespondanse.

2. Det skal ikke skje noe inngrep av offentlig myndighet i utøvelsen av denne rettighet unntatt når dette er i samsvar med loven og er nødvendig i et demokratisk samfunn av hensyn til den nasjonale sikkerhet, offentlige trygghet eller landets økonomiske velferd, for å forebygge uorden eller kriminalitet, for å beskytte helse eller moral, eller for å beskytte andres rettigheter og friheten (FN, 1999).

Det etiske aspektet rundt studien er om Norge, som et rikt, moderne og demokratisk land, kan være bekjent av ikke å behandle barna sine ordentlig.

I Barnevernloven § 1-1 står det at formålet med loven er:

-å sikre at barn og unge som lever under forhold som kan skade deres helse og utvikling, får nødvendig hjelp og omsorg til rett tid. Samt - å bidra til at barn og unge får trygge oppvekstvilkår (Barne/likestillingsdepartementet., 1992).

Loven krever et samarbeid på tvers av nivåer og etater for å ha effekt og komme barna til gode. Noen må melde fra når det er grunn til bekymring, og noen må følge opp videre.

2.5 Hensikt med studien

Hensikten med denne studien er å belyse;

I hvilken grad anbefalinger fra Rundskriv IS-5/2006: ”Oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre” er implementert i praksis.

Studien kan bidra til å belyse problematikken rundt barn som pårørende så flere fagfolk og fagmiljøer kan reflektere over aktuell praksis. Målet må være at barn opplever mindre lidelse og at flere får hjelp i rett tid. På sikt kan gode rutiner for oppfølging av barn som pårørende i praksis bidra til å hindre at sosiale problemer repeteres i generasjoner.

2.6 Definisjoner og oppklaringer av sentrale begrep

2.6.1 Barn som pårørende

Rundskrivet studien tar utgangspunkt i omhandler oppfølging av alle barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre uavhengig av hvor i hjelpeapparatet de har et behandlingstilbud selv om undersøkelsen er rettet mot barn under 18 år som er pårørende til foreldre i behandling ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk.

I denne teksten vil jeg tidvis omtale målgruppen bare som ”barna” av språklige årsaker.

Lovforslaget i helsepersonell-loven inkluderer barn som pårørende til foreldre med somatisk sykdom eller skade, men de utelates i studien til tross for deres lidelse, fordi barn i familier med rus og psykisk lidelse i større grad er utsatt for tabuisering.

2.6.2 Psykisk syke/og eller rusavhengige foreldre

I denne studien menes med psykisk syke/og eller rusavhengige foreldre alle foreldre som har en psykisk lidelse og/ eller er rusavhengige, selv om undersøkelsen min er rettet mot foreldre i behandling ved en allmennpsykiatrisk poliklinikk. Det er ikke differensiert mellom foreldres sivilstand eller om en eller begge foreldrene har psykisk sykdom eller rusavhengighet, bortsett fra der det nevnes spesielt i teksten.

2.6.3 Psykisk sykdom og/ eller rusavhengighet

I teksten forstås psykisk sykdom eller rusavhengighet som alle forekomster av dette hos foreldrene og som fremstår slik at andre berøres av dette. Uten å skille mellom diagnoser, type rusmiddel eller om rusmidlene er legale eller illegale (Hansen, 2001).

2.6.4 Psykisk helsearbeider

I studien er psykisk helsearbeider fellesbetegnelse på hjelpere som arbeider med psykisk syke eller rusavhengige uavhengig av deres profesjon. I teksten kan både hjelpere og behandlere brukes synonymt som psykisk helsearbeider.

2.6.5 Distriktpsikiatrisk senter - DPS

Undersøkelsen har gått til det enkelte distriktpsikiatriske senter (DPS) sine samlede allmennpsykiatriske poliklinikker. Der leder for disse, en fra hvert DPS, er respondent. I teksten vil det kunne refereres til DPS uten at denne presiseringen gjentas. Det enkelte DPS består av mange avdelinger, både poliklinikker og døgnavdelinger. I hvilken grad rutiner er implementert i DPS'et som helhet kan studien ikke si noe om.

2.6.6 Rundskriv: IS/5-2006

Rundskriv IS-5/2006 "Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre". Utgitt fra helse og sosialdirektoratet i 2006 etter funn fra fagfeltet om manglende oppfølging for målgruppen (Solbakken et al., 2005). Rundskrivet anbefaler at alle aktuelle tjenester:

(Rundskrivet i sin helhet følger vedlagt i appendiks nr 2)

- etablerer rutiner/prosedyrer som tar sikte på å fange opp om aktuelle tjenestemottagere har barn, hvordan barnas situasjon er, samt sikre at nødvendig oppfølging er igangsatt eller tar initiativ til at det igangsettes.

-Arbeidet med å sikre at barn får nødvendig oppfølging vil i mange tilfeller forutsette samhandling med og ansvarliggjøring av andre instanser. Kommunikasjon med andre instanser må som hovedregel skje på bakgrunn av tjenestemottagerens tillatelse. I noen tilfeller kan det imidlertid foreligge en opplysningsplikt (SHdir, 2006a).

Rundskrivet inneholder en sjekkliste som har til hensikt å være en mal for hjelpeapparatet i å gjøre det som ønskes, å identifisere, kartlegge, se behov for nødvendige tiltak, bistå til å finne rett hjelp og evaluere tiltakene for barna. Det sies også noe om samarbeid med andre og opplysningsplikt til barnevernet:

Sjekklisten er som følger:

Spørsmål knyttet til barnas omsorgsbehov

- Har tjenestemottageren barn eller omsorg for barn?*
- Fremgår dette av tjenestemottagerens saksdokumenter (journal m.v.)?*
- Hva er barnets/barnas alder?*

- *På hvilken måte ivaretas omsorgen for barnet/barna?*
 - *ved forelderens kontakt med kommunalt tjenesteapparat/poliklinikk?*
 - *ved forelderens innleggelse i spesialisthelsetjenesten?*
- *Finnes rutiner for å kartlegge barnas situasjon ved forelderens innleggelse i døgninstitusjon sammen med barnet?*
- *Dekkes barnets behov for omsorg av familien/øvrig nettverk, eller har barnet et udekket omsorgsbehov?*
- *Hvis det foreligger et udekket omsorgsbehov, samtykker tjenestemottager til at det opprettes kontakt med barnevernet?*
- *Er det grunnlag for å opprette kontakt med barnevernet (sende bekymringsmelding) uten tjenestemottagerens samtykke?*

Spørsmål knyttet til barnas behov for informasjon og tjenestetilbud

- *Hvordan ivaretas barnas behov for informasjon om forelderens situasjon / tilstand?*
- *Foreligger rutiner for å*
 - *dekke barns hjelpebehov?*
 - *sikre at aktuell instans blir informert ved behov for vurdering/oppfølging?*
- *Er det avtalt videre oppfølging av barna ved aktuelle instanser (eks. fastlege, helsestasjon, skolehelsetjeneste, PPT, BUP)?*
- *Hvis behov for oppfølging fra andre instanser, samtykker tjenestemottageren til at det opprettes kontakt med disse?*
- *Foreligger rutiner for situasjoner der tjenestemottageren ikke samtykker?*

(SHdir, 2006a).

2.6.7 Lovforslag, Ot.prp nr 84, (2008-2009)

Helsedepartementet fremmet våren 2009 en rettighetsendring i helsepersonell-loven for målgruppen barn som pårørende ved Ot.prp. nr 84, (2008-2009). Dette vil gjøre oppfølging av barn som pårørende til plikt for alle tjenester i helse og sosialapparatet.

Spesialisthelsetjenesten må med loven opprette en barneansvarlig i tjenesten. Lovforslaget vil omfatte alle barn som får hverdagen sin vesentlig påvirket av sine foreldres tilstand, det

vil si, foruten barn med psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre, også barn til alvorlig somatisk syke og skadde (Helse/omsorgsdepartementet, 2009b).

Det nye forslaget i helsepersonell-loven § 10 a lyder:

§ 10 a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende
Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand.

Helsepersonell som yter helsehjelp til pasient som nevnt i første ledd, skal søke å avklare om pasienten har mindreårige barn.

Når det er nødvendig for å ivareta barnets behov, skal helsepersonellet blant annet

a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale.

b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig

c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Departementet kan gi forskrifter som utdyper innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen (Helse/omsorgsdepartementet, 2009b).

3. Relevant teori

3.1 Introduksjon

Teorikapittelet vil komme inn på at forståelsesrammen en psykisk helsearbeider har i forhold til sentrale begreper som menneskesyn, omsorg og lidelse samt utvikling av helse og resiliens kan prege tilnærmingen til pasientene.

Videre vil teori knyttet til ” barn som pårørende til foreldre med psykisk lidelse og/ eller rusavhengighet ” relateres til utviklingspsykologi, tilknytning og mentalisering, og vise fare for sammenhenger mellom barns oppvekst i risikofylte miljøer og skjevutvikling. Barn vil settes i et historisk perspektiv og vise at et slikt perspektiv kan ha relevans for vårt syn på barn i dag.

Det vil ses på hva forskning sier om begrep som doxa, tabu, myter og normalisering for hvordan helsearbeidere følger opp barn som pårørende, og barnehagens og skolens betydning som bidragsyter til å utjevne sosiale ulikheter i samfunnet.

3.2 Psykisk helsearbeid og synet på menneske, omsorg, lidelse og helse

3.2.1 Psykisk helsearbeid

Psykisk helsearbeid kan sees som en tverrfaglig utøvelse der psykiske helsearbeidere med ulike profesjoner har til hensikt sammen å utøve helhetlig omsorg for pasientene. Den enkelte profesjon vil ha en felles basiskompetanse, mens noe vil være fagspesifikk kompetanse. For å utøve psykisk helsearbeid bør felles kompetanse være relatert til holdninger, etikk, brukermedvirkning, relasjons- og samarbeidskompetanse. Synet på hva som er den psykiatriske sykepleierens spesifikke fagkunnskap synes å være særlig relatert til et holistisk syn på mennesket med vekt på sammenheng kropp og psyke, handlingsorientert tilnærming og helhetlig omsorg basert på menneskets grunnleggende behov (Karlsen, 2009).

Psykisk helsearbeid er i ”Veileder for psykisk helsearbeid for voksne i kommunene definert som følger:

- tiltak rettet inn mot mennesker med psykiske lidelser og konsekvenser av lidelsene hos den enkelte, deres familier og nettverk. Psykisk helsearbeid er både et kunnskaps- og et praksisfelt, og det omfatter også arbeid på systemnivå som forebygging av psykiske lidelser, opplysningsarbeid og annet arbeid for å motvirke stigmatisering og diskriminering (SHdir, 2006b:7).

Helsearbeidere plikter å rette seg etter et sammensatt lovverk, som gir den enkelte ansvar for å overholde taushetsplikt og opplysningsplikt, til for eksempel barnevernet, om man er bekymret for barns omsorg. Ellers gis føringer med basis i yrkesetikk ut i fra de ulike profesjoners retningslinjer. Brukerperspektiv, tverrfaglig praksis, samarbeid og fagutvikling er sentralt i psykisk helsearbeid, der arbeidet bygger på viten om hvordan en fremmer helse, lindrer lidelse og bidrar til sosial tilhørighet og inkludering (Hummelvoll, Jensen, Dahl, & Olsen, 2004:531).

En forløper for brukerperspektivet beskrev Hildegard Peplau, som ”sykepleierprosessen” i 1952. I motsetning til tidligere tenkning om pasientene som passive mottakere så hun pasientene som aktører i egne liv i sin mellommenneskelige modell i synet på sykepleierpasientrelasjonen. Peplau går ut fra den delte opplevelsen, der sykepleieren først observerer, deretter tilfører en mening som fører til handling og deretter en evaluering (Barker, 1997).

3.2.2 Omsorg og lidelse

Som psykisk helsearbeider vil handlinger og tiltak avhenge av hvor man som yrkesutøver fester blikket. Ulike blikk, eller forståelsesrammer preger det videre samspillet med pasientene. Med et holistisk-eksistensielt menneskesyn og forståelse av psykisk helsearbeid vil lidelse kunne oppfattes til å angå alt som berører et menneske.

Lidelse kan sees som sykdomslidelse, eksistensiell lidelse, omsorgs- eller behandlingslidelse samt sosial lidelse (Hummelvoll, 2006). Det er former for lidelse som på samme tid overlapper hverandre. En sykdomslidelse relatert til pasientenes opplevelse av egen sykdom kan føre til at livet oppfattes annerledes og uten mening. Dette berører pasientens syn på

livet og slik kan eksistensiell lidelse arte seg. Lidelse i et omsorgs eller behandlingsperspektiv kan innebære opplevelse av krenkelse, eller ikke å bli sett på egne premisser. Det kan gi en følelse av avmakt, noe som igjen kan virke inn og gi en eksistensiell lidelse. Sosial lidelse kan dreie seg om følelse av opplevd eller reell ekskludering eller lav sosioøkonomisk status.

Kari Martinsen beskriver omsorg som et relasjonelt begrep som en måte å være i verden på og som flyter mellom medmennesker. Men omsorg er også der en sykepleier utøver omsorg på grunnlag av sin fagkompetanse tilpasset pasientens behov. Der utøver reflekterer over behovene, og til tider overstyrer pasientens autonomi. Omsorg kan utarte i to retninger, føleri på den ene siden, og unnfalighet på den andre (Alvsvåg & Gjengedal, 2000; Kirkevold, 1998).

Begge deler er en ansvarsfraskrivelse som kan sees i sammenheng med Hummelvolls ”omsorg og behandlinglidelse” (Hummelvoll, 2006).

Hummelvoll beskriver sykepleiertilnærming som noe som gjøres i en forståelsesramme der:

”sykepleiere søker å stimulere helse på tross av sykdom gjennom omsorgsfull lindring av lidelse i en relasjon som bærer” (Hummelvoll, 2006).

Det pekes på at synet på lidelse, forståelsen av omsorg og hvordan man fremmer helse vil være viktig, men også at man må finne det riktige punktet mellom nærhet og avstand i en bærende relasjon.

Som fagutdannet psykisk helsearbeider må utøvelse baseres på å reflektere over egen praksis.

3.2.3 En salutogen tilnærming til helse

Helse er et komplekst fenomen med evne til forandring sett i et livsperspektiv, men kan også betraktes som prosess med kortere rytmer, som uker og i løpet av døgnet (Kristoffersen, 2006).

Hos Antonovsky sees helse og helsefremmende faktorer i tråd med hans ”SOC- perspektiv” (sense of coherence). Det vil si at helse fremmes om verden oppleves begripelig, håndterbar og meningsfull, uansett alder (1991).

Antonovskys anvendelse av begrepene ”health”, ”stress” og ”coping” synliggjør hvordan helse som opplevd fenomen beveger seg på en skala relatert til i hvilken grad stresset i betydning belastning, mestres eller ikke (Antonovsky, 1991; Kristoffersen, 2006).

Sammenhengen mellom belastninger, å ha kontroll over og følelsen av å mestre eget liv er sentral for livskvaliteten. Det viser levekårsundersøkelsen og eksemplifiserer med program som har tatt denne tanken til seg i helseforebyggende arbeid som å forebygge mobbing hos barn, Olweus programmet, og kurset i forebyggang av depresjon, KID, for voksne (Myklestad, Rognerud, & Johansen, 2008).

Å fremme helse i et empowermentperspektiv kan ses som å bistå pasientene i å forstå, takle og oppfatte situasjonen de er i som meningsfull, og yte hjelp til at de har og tar mer ansvar for eget liv. Empowerment som begrep innehar en motmakt, bemyndigelse og frigjøring fra tradisjonelt perspektiv med hjelpere som suverene eksperter. Foruten å fremme helse inneholder begrepet også intensjon om inkludering (Askheim, Starrin, & Heyerdahl, 2007).

3.2.4 Et systemperspektiv – alt henger sammen med alt

At mennesket utvikler både sykdom og helse i relasjon til andre eksemplifiseres i systemteori. Det kan vises til flere retninger. Geir Lundby fra familierapifeltet med barn og ungdom refererer til Bill O`Hanlon som sier at:

”Folk er ikke problemene sine, men problemene er deler av deres sosiale og personlige konstruksjoner” (Lundby, 1998:20).

En systemisk tenkning er sirkulær i sin forklaringsmåte, og ser bort fra den lineære årsaksforklaringen. ”Alt henger sammen med alt” i en gjensidig påvirkning er sentralt i systemteori.

Eksempelvis har en nyere studie funn i forhold til hvordan familier med barn og ungdom i risikomiljø profitterer på integrert hjemmebasert familieterapi. Tenkningen tilstreber å bemyndige familiemedlemmene til selv å håndtere egne problemer og skape begripelighet og mening, i tråd med empowerment og salutogenesebegrepet. Familiemedlemmene er selv aktive, og anvender egne ressurser og løsningsforslag i terapien. Resultatene viser at barna får det bedre, og har mindre problemfylt atferd mens foreldrekompetansen øker, og samholdet og tilpasningsevnen bedres innad i familien (Lee, 2009). Flere modeller som benyttes her i landet tar i bruk familie og nettverksjobbing for eksempel Jaakko Seikkulas modell om nettverksdialoger (Seikkula & Arnkil, 2007) og Familieråd som beslutningsmodell (NOVA, 2006).

3.2.5 Martha Rogers sykepleieteori

En tilsvarende og kanskje en utvidet oppfatning av system finnes innen sykepleieteori hos Martha Rogers. Hun beskriver mennesket, dets miljø og omgivelser, i betydning at alt både levende og ikke-levende gjensidig påvirker hverandre. Hun uttrykker, ved hjelp av en nesten storslagen terminologi, mennesket i sammenheng med begreper som energifelt, pandimensjon og integralitet. Hun sier med dette at alt er en enhet og at mennesket må sees som en udelelig helhet. Samtidig er mennesket også en del av en enda større udelelig helhet som familien, miljøet, naturen eller universet.

Livet med sine prosesser kan ha topper og daler som går i en bølgende bevegelse der livet berøres av både det som skaper bølgen, men også av alt annet som også påvirkes av bølgen. Sett i et slikt lys vil livet og hendelsene både preges av uforutsigbarhet i hva som skjer, men samtidig ha forutsigbarhet ved at man kan møte hendelsene gjenkjennende, og i det fremstår et mønster (Butcher, 2009; Lutjens, Bunting, & Marchione, 1995).

En følge av systemisk måte å betrakte mennesket på gjør det uhensiktsmessig å forholde seg til mennesker tatt ut av sitt miljø og ut av den helheten det omgir seg med.

3.3 Et historisk blikk på barns utvikling og sårbarhet

Liv leves ikke i kulturelle tomrom. Flere kulturelle strømninger har påvirket synet på barn gjennom historien. Barndom som reflektert fenomen dukket i følge Philippe Ariès først opp på 1700 tallet. Før det var barn miniatyrvoksne, individer uten spesielle behov sett i relasjon til voksne. De ble raskt lært opp til å bidra med arbeidskraften sin i familien (Philippe Ariès i Ericsson, 2009:8).

Ut i fra dette historiske perspektivet var ignorering av barns behov et fenomen som var dypt kulturelt forankret. Vår kultur er derimot sterkt barnefokusert i betydningen at barns særegne behov blir lagt vekt på og ivaretatt gjennom nyere lover og forskrifter (Barne/likestillingsdepartementet., 1992; FN, 2003; SHdir, 2006a).

Barn har ulik tilgang på ressurser. Både i form av omsorg og økonomi. I Norge viser en nyere studie at ca 85.000 barn lever i fattigdom (Nadim & Nielsen, 2009). I familier med dårlig økonomi i tillegg til psykisk lidelse og rus belastes både foreldre og barn ytterligere.

Nyere utviklingspsykologisk forskning gir oss stadig nye data på både barns kompetanse og sårbarhet ved belastninger.

3.3.1 Tilknytning og generasjonsperspektivet

Barn som har fått en sterk tilknytning til foreldrene blir trygge og selvstendige noe som vil prege barnas forhold til andre livet igjennom (Grøholt, Sommerschild, & Garløv, 2001).

Sensitiv respons innebærer foreldre som har kompetanse på å se og akseptere barnet som det er og å leve seg inn i barnets situasjon. Videre vil det si å ha realistiske forventninger til og å sette barnets behov foran egne (Solbakken et al., 2005:75). Psykiske lidelser eller rusavhengighet medfører ofte at foreldrene er mindre sensitive for sitt barns behov. Smith og Ulvund beskriver evnen til sensitivitet som den enkeltstående mest betydningsfulle faktor i spedbarnsalderen (Smith & Ulvund, 1999). Det er ikke diagnosen i seg selv, men samspillet og om diagnosen blir kronisk, som spiller inn på hvordan barn reagerer (Borge, 2007).

Både uforutsigbar atferd, manglende sensitivitet hos foreldrene, samt barnets eventuelle eksponering for rusmidler i svangerskapet kan ha betydning for hvordan det påvirkes i sin

utvikling. Forskning viser til at tilknytningsmønstre mellom barn og foreldre med rusavhengighet har en overhyppighet av utrygg tilknytning, definert som desorganiserte tilknytningsforstyrrelser hos barnet (Solbakken et al., 2005:73).

Ved systematisk manglende adekvat respons på signaler kan barnet allerede fra spedbarnsalder utvikle mestringsstrategier som beskyttelsesmekanisme. Strategier de kan bære med seg videre i oppvekst og voksenalder, som lite funksjonell atferd vel ute av barnerollen.

Flere studier indikerer at sosiale ulikheter reproduseres gjennom generasjoner. De fleste unge som havner i et misbruk har en oppvekst preget av større belastninger enn ungdom flest. Bruk av tyngre stoffer har ofte sin bakgrunn i ditto tyngre belastning (Pape, 2009).

Alkohol er det hyppigst brukte rusmiddelet i samfunnet, også hos ungdom. En studie viser at 60 % av unge i aldersgruppen 15-20 oppgav å ha drukket alkohol siste 4 uker (Vedøy & Skretting, 2009), der de som sliter følelsesmessig og drikker for å fjerne problemer har et langt høyere konsum og står mer i fare for å utvikle rusproblematikk enn annen ungdom (Pape, 2009).

Med fare for å påføre stigma er det viktig å påpeke at barn som erfarer rus eller psykiske problemer i hjemmet kan utvikle seg godt og få gode liv. Levekårsundersøkelsen fra 2005 viser at 1/3 av barna gjør det. Den viser også at 2/3 av barn med foreldre i behandling innen psykisk helsevern får grader av psykiske problemer, 1/3 av dem alvorlige (Myklestad et al., 2008). Borge hevder mellom 1/3 og halvparten av barna klarer seg godt (Borge, 2009).

Ingen foreldre er perfekte, men det sees som viktig å yte en omsorg god nok for det barnet man har. Enkelthendelser av traumatisk art kan medføre symptomer som ved posttraumatisk lidelse, PTSD (Anstorp, Benum, & Jakobsen, 2006), men oftest tenker man at det er den repeterende atferden, der voksne ikke evner å se mening i barnets atferd og respondere adekvat på den, som er skadelig for barn, mer enn enkelthendelsene (Cullberg, 1981; Grøholt et al., 2001).

Å forstå barnet sitt og respondere adekvat på dets signaler knyttes til begrepet mentalisering.

3.3.2 Mentalisering

En nyere studie belyser begrepet og refererer til Bateman og Fonagy når det listes opp korte definisjoner:

- *Holding mind in mind*
- *Attending to mental states in self and others*
- *Understanding misunderstandings*
- *Seeing yourself from the outside and others from the inside*
- *Giving a mental quality to or cultivating mentally.*

(Blakstad, Eide, & Johnsen, 2008:8)

God evne til mentalisering i betydningen å se andre innenfra og seg selv utenfra viser styrke i samtidig å mestre den selvrefleksive som den mellommenneskelige faktor. Det skiller seg fra nærliggende begrep som empati, innsikt og mindfulness. Menneskets utvikling av mentalisering, relateres til tidlig barndom. Hvordan mentalisering utvikles vil særlig prege hvordan man tolker handlinger og med det hvordan man senere utvikler og regulerer affekter (Bateman & Fonagy, 2007).

3.3.3 Beskyttelsesmekanisme sett som symptomer

Symptomene kan være vage til å begynne med og en følelse av at noe skurrer, mer enn å kunne gjenkjenne og sette ord på noe med en gang. Olav Mortensen beskriver fysiske og psykiske symptomer og nevner:

Magesmerter, hodepine, sengevæting eller ufrivillig avføring, svingende følelser, uro, angst, tristhet, dårlig selvbilde, vanskeligheter med søvn, atferdsproblematikk som kan gi seg utslag i problemer på skolen, utvikling av eget rusmiddelmisbruk og/eller kriminalitet(Mortensen, 2001:33i Hansen).

Tidlig intervensjon i barnehagealder fremfor i skolealder kan hindre barna i å utvikle seg i en retning som ekskluderer dem fra sosiale nettverk (Kvello, 2006).

Barn kan komme i to ulike handlingspoler. De urolige, utagerende og aggressive kan som følge av sin atferd ekskluderes fra naturlige samlingspunkter med jevnaldrende, men det kan også de skoleflinke og ytre sett vellykkede barna fordi de har liten evne til å gi i sosiale sammenhenger (Raundalen, 2009).

3.3.4 Resiliens

Begrepet resiliens er hentet fra engelsk "resilience" og oversettes ofte med motstandskraft eller mestring. Forstått som prosess, utvikling av resiliens, innebærer forståelsen noe mer. Både det å ha evne, eller en indre spenst, til å gjenopprette formen etter belastning, og i tillegg opprettholde tilstanden, samt å bedre fungeringen fremover mot bedre helse (Borge, 2007).

Nyere resiliensforskning vektlegger samspillet mellom indre faktorer, som egenskaper barnet har, med ytre faktorer, som tilgang på ressurser i familie eller miljø. Det bryter med tidligere oppfatning av løvetannbarn som klarer seg godt i betydningen å være nok i seg selv. Borge bruker begrepet løvetann-eng for å synliggjøre den relasjonelle betydningen (Borge, 2007, 2009).

Resiliens kan også knyttes til det å være sosialt inkludert kontra det å være sosialt ekskludert. Å ha anledning til å delta på ulike arenaer i samfunnet er en viktig faktor for å oppleve god psykisk helse (Hoel, 2008).

Hoel hevder det vil innebære og sette inn tiltak som bidrar til at de inkluderte forblir inne og til reintegrering av de som har falt ut. For barn betyr det skole og barnehage, fritidsaktiviteter eller steder der de treffer andre barn, mens det for voksne vil være utdanning, det å ha en jobb og et sted å bo som må prioriteres (2008).

3.3.5 Hjernens utvikling

Kvaliteten på kontakt mellom foreldre og barn er betydningsfull for hjernens tidlige utvikling. Hjernen er tilpasningsdyktig og utvikler seg mye i de tidligste leveårene. Barn som ikke får adekvate stimuli i denne tiden får ikke opprettet de samme forbindelsene mellom hjernecellene som barn som opplever å få gjensvar på sine signaler og møtes med varme, åpenhet, nysgjerrighet (Grøholt et al., 2001).

3.3.6 Temperament

Barn har forskjellig temperament og behov, noe som kan gjøre enkelte barn mer engstelige med større latent sårbarhet i sin utvikling (Cullberg, 1999). Borge referer til Robarth og Ahadi som definerer temperament som:

”konstitusjonelt baserte individuelle forskjeller i reaktivitet og selvregulering, influert av arv, modning og erfaring” (Borge, 2009:47).

Dette er også en gjensidighetsprosess. Selv det lille barnet er med på å forme sine omsorgspersoner (Smith & Ulvund, 1999).” Lette barn” vil i motsetning til ”vanskelige barn”, i betydningen barn som lar seg trøste og roe, gir foreldrene større mestringsopplevelse som igjen medvirker til hvordan de forholder seg til barnet. I dette ligger potensial for både gode og mindre gode spiraler.

3.3.7 Kulturell magi: ”Barna forsvinner”

Til tross for alt vi vet om tilknytning, utvikling av mentalisering og resiliens samt hva som kan bryte dårlige spiraler med repetisjon av lidelse over generasjoner, har vi stadig eksempler på at barn overses eller ikke tilbys adekvate barneorienterte tiltak.

Ericsson refererer til historier om barn under offentlige omsorg som for mange tiår siden ble utsatt for repeterende flyttinger til tross for kunnskap allerede den gang om at det beste for barna ville være å bli boende et sted og slå røtter (2009).

Høsten 2009 har den samme problematikken fått stor oppmerksomhet og NRK har hatt flere programmer og debatter om barnevernsbarn med opptil 30 flyttinger. Et tema som avisspaltene vitner om har berørt folk.

For å sette det litt på spissen, kan vi på en måte derfor si at ” barna forsvinner ” i den voksne verden i dag, nesten som på Arièls tid, til tross for et kulturelt gjennomsyret barneperspektiv generelt, og innenfor helsevesenet spesielt.

3.4 Kulturens psykologiske betydning for hvordan vi forstår verden

Mange har etter hvert problematisert barnas ”forsvinningsnummer” i voksenbehandling. Grimsgaard refererer til flere studier med funn som viser at voksenbehandlere ikke tematiserer om de har ansvar for pasientenes barn eller ikke, videre at voksenbehandlere ofte uttrykker bekymring til kolleger, men det tas sjelden videre i praksis (2009:29).

Leira mener barnas ”forsvinningsnummer” kan forstås ut i fra tre aspekter ved vår forståelse, doxa, tabuisering og myter. At barn samtidig kan være så sterkt i fokus og på samme tid ”forsvinne” kan forstås ut i fra disse begrepene.

3.4.1 Doxa-begrepet

”*Doxa*” er et begrep med gresk opprinnelse., gitt litt ulik betydning etter dets vandring i historien. Vanligvis oppfattet omvendt av, ”*episteme*”, kunnskap gitt på bakgrunn av vitenskapelige metoder, mer som noe vi vet, fordi ”alle” vet det, altså en tro eller en antagelse kulturelt knyttet (Store/norske/leksikon, 2009a). Leira beskriver Bourdieus doxa-begrep som en før-forståelse, noe vi tar for gitt, de usynlige kulturelle tråder, eller en måte å forstå verden på, der den enkelte selv ikke stiller spørsmålstegn eller reflekterer over innholdet. Oppfatninger om verden internaliseres og sees som uforanderlige og universelle. Fenomenet er som en kontinuerlig prosess hos et hvert menneske, der de med mest makt definerer og kategoriserer verdiene (2003). Doxa er sånn sett mer som linser enn som briller, de sitter så tett på at det ikke er lett å se at de er der. Selv om doxa tas opp i den enkelte er den enkelte også bærer av doxa innenfor grupper man er en del av. Det kan være familien, skolen eller i arbeidslivet. Slik videreføres sosiokulturelle mønstre ved at vaner spilles ut som et repertoar fra gruppen, uten å gå gjennom refleksjonen (Thornquist, 2003:137).

I følge dette begrepet vil antagelsen om at foreldre er i stand til å ivareta sine barns behov fungere som et kulturelt hinder for at helsepersonell griper inn. En antagelse som tilslører problemer barn som pårørende kan stå i, og med det lar det private rom være uforstyrret. Å bryte doxa skjer ved en omvendt rekkefølge, via refleksjonen (Leira, 2003).

Det er en krevende oppgave å reflektere over noe en ikke ser, så det stiller både krav til å tilegne seg kunnskap om doxa som fenomen, vilje til bevisstgjøring for den enkelte samt egnede fora å gjøre det i.

Doxa kan arte seg på ulike måter på forskjellige arenaer.

Doxa i familien

Doksisk syn i familien kan komme fra frykten for å bry andre, eller for å bli ” sett i kortene” ulik atferd kan uttrykke det doksiske mønsteret.

Doxa i barnehage og skole

Doksisk syn på ansvarlighet og rollefordeling kan medføre at ansatte ser sin rolle knyttet til tradisjonell undervisning, ikke å være omsorgsgiver. Eller de ser de har en omsorgsrolle, men opplever ikke å kunne nok, eller tenker i retning ”alle sliter i perioder”... Samtlige grunner kan hindre intervensjon på følt bekymring.

Doxa i helsevesenet

Som over vil doxa kunne gi seg uttrykk ved ulike opplevelser av hvor egne roller og ansvarsforhold begynner og slutter. I voksenbehandling kan doxa styres av å se barna som andres ansvar, mens doxa i behandling av barn vil kunne se barns symptomer som egenskaper eller sykdom i barnet, mer enn uttrykk for belastning fra miljøet eller hjemmet.

Doxa i barnevernet

Doxa i barnevernet kan arte seg som at man har et ressursyn i retning: ” *familien er det beste, så alt må prøves*”, eller ”*familien er ressursløs de kan ikke trekkes inn i diskusjonen*”. Når det ikke baseres på den enkelte familien, men på før-forståelsen, er det doksisk styrt.

Organisatorisk er barnevernets måte å jobbe på lagt opp til at det er andre som har ansvaret for å agere først på en bekymring.

3.4.2 Tabuisering

Mens doxa på et vis går utenom kognisjonen og blir ”å ikke-tenke”, er tabuisering knyttet til ”å ikke- snakke”. Konsekvensen blir ”å ikke- behandle”.

Leira refererer til Freuds tidlige interesse for tabuisering, som prosess. Betydningsfull både i forhold til en intersubjektiv ugyldiggjøring av egne erfaringer samt viktig kilde til symptomdannelse (2003:14). Videre beskriver hun ”tabu som traume” og forklarer at kulturen tabuiserer hendelser som om de ikke har eksistert og det fratår de involverte muligheter til bearbeiding (Leira, 2003).

3.4.3 Myter

Myter og tabuer lever side om side, doksisk som verdier. Der tabuer har det forbudte over seg, kommuniseres mytene fra kulturen til enkeltmennesket, og har dyp symbolsk betydning (Leira, 2003). Alle kulturer har sine myter. Myte som begrep har gresk opprinnelse med betydning muntlig fortelling, eller beretning. Oppfattet i opprinnelsen som hellige, mens vår tids myter mer kommuniseres som uttrykk for ubevisste normer og grunnforestillinger som inngår i faste mønstre (Store/norske/leksikon, 2009b). Myter skiller seg fra legender ved å løsrives tid og rom, som bestående evige oppfatninger.

3.4.4 Relasjonens betydning og likeverdighet

I psykisk helsearbeid vektlegges betydning av relasjonskompetanse (Hummelvoll et al., 2004; Karlsen, 2009), men relasjonen vektlegges tradisjonelt ulikt i et individual- kontra et systemperspektiv. I et individualperspektiv synes relasjonen spesielt viktig for personlighetsutviklingen mens et systemperspektiv i større grad ser relasjonen som arena for samspill (Aanonsen, 1996). I det ligger at en sirkularitet som i tillegg til å se for eksempel familien som aktører også i like stor grad ser terapeutens bidrag i relasjonen som betydningsfull. Grimsgaard peker på at effekten ikke alltid er i tråd med intensjonen når helsepersonell ønsker å bygge en god relasjon som bærer og som gjør det lettere å ta opp vanskelige tema. Fordi vanskelige tema ofte utelates allikevel, av frykt for å få et relasjonsbrudd når den er opprettet (2009).

Hun peker også på at et fenomen, ”normalisering”, kan opptre i samtaler med pasienter. Det kan forstås som at helsepersonell tar frem egne erfaringer og bruker disse til å imøtekomme pasientenes erfaringer. Det kan for eksempel være å normalisere at barn kan være krevende, mødre i mellom. I bestrebelsen etter å være pasientens likemann kan forskjellene tilsløres og problemene, som at pasientens evne til omsorg ikke er god nok, overses (ibid).

3.5 Barnehagens og skolens betydning for utjevning av sosiale ulikheter

Skoler og barnehager har etter hvert en større og nyansert rolle i barns liv. Barn går nesten uten unntak på skole utenfor hjemmet, og i dag har de aller fleste barn tilbud i barnehage.

En oppsummeringsforskning viser at barnehager preget av høy pedagogisk kompetanse der ansatte gis mulighet for fagutvikling og refleksjon bidrar sterkt i positiv retning for barns utvikling. Både i form av å øke sin IQ og bli bedre forberedt til læring på skolen (Nielsen & Nygaard, 2009). Et barn som er forberedt ved skolestart får bedre utbytte av undervisningen og ringvirkningen videreføres til høyere utdanning og i arbeidslivet. I samfunnsperspektiv er virkningen besparende ved at barna i større grad utvikler bedre helse, og i mindre grad utvikler kriminalitet, og med det er forutsetningen for å svekke reproduksjonen av sosiale problemer tilstede. Det har i lengre tid vært politisk ønske om å legge til rette for høyere utdanning til alle. Til tross for dette viser en nyere studie at familien har stor påvirkningskraft og vel så mye å si som egenskaper hos barnet (Kristensen, 2009). Så til tross for politisk vilje til å sette dette på dagsorden sitter barna fast i familiens kultur. I forhold til kjønn kan det synes som om gutter er mest utsatt da det rapporteres om at jenter i større grad tar utdanning uavhengig av sin familiebakgrunn. Mødre med høyere utdanning fungerer i større grad som rollemodeller for døtrene enn for sønnene (Bjerkedal, 2009). Slik rusavhengighet og psykiske lidelser arter seg vil foreldre med alvorlig problemer på området tilhøre foreldregruppen med lav eller manglende utdanning. Høyere utdanning fungerer som en beskyttelse i forhold til høyere sosial status, økonomi, helse og det sosiale nettverket som ofte bedres. Barn av foreldre med lav utdanning som ruser seg eller har en psykisk lidelse kan ut i fra dette sees som ekstra utsatt, ettersom høyere utdanning sett som kulturell kapital gir muligheter for klassereiser (Bourdieu, Østerberg, Prieur, & Barth, 1995).

Barnehager og skole ser ut til å være arenaer med mulighet for å kunne bidra til å påvirke barn og unges livskvalitet. Barnehageansatte, lærere eller behandlere som arbeider med barn direkte må foruten kunnskapen om risikofaktorer, ha kompetanse i hva de skal være oppmerksomme på ved barnets atferd, hva de skal gjøre med det de ser og vite hvem de kan henvende seg til (Bäcklund, 2009).

4. Metode

4.1 Innledning

Målet med studien referert i kapittel 2.4 er å få en bredde og oversiktskunnskap om i hvilken grad praksis har implementert rutiner og prosedyrer knyttet til oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre, i tråd med anbefalingene i Rundskriv IS/5-2006. Utførelse av en tverrsnittsundersøkelse, med bruk av spørreskjema ble vurdert til å være en godt egnet metode for formålet. Det når ut til mange, over avstander og kan besvares anonymt (Friis & Vaglum, 1999). Dette er en åpen undersøkelse, det vil si uten skjult agenda, der respondentene gjøres kjent med studiens hensikt både i informasjonsbrevet og i spørsmålene, i tråd med etisk forskning referert i Helleviks "Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap" (2002:106).

4.2 Datainnsamling

Det ble gjennomført en postal spørreskjemaundersøkelse med 35 spørsmål [der noen spørsmål har flere deler], flesteparten lukkede spørsmål med gitte svarkategorier, men med anledning til å utdype svarene ved 9 åpne spørsmål. Hellevik påpeker fordelene med lukkede spørsmål der forskeren kan skaffe opplysninger om mange enheter. Svarene uttrykkes i verdier som kan konverteres til tall og mønsteret analyseres (2002:110). Åpne spørsmål derimot mener han kan gi merarbeid i en kvantitativ undersøkelse og er en ulempe (ibid,147). Men det kan vurderes nyttig for å gå mer i dybden, og er derfor tatt med her. Åpne spørsmål besvares med tekst og kategoriseres i grupper som listes opp.

4.2.1 Utarbeidelse av spørreskjema

Spørreskjema ble utarbeidet i samarbeid med en "pilotgruppe" på 15 personer fra helse og sosialsektor, representativ for målgruppen respondenter på grunn av deres bakgrunn. De er bedt om å gi tilbakemeldinger vedrørende både form og innhold, og har kommentert spørsmålene i forhold til om de er enkle, klare og gir mening, spørreskjemaets omfang, og om svaralternativene var egnet for formålet. Endelig resultat er som følge av denne prosessen.

4.2.2 Valg av variabler - spørsmålenes innhold

Det endelige spørreskjema følger vedlagt i appendiks nr 1.

Det er flere hensyn å ta når et spørreskjema utarbeides. I en undersøkelse er det viktig å ha et riktig antall variabler, så mange som nødvendig og så få som mulig (Friis & Vaglum, 1999). Mange nok til å belyse problemstillingen, men få nok til at det ikke virker overveldende for dem som skal besvare.

Utover hensyn til valg av antall variabler, ligger det også utfordringer i å formulere spørsmålet i tråd med god språkføring og god rekkefølge. Her sier Hellevik at innledningsspørsmålene kan være nøytrale faktaspørsmål, som en oppvarming til andre spørsmål.

Vedrørende innhold bør spørsmål ikke fremstå som ledende, flertydige eller utløse følelser, slik at respondenten eksempelvis besvarer med ønsketenkning (2002:144). Sminkede svar gir ingen kunnskap om praksis, og er således ikke reliable målinger. Spørsmålenes validitet betegner om de er relevante for det man ønsker å måle (ibid,183).

Spørsmålene har variabler på nominal og ordinalnivå, der en nominal variabels verdier gjensidig utelukker hverandre, som kvinne eller mann, mens en ordinalvariabels verdier i tillegg til å utelukke hverandre også har innlagt rangorden (ibid,177). Verdiene må være mange nok til å gjenspeile virkeligheten, men ikke så mange at hver verdi får for få avkryssninger til at målingen gir mening.

Fordeler ved lukkede spørsmål kan være at flere svarer når de kan krysse av for et gitt svaralternativ, mens ulempen kan være at man med dette ikke får frem mangfoldet.

Spørsmålene kan oppsummeres i kategorier. Spørsmålsnummer fra spørreskjema oppgis i parentes:

Bakgrunnsinformasjon

Kartlegging av fakta, som tilhørighet i helseregion (1), opptaksområdets størrelse (2), utdanning (3) og kjønn (4) på leder og om det er felles inntaksmøter for hele DPS eller ikke (5).

Inntaksrutiner:

Det blir spurt om hvordan inntaket koordineres ved enheten (6), og om det foreligger faste rutiner for å identifisere barn under 18 år i inntakssamtalen (7). Videre om det foreligger faste rutiner for å kartlegge barnas situasjon /omsorgsbehov (8) og de bes om å krysse av for typer rutine, gjerne flere svar (9). Deretter om rutine for hvordan behandler bringer tema knyttet til pasientenes barn videre (10).

Barnesamtaler og familiesamtaler

Det spørres etter hvor ofte barna inviteres til egne samtaler ved poliklinikken for å få informasjon om behandlingen til foreldrene (11), og hvor ofte barna inviteres med i familiesamtaler (12). Deretter om hvor ofte familiesamtaler er en del av behandlingen (13).

Gruppertilbud til barna

Det ble spurt om enheten har aktiv barnegruppe (14-1) eller en aktiv tenåringsgruppe (14-2), eller om poliklinikken har etablert fast samarbeid med andre om barna (15), med anledning til å spesifisere svaret (16).

Faste rutiner for informasjon

Det ble etterspurt faste rutiner for informasjon til barna (17), med anledning til å spesifisere svarene (18). Samt om de har fast informasjon til pasientene om barns behov for støtte oppfølging og hjelpetilbud (19), med mulighet for å utdype svaret (20).

Foreldrefunksjonen

De ble spurt om det finnes faste rutiner for å vurdere foreldrefunksjonen (21) og om hvordan foreldrefunksjonen vurderes (22).

Særansvar for barn

Det spørres om poliklinikken har personer med særansvar for å følge opp barn som pårørende (23).

Barnevern

Det spørres etter om det finnes faste rutiner i forhold til behandlers opplysningsplikt til barnevernet i første samtale med pasientene (24), hvem ved enheten som sender bekymringsmelding (25) og hvor mange bekymringsmeldinger de har sendt i to oppgitte måneder - januar og februar 2009 (26).

Rundskriv IS-5/2006 og mulige endringer i helselovgivningen

Det ble spurt om rundskrivet har medført konkrete endringer i praksis (28), med anledning til å utdype nærmere (29), og om de er forberedt på at rundskrivet avløses av en lovendring etter nytt lovforslag i helselovgivningen (30) og hva respondenten anser som de største utfordringene ved en lovendring (31).

De spørsmål om det å ivareta barn som pårørende sine rettigheter vil medføre økt arbeidsbelastning (32-1), lavere produksjonstall (32-2), ønsket om lavere produksjonstall (32-3) eller behov for ny kompetanse(32-4) og anledning til å spesifisere (32-5).

Konsultasjonene

Avslutningsvis ble det spurt om antall konsultasjoner ved enheten i januar og februar 2009 totalt (33), antall individualsamtaler (34) og antall familiesamtaler (35).

4.3 Studiepopulasjon

Det byr på utfordringer og godt med tid å finne frem i "Helse-Norge" på grunn av ulik organisering samt offentlige og private aktører. Dette medførte at opprinnelig plan om å sammenligne psykiatri- og rus poliklinikker ble endret til kun å kartlegge praksis ved Distriktpsikiatriske sentre, DPS, representert ved allmennpsykiatriske poliklinikker.

Som en hjelp til å identifisere samtlige DPS i Norge, ble det gitt tillatelse til å anvende navn- og adresselisten fra et firma som foretok en nasjonal kartleggingsundersøkelse ved Distriktpsikiatriske sentre i 2008. I Norge var det totalt 77 enheter (DPS) på undersøkelsestidspunktet, med noen endringer fra listen i 2008. Enhetene er det enkelte DPS representert ved 1 respondent; lederen av DPS sine samlede poliklinikker. Studiepopulasjonen utgjør i så måte alle DPS i Norge.

Ett DPS kan ha flere selvstendige allmennpsykiatriske poliklinikker eller team. Noen også med god geografisk avstand til hverandre. Nettsidene opplyste ikke alltid om lederen for de samlede poliklinikker. I informasjonsbrevet vedlagt skjema er det forsøkt å tydeliggjøre at der det er flere allmennpsykiatriske poliklinikker eller team, må brevet sendes til den som har ansvar for alle allmennpsykiatriske poliklinikker. Fordi ledernes titler varierte ble spørreskjema sendt til: ”*Leder av norske DPS sin avdeling/seksjon for allmenn/voksenpsykiatriske poliklinikker*”. Spørreskjema ble utsendt per post, og ikke mail, for å ivareta anonymiteten til respondentene i tråd med godkjenningen fra NSD.

Alle de 77 enhetene fikk tilsendt spørreskjema med vedlagt informasjonsbrev og to påminnelsesbrev med nytt skjema med ca 14 dagers mellomrom etter det første brevet. Brev ble sendt ut med informasjon om returadresse til forskers arbeidssted, men uten konvolutt og porto. Dette ble vurdert både som kostnadmessig besparende fordi undersøkelsen er utført som privatperson, og det ble lagt til grunn vurdering av undersøkelsen som relevant for det enkelte arbeidstedet. Totalt ble 39 spørreskjema returnert der ett var blankt og ble forkastet.

Den endelige studiepopulasjonen består derfor av 38 enheter, som utgjør en svarprosent på 49.4 %.

4.4 Behandling av data

Det ble gitt lisens for statistikkprogrammet SPSS gjennom Høgskolen i Hedmark. Alle lukkede spørsmål er lagt inn i statistikkprogrammet SPSS av forsker, og variablene i de lukkede spørsmålene er kodet med tallverdier så de fremkommer i en datamatrise med enhetene langs den ene siden og verdiene på den andre. Det er gitt univariate presentasjoner av de enkelte variabler [oppgitt i prosent og antall]. Der respondenter ikke har besvart spørsmålet vil det angis som missing, ellers er det ingen missing når det ikke nevnes. Åpne spørsmål vil som nevnt under 4.2 besvares med tekst som kategoriseres i grupper eller nevnes i oppsummering i resultatene.

4.5 Tillatelser

Forut for spørreskjemaundersøkelsen ble NSD søkt om tillatelse. Det ble gitt godkjenning som ligger vedlagt i appendiks nr 4. Informasjonsbrevet til DPS, vedlagt som appendiks nr 3.

5. Resultater

5.1 Bakgrunnsinformasjon

Det er utsendt totalt 77 spørreskjema fordelt på alle fire helseregioner. I antall utgjør dette 34 i Helse Sør-øst, 18 i Helse Vest, 11 i Helse Midt og 14 i Helse Nord.

[Antall respondenter opplyses i parentes i det følgende]

Av returnerte skjema kom 42.1 % (16) fra Helse Sør-Øst, som utgjør 47 % av DPS i regionen.

31,6 % (12) returnerte spørreskjema fra Helse Vest. Det utgjør 67 % av DPS i vest.

Helse Midt og Helse- Nord returnerte hver 13.1 % (5) spørreskjema. Det utgjør henholdsvis 45,5 % av Helse Midt sine DPS og 35.7 % fra DPS i Helse Nord.

Mens helse Sør- Øst og Helse-Nord forholdsmessig besvares av snaut halvparten av deres DPS, har helse Vest høyere deltagelse, der nesten 7 av 10 returnerte skjema mens helse Nord har under 4 av 10.

Størrelse på opptaksområdet det enkelte DPS hadde varierte fra 5100 til over 120000 innbyggere. Respondentene var 36.8 % (14) menn og 63.2 % (24) kvinner, der 39.5 % (15) var psykologer, mens leger og sykepleiere fordelte seg med 26.3 % (10) hver, 2.6 % (1) var sosionomer og 5.3 % (2) hadde annen utdanning.

5.2 Inntaksrutiner

15.8 % (8) av respondentene rapporterte om felles inntaksrutiner for hele DPS, mens 84.2 % (32) svarte nei til at deres DPS hadde felles inntaksmøter. Av dem som svarte nei ble det rapportert om flere måter å gjøre inntak, som kun felles inntak for DPS sine samlede allmennpsykiatriske poliklinikker, noen hadde felles henvisninger til allmennpsykiatriske poliklinikker og rehabiliteringsteam i samme møte. Koordineringen var for noen relatert til geografi, enten ved at teamledere for hver kommune i opptaksområdet møttes eller at den

enkelte poliklinikk fikk søknaden sendt til seg direkte. Inntaksmøtene var ofte sammensatt av et tverrfaglig team. To av respondentene rapporterte at fagsjef eller leder koordinerte inntaket. Alle som rapporterte om hyppighet på inntaksmøtene fortalte om inntaksmøter en gang pr uke, mens en presiserte at akuttvakt daglig gikk gjennom henvisningene. ”Vanskelige saker”, uten at det ble definert hva som lå i dette, ble behandlet særskilt ved drøfting mellom ledere eller i eget møte.

91.1 % (34) svarte ja og 8.1 % (3) nei på spørsmålet om de identifiserte barna < 18 år i inntakssamtalen. 1 missing. Alle 38 respondenter besvarte om det forelå faste rutiner for å kartlegge barnas situasjon/ omsorgsbehov. Det fordelte seg med 78.9 % (30) som rapporterte de hadde faste rutiner, mens 21.1 % (8) svarte nei. Det ble rapportert om flere måter å kartlegge på: 42.1 % (16) på eget skjema, 57.9 % (22) i pasientsamtalen. 5.3 % (2) i familiesamtale, 7.9 % (3) i egen barnesamtale, og 2.6 % (1) på annen måte. Her kunne det krysses av for flere valg.

Tema knyttet til pasientenes barn i samtale overbringes videre i systemet på ulike måter. 7.9 % (3) rapporterte: i eget møte, 71.1 % (27) i behandlingsmøte mens 39.5 % (15) gjorde det på annen måte. De som har spesifisert ”annen måte” sier at det er drøfting i tverrfaglige team eller telefonsamtaler til barnevern eller andre samarbeidspartnere etter først å ha snakket med foreldrene. Det rapporteres at det kan tas til enhetsleder som bringer det videre. Eller som flere nevner, at det tas til representanter med barneansvar som sitt særlige ansvarsområde innen eget DPS, som familieteam, Barnas Time team eller lignende.

To svarer at det avgjøres ad hoc eller at det er personavhengig uten at det forklares nærmere hva de legger i det.

5.3 Samtaler og gruppetilbud for barna

På spørsmålet om hvor ofte barna ble invitert til egne samtaler for å få informasjon om foreldrenes behandling besvarte 35 respondenter og 3 missing. Det ble rapportert at dette skjedde svært ofte av 2.9 %, (1) ofte hos 8.6 %, (3) av og til av 74.3 % (26) og aldri hos 14.3 % (5) (Se tabell 1).

Hvor ofte inviteres barna til egne samtaler for å få informasjon om foreldrenes behandling?(tabell 1)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	aldri	5	13.2	14.3	14.3
	av og til	26	68.4	74.3	88.6
	ofte	3	7.9	8.6	97.1
	svært ofte	1	2.6	2.9	100.0
	Total	35	92.1	100.0	
Missing	System	3	7.9		
Total		38	100.0		

36 respondenter besvarte spørsmålet om hvor ofte barna inviteres med i familiesamtalene. 2 missing. Det forekommer aldri hos 5.6 % (2), det forekommer av og til hos 77.8 % (28), 13.9 % (5) rapporterte at det skjer ofte mens 2.8 % (1) rapporterte at barna inviteres med i familiesamtaler svært ofte (Se tabell 2).

Hvor ofte inviteres barn med i familiesamtale? (tabell2)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	aldri	2	5.3	5.6	5.6
	av og til	28	73.7	77.8	83.3
	ofte	5	13.2	13.9	97.2
	svært ofte	1	2.6	2.8	100.0
	Total	36	94.7	100.0	
Missing	System	2	5.3		
Total		38	100.0		

I spørsmålet om hvor ofte familiesamtaler er en del av behandlingen fordelte svarene seg med 2.6 % (1) aldri, 68.4 % (26) av og til og 28.9 % (11) ofte. Ingen svarte svært ofte. Alle 38 besvarte. (Se tabell 3)

Hvor ofte er familiesamtaler en del av behandlingen? (tabell3)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	aldri	1	2.6	2.6	2.6
	av og til	26	68.4	68.4	71.1
	ofte	11	28.9	28.9	100.0
	Total	38	100.0	100.0	

5.4 Gruppetilbud til barna

På spørsmål om de hadde en egen aktiv barnegruppe svarte 13.9 % (5) av respondentene ja, 86.1 % (31) svarte nei, og 2 var missing. Tilsvarende spørsmål om tenåringsgruppe ble besvart med henholdsvis 17.1 % (6) ja og 82.9 % (29) nei og 3 missing. To kommenterte at slike grupper var planlagt i fremtiden og to henviste til kommunene som hadde slike grupper.

77.1 % (27) svarte ja på at de har etablert fast samarbeid med andre om barn av psykisk syke eller rusavhengige foreldre. Mens 22.9 % (8) svarte nei på at de har et slikt fast samarbeid, og 3 var missing.

Åpent spørsmål ble besvart med typer samarbeidspartnere som:

Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk (BUP), døgnavdeling eller rusteam i eget DPS, kommunens barnevern, helsestasjon, psykisk helsetjeneste, familieteam i regi av barnevernet og organisasjonen Barnas Beste.

Det ble opplyst av en at *barneansvarlig har jevnlige møter og får kurs hos Barnas Beste. Annet innhold i samarbeidet som ble rapportert var egne møter, samarbeid i enkeltsaker, kommunale barnegrupper, fagdager, møter for alle barneansvarlige i sykehuset, felles veiledning eller felles nettverksgrupper for voksenpsykiatrisk poliklinikk og poliklinikk for rus og psykiske lidelser. Videre nevner 1 respondent en institusjon i lokalmiljøet der de voksne får behandling.*

To rapporterer om pågående *"BAPP kurs"*. På oppvekstbankens nettsider beskrives det som et program for barn av foreldre med psykiske problemer og rusproblemer som er oversatt og tilpasset fra *"The Trimbos Institute"* i Nederland. Programmet er et forbyggende tiltak i barnas lokalmiljø med en form av *"gjøre- og snakkegrupper"*. Målgruppen er spesielt barn i alderen 8-12 år. Det inkluderes sentrale samarbeidspartnere på tvers av første linje og spesialisthelsetjenesten, og innebærer hjemmebesøk (Oppvekstbanken, 2009).

En nevner *et pågående prosjekt* ved enheten, som retter seg mot *"Barn av psykisk syke"* uten at det spesifiseres nærmere. Videre rapporterer en respondent om at de er i *samarbeid med en "Samarbeidskommune"*, som vil si deltagelse i et samarbeidsprosjekt mellom KS og Barne- og likestillingsdepartementet.

Det forklares på KS, Kommunesektorens interesse- og arbeidsgiverorganisasjon, sine nettsider som følgende:

Sammen for barn og unge - bedre samordning av tjenester til utsatte barn og unge". KS har inngått samarbeid med Barne- og likestillingsdepartementet om et treårig prosjekt med målsetting å utvikle og utprøve tverrfaglige modeller for samarbeid i kommunene. Disse samarbeidsmodellene skal bidra til å sikre helhetlig koordinert hjelp til utsatte barn og unge.

Gjennom satsningen skal 15 utvalgte kommuner/bydeler delta i prosjektet. Disse 15 kommunene skal jobbe lokalt for å utvikle tverrfaglige samarbeidsmodeller, som kan være gode eksempler for kommuner i hele landet. Deltakerkommunene utgjør et nasjonalt nettverk, for felles kompetanseheving og erfaringsdeling i utviklingsarbeidet (KS, 2009).

Det ble også rapportert om *samarbeid med en "modellkommune"* deltagende i "Modelldistrikt" ved BUP i gangsett av Helsedirektoratet med henvisning til: "Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge" (Helsedirektoratet, 2008).

Nettsidene til Universitet i Tromsø forklarer det på denne måten:

Modelldistrikt; Målsetting og beskrivelse:

Prosjektet har som mål å utvikle et godt tilbud innen forebyggende psykisk helsearbeid for barn og unge. Modelldistrikt skal fokusere på samordning og samhandling mellom kommunale tjenester og spesialisthelsetjenesten, samt mellom ulike kommunale enheter. Videre skal modelldistrikt bidra til videreutvikling av et godt tjenestetilbud rettet spesielt mot barn og unge som er i risiko for å utvikle psykiske problemer (Universitetet/Tromsø, 2009).

5.5 Faste rutiner for informasjon

På spørsmål om det forelå faste rutiner for informasjon til barna svarte 27.8 % (10) av respondentene ja, 72.2 % (26) svarte nei. 2 var missing.

Alle 38 respondenter besvarte spørsmålet om de hadde faste rutiner for å gi foreldrene informasjon om barnas behov for støtte, oppfølging og hjelpetilbud. Det var 42.1 % (16) ja og 57.9 % (22) nei. De som svarte ja rapporterte oftest at *slik informasjon ble gitt som en del av den ordinære samtalen, egne tilbud om informasjonssamtaler ved poliklinikken* ellers ble det nevnt *i samarbeid med Barne og ungdomspsykiatrisk poliklinikk og helsestasjon for barn og unge*. Et par nevner *standard utdeling av brosjyrer både til barn og foreldre* og en rapporterer om *eget skjema som brukes til å gi informasjon*.

5.6 Foreldrefunksjonen

I spørsmålet om det finnes faste rutiner for å vurdere foreldrefunksjonen, svarte 13.5 % (5) ja, mens 86.5 % (32) svarte nei. På spørsmål om hvordan foreldrefunksjonen vurderes svarte 86.2 % (25) at en slik vurdering gjøres ut fra samtalene, 3.4 % (1) at det gjøres med et kartleggingsskjema og 10.3 % (3) at det gjøres på annen måte. Spørsmålet er besvart av både de som svarte ja og nei på spørsmålet over. Det er 9 missing på spørsmålet.

Spørsmålet oppfordret også til å spesifisere nærmere det/de alternativ de krysset av for. Det er påført flere kommentarer som på den ene siden beskriver nøyere hvordan eller i samarbeid med hvem en slik vurdering gjøres ved deres poliklinikk:

"Det foregår kartlegging og diagnostisering ved VOP. I å vurdere foreldrefunksjonen trenger en kontakt med foreldre og barn over tid, vi samarbeider med BUP i vriene saker."

"Vi har en barne- og familie samtale som heter Barnas Time, og veilederne i disse samtalene læres opp til å være dette bevisst. Ved bekymring tar de det opp med pasientens behandler:"

"Informasjon fra pårørende eller andre hjelpere som lege, helsesøster"

"I noen tilfeller et samarbeid med barnevern og BUP"

"Foreldres beskrivelse av konkrete hendelser og holdninger gir signaler om funksjonsnivå"

"Det finnes ikke et kartleggings skjema for en slik vurdering i DIPS (dataprogram.) Vurderer ut i fra hvem som har omsorgen, hva som er barnets nettverk, opplyser om tilbud og melder bekymring om nødvendig."

"Vi har hatt to grupper for å styrke foreldrefunksjonen".

"Klinisk blick".

Familiesamtaler og hjemmebesøk

"Fast punkt i inntakstjournal".

"Avhengig av problemstilling, oftest ved henvisning fra barnevern om uskikket. Gjennom samtalene".

Eller på den andre siden ble det kommentert på om det er en oppgave for poliklinikken å vurdere foreldrefunksjonen eller ikke. Disse to kommentarene sier noe om dette:

"Vurderes alltid".

"Ikke vårt ansvar, bør ikke være det, blir en dårlig sammenblanding".

5.7 Særansvar for barn

73 % (27) svarte ja på at det finnes noen som har oppfølging av barn som pårørende som særansvar ved enheten, mens 27 % (10) svarte nei. 1 missing. (Se fig4.)

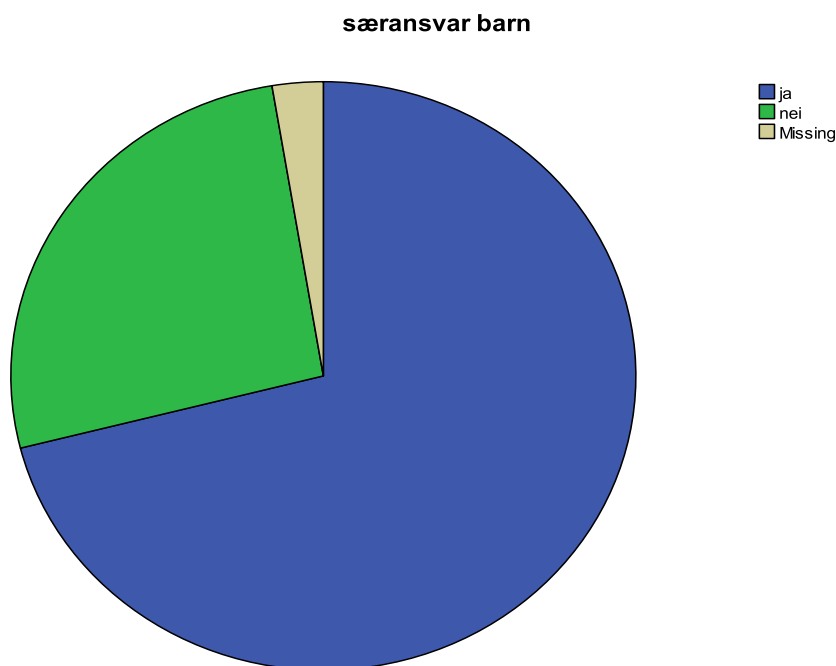


Fig 4

5.8 Barnevernet

På spørsmålet om det forelå faste rutiner for informasjon om behandleres opplysningsplikt til barnevernet i pasientens første samtale svarte 28.9 % (11) ja og 71.1 % (27) nei. Hvem ved poliklinikkene som meldte bekymring varierte. Noen steder hadde de flere som meldte bekymring til barnevernet. I materialet kom det frem at enhetene enten meldte bekymring til barnevernet ved behandler, leder eller et eget team. 89.5 % (34) av respondentene svarte ja og 10.5 % (4) svarte nei til om behandler sender bekymringsmelding.

Leder sender bekymringsmelding hos 34.2 % (13) av enhetene, mens leder ikke sender slik melding ved 65.8 % (25) av enhetene. Eget team melder bekymring hos 10.5 % (4) av respondentene, mens 89.5 % (34) svarte nei på at eget team melder bekymring til barnevernet.

Undersøkelsen spurte etter antall sendte bekymringsmeldinger i løpet av januar og februar 2009. Det var 35.1 % (13) av respondentene som rapporterte de var usikre på hvor ofte de hadde meldt om bekymring til barnevernet, 13.5 % (5) hadde ikke meldt en slik bekymringsmelding, 27 % (10) hadde meldt 1 gang, 24.3 % (9) hadde meldt 2-4 ganger i dette tidsrommet, mens 1 respondent ikke besvarte spørsmålet. (Se fig 5).

Sendte bekymringsmeldinger til barnevernet januar og februar 2009 (fig 5)

		Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid	2-4	9	23.7	24.3	24.3
	1.00	10	26.3	27.0	51.4
	.00	5	13.2	13.5	64.9
	usikker	13	34.2	35.1	100.0
	Total	37	97.4	100.0	
Missing	System	1	2.6		
Total		38	100.0		

5.9 Rundskriv IS 5/2006 og mulige endringer i helselovgivningen

Det ble spurt om rundskrivet hadde medført konkrete endringer i praksis ved den enkelte enhet og på dette svarte 52.6 % (20) av respondentene ja, mens 23.7 % (9) svarte nei. Det var like mange, 23.7 % (9), som svarte at de var usikre på om rundskrivet hadde medført konkrete endringer.

Det ble spurt videre om en enhetene var forberedt på å møte et lovforslag om rettigheter i helselovgivningen om barn som pårørende og dermed avløste rundskrivet. Dette besvarte 67.6 % (23) ja til mens 32.4 % (11) svarte nei. Det var 34 respondenter som besvarte dette spørsmålet, mens 4 var missing.

På spørsmålet om hva de anså som de største utfordringene for å imøtekomme en lovendring besvarte 26 av 38 besvarte spørsmålet, mens 12 ikke hadde noen kommentarer.

Respondentene mente en lovendring kunne bli utfordrende på flere plan. Kapasitetsproblemer, det å få kabalen: ”oppgaver, tid og stillinger” til å gå opp. Videre nevnes *holdninger, manglende rutiner for samarbeid og lite kompetanse på å jobbe direkte med barn* som utfordringer. Flere påpeker også at det vil bli en *utfordring å følge opp loven videre, og hvordan kan man evaluere det som er gjort? Mens et par kommenterer på at det kan være en utfordring å komme i kontakt med enkelte barn samt å innføre faste rutiner på dette området generelt.*

I kommentarene som er kategorisert innen holdninger kan nevnes at det sees utfordringer ved:

”å forankre ansvar hos den enkelte behandler, ikke bare hos barneansvarlig”.

”Å få terapeutene til å endre praksis, gammel vane....”.

”Å få terapeutene til å forstå betydningen av den belastningen barn utsettes for”.

Og noen av kommentarene kan tolkes som skepsis til en lovendring?

”Vi tar voksenperspektiv og bistår foreldrene til å bli gode foreldre så de selv kan søke barnevernet om hjelp ved problemer”.

”Ønsker ikke plikt, det er godt nok med skjønn”.

”Mister alliansen”.

Flere nevner tidsaspektet. Merarbeid, flere typer oppgaver, mer informasjon å forholde seg til, flere lover å følge er belastende. Det påpekes at fokus i arbeidet må endres eller utvides. Vedrørende kompetanse nevnes foruten det å øke behandleres kompetanse om barns belastning som pårørende, at det er behov for spesifikk kompetanse hos behandlere på å ha aldersadekvate samtaler med barn så det ikke blir skremmende eller stigmatiserende for dem.

Et konkret spørsmål om hvorvidt en lovendring vil medføre en økt arbeidsbelastning for deres enhet besvarte 74.3 % (26) svarte ja, mens 25.7 % (9) svarte nei, og 3 missing. 47.1 % (16) svarte ja til at det ville medføre lavere produksjonstall, mens 52.9 % (18) svarte nei på dette og 4 missing. Omtrent tilsvarende var tallene for om de ville ønske seg mindre

produksjonskrav ved at 51.5 % (17) svarte ja og 48.5 % (16) besvarte spørsmålet med nei og 5 missing. En kommenterer ikke å ha forstått spørsmålet. På spørsmål om dette vil medføre behov for ny kompetanse svarer 75 % (27) ja mens 25 % (9) svarer nei og 2 missing.

5.10 Hovedvekten i samtalene

De siste spørsmålene tar sikte på å få vite hvordan samtalene fordelte seg forholdsmessig mellom individualsamtaler og familiesamtaler i de samme to måneder som nevnt tidligere, januar og februar 2009.

Det ble spurt om antall konsultasjoner totalt og hvor mange som var individualsamtaler kontra familiesamtaler. Av 38 besvarte kun 15 respondenter alle tre spørsmålene som var nødvendig for å kunne sammenligne konsultasjonene.

23 respondenter var missing. Variasjoner i grunner til ikke å besvare var oppgitt hos flere uten at det ble spurt om det. Det ble begrunnet med at dette ikke kan telles alle former for konsultasjoner ved deres enhet. Noen har oppgitt prosentvis forholdet individualsamtaler og familiesamtaler slik de tenker seg dette, men de er regnet som missing.

Antall samtaler totalt for de 15 var 17706, der 16920 var individualsamtaler, og 195 var familiesamtaler.

Familiesamtalene utgjorde således i overkant av 1 % av de totale samtalene ved disse 15 enhetene. Hvordan tallene ville være om alle hadde besvart vites ikke.

6. Diskusjon

6.1 Metodologisk diskusjon

6.1.1 Metodevalg

Metodevalg ble gjort i forhold til hvilken metode som best kunne besvare studiens forskningsspørsmål, å se i hvilken grad rutiner og prosedyrer i tråd med anbefalingene i rundskriv IS/5-2006 ”*Oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*” er implementert i praksis ved norske DPS.

Å utarbeide spørreskjema og foreta en tverrsnittundersøkelse ble vurdert best egnet for å undersøke rundt mange enheter, som referert under 4.1 og gi breddekunnskap. Å undersøke mange enheter er egnet til å gi generaliserbare funn i større grad enn undersøkelse av få enheter.

6.1.2 Bias – systematiske feil

Metoden har også svakheter. Flere forhold kan true gyldigheten [validiteten] av studiens funn, slik at virkeligheten ikke gjenspeiles på en god måte. Det kan betegnes som seleksjons- eller informasjonsbias.

Det kan oppstå seleksjonsskjevhet i studiepopulasjonen og/eller i datainnsamlingsprosessen. Svarprosenten kan bli for lav, spørreskjema kan returneres med mange missing eller det kan være spesielle kjennetegn ved studiepopulasjonen. Kanskje får man ikke svar på det som ønskes målt på grunn av for dårlig forarbeid i utarbeidelsen av spørreskjemaet.

Forskning er basert på at funn som gjøres i en undersøkelse skal kunne gjentas og gi tilsvarende funn av annen forsker. Alt som nevnt over sier noe om metodens validitet.

I det følgende vil jeg diskutere hva som er gjort i denne studien opp i mot nevnte svakheter for å se om det påvirker gyldigheten av undersøkelsens funn.

6.1.3 Valg av respondenter

Respondentene er valgt fra alle norske DPS, representert ved leder for de samlede allmennpsykiatriske poliklinikkene i det enkelte DPS. Det er forsøkt og få leder på samme nivå ved hvert DPS som respondenter. Men norske DPS er uensartede vedrørende størrelse, organisering og geografisk spredning på poliklinikkene, og de forskjellige ledernes nærhet til praksis kan derfor variere og påvirke besvarelsene.

Det er sannsynlig, men ikke sikkert, at respondentene er de påtenkte lederne. Skjema ble sendt anonymt til leder uten navn, men med tittel. Tittelen varierer i helseforetakene, og derfor er tittelen forsøkt operasjonalisert til å forklare hvilken leder som ønskes som respondent. Et spørreskjema utarbeidet som dette med anonym besvarelse vil sannsynligvis gi de samme svar uansett hvilken forsker som foretar undersøkelsen. Det kan gi et dårligere bilde av virkeligheten dersom ledere fristes til å feilrapportere, og med det gi inntrykk av at det er høyere grad av implementerte rutiner enn det i virkeligheten er.

Lederne kan også ha ulik avstand til praksis i det daglige. På den annen side må det forventes at ledere som har ansvar for å implementere myndighetenes føringer vet hva som er implementert. Om respondentene hadde vært flere fra hver enhet vil det trolig kunne gi tilsvarende svakhet, ved at de med mest interesse for tema besvarer med de konsekvenser det fører med seg.

6.1.4 Svarprosent

Det finnes svakheter ved denne undersøkelsen som kan gi bias eller systematiske feil. Om studiepopulasjonen er representativ for alle i utvalget kan ikke sees som sikkert. Det kan både ha oppstått seleksjonsskjevhet i studiepopulasjonen og i datainnsamlingsprosessen.

Studiepopulasjonen på 38 returnerte spørreskjema utgjør en svarprosent på 49,4 %. Referert til forelesning om spørreskjemaundersøkelser høsten 2008 er det en forventet respons i dag, mens man tidligere gikk ut i fra opp i mot 80 % returnerte besvarelser. Det ble i forelesningen referert til Knut Sjøgaard som skal hevde at akseptabel svarrespons er helt nede i 38 % (Hummelvoll, 2008).

I denne svarpopulasjonen kan det være den halvparten som er mest interessert som har besvart. Konsekvensen kan være at resultatene gjenspeiler en praksis som er bedre enn gjennomsnittet, og i mindre grad gjenspeiler virkeligheten ved norske DPS. I tråd med dette er funn som viser høy andel implementering av rutiner ikke nødvendigvis representativt for landsbasis. Funn som viser mer tilfeldige rutiner styrkes når det er de mest interesserte som har besvart.

Den halvparten som ikke har besvart spørreskjema i denne undersøkelsen er det ingen kunnskap om, men sett i lys av at 7 av 10 i svarpopulasjonen rapporterer at noen ved deres DPS har særansvar for barn, og 9 av 10 identifiserer barna, kan det antas at de med mest fokus eller best implementerte rutiner er de som har besvart spørreskjema. Funnene må sees i lys av dette. Ledernes kjønnsfordeling i utvalget totalt er ikke kjent. Kvinneandelen på over 60 % kan skyldes at kvinner tradisjonelt sett har hatt større fokus på barn enn menn, og derfor i større grad har besvart, eller det kan være flere kvinner enn menn i utvalget.

Det er få missing i besvarelsene. Der det er relevant i drøftingen vil missing påpekes.

6.1.5 Spørreskjema

Det er brukt en pilotgruppe representativ for de som skal besvare spørreskjema i utarbeidelsen av spørsmålene for å validere spørreskjemaet. Dette kan vurderes som en styrke for undersøkelsen.

Det er tatt hensyn til skjemaets omfang, valg av variabler og formuleringer i utarbeidelsen i tråd med Helleviks krav til spørreskjema referert under 4.2.2.

Forskere forforståelse kan påvirke ordlyden i spørreskjema og gi formuleringer respondentene oppfatter ledende. Det fremkom ikke slike tilbakemeldinger fra pilotgruppen vedrørende dette skjema.

I arbeidet med analysen har det allikevel meldt seg svakheter ved ordlyden ved ett spørsmål i spørreskjema. Dette i form av et spørsmål med en manglende operasjonalisering av et begrep som kan ha skapt tvetydighet i forståelsen, og med det gjort besvarelsen på disse spørsmålene lite meningsfulle å analysere. Dette tas opp igjen under 6.3.4 i drøfting av hovedfunn.

6.1.6 Stigmatiserende tema?

Tema i seg selv kan ha medført bias i resultatene dersom respondentene har vært fristet til å pynte på svarene fordi det etterspørres rutiner som forventes å være implementert. Tilsvarende kan det forekomme underrapportering av det som ikke ønskes kjent. Fare for ønskerapportering er alltid en mulig svakhet ved bruk av selvrapporterte data.

På den annen side er dette forsøkt sikret ved at spørreskjema besvares anonymt og derved ikke føres tilbake til respondent. Og i tillegg er spørsmålene, referert i 6.1.5, ved hjelp av pilotgruppen forsøkt validert og utformet på en måte som har til hensikt å minske faren for ”sminkede data”.

6.2 Hovedfunn – kort oversikt

Det er etablert et godt fundament for selve implementeringen av rutiner for barn som pårørende i praksis. Faste rutiner for å bringe informasjonen om barna videre, slik at de sikres å få hjelp ved at egnede tiltak kommer i gang og evalueres, synes i mindre grad å være etablert.

Dette synes også å gjelde behovet for informasjon som rundskrivet påpeker er et sentralt område å ha gode rutiner på. Nesten 75 % av respondentene rapporterer om ansatte med særansvar for barn ved deres DPS. Nesten alle [9 av 10] identifiserer pasientenes barn, og 8 av 10 foretar kartlegging av deres behov for hjelp. Dette viser god vilje til å følge rundskrivets anbefalinger.

I all hovedsak gjøres denne identifiseringen og kartleggingen internt i ordinær klinisk virksomhet, som i pasientsamtalen og i behandlingsmøtet. Færre, kun 4 av 10, bringer informasjon videre og ut på annen måte. Dette kan bety at det er akkurat passe og rett informasjon som kommer videre, eller det kan bety det finnes informasjon som ikke kommer til rett sted?

Faste rutiner for informasjon til barn om foreldre rapporteres fra 3 av 10, informasjon til foreldre om barns behov fra 4 av 10 og synes å være lite etablert. Det kan allikevel gjøres, men inntreffer mer tilfeldig.

Faste rutiner for vurdering av foreldrefunksjon synes å være mangelfulle. Svarene som gis som kommentarer på åpent spørsmål om dette viser at det gjøres en slik vurdering, men at den kan være personavhengig, og derfor tilfeldig mer enn rutinemessig. Kun 3 av 10 har faste rutiner for å informere om opplysningsplikten til barnevernet i første pasientsamtale. Bekymringsmeldinger sendes på flere måter, og hovedsakelig av behandler slik det rapporteres om fra 9 av 10 DPS. Ledere melder ved ca 3 av 10 enheter. Få benytter eget team. En stor andel, 35 % av respondentene, er usikre på antall egne meldte saker i forespurt periode.

Respondentene rapporterer om få aktive grupper i egen virksomhet, men om større aktivitet hos samarbeidspartnere. Det foreligger mange ulike prosjekter og tilbud. Kanskje fordi det ikke ligger føringer på form men innhold fra myndighetene? I all hovedsak rapporteres det om at behandling gjennomføres som individualsamtaler. Kun 1 % av samtaleene er oppgitt å være familiesamtaler, men det kan ikke på bakgrunn av formen på samtaleene konkluderes med om de har et systemperspektiv eller ikke. Svært mange, 23 av 38 har ikke tall på fordelingen konsultasjoner totalt, derav hvor mange som er individual- og familiesamtaler i et forespurt tidsrom. Mer enn halvparten rapporterer om at rundskrivet har påvirket og gitt endringer for deres praksis, mens 7 av 10 mener de er klare for at rundskrivet avløses av lovendring. Syttifem prosent tror det vil bli en utfordring med økt arbeidsbelastning, like mange mener de vil trenge økt kompetanse.

6.3 Drøfting av hovedfunn

Det er 3 av 4 som rapporterer om at de har noen med særansvar for barn som pårørende ved deres enhet. Dette er et høyt tall. Om det sier noe generelt om situasjonen på landsbasis eller bare gjelder for svarpopulasjonen vites ikke, men funnet vitner om en vilje til å følge rundskrivets anbefaling om å implementere stillinger med særansvar for barn, og at et formelt grunnlag for implementering er etablert. Det er gledelig.

Når det er sagt dukker spørsmålet om hvordan dette kommer til uttrykk opp, og hva det betyr i praksis. Det må sees på hva som ønskes gjort i forhold til barn som pårørende slik det legges føringer om i rundskrivet, og på hvilke funn som kan si noe om dette i undersøkelsen.

6.3.1 Praksis har etablert et godt fundament for implementering av rutiner

Ser vi på identifisering av barn som pårørende viser undersøkelsen at 9 av 10 DPS foretar en slik identifisering. En kartlegging av barnas behov skjer også i stort omfang, da 8 av 10 gjør dette på rutinemessig basis.

De fleste DPS gjør identifisering og kartlegging som en del av det alminnelige kliniske arbeidet, i pasientsamtalen, eller ved bruk av egne kartleggingsskjema. Bare et fåtall har tatt dette arbeidet direkte i samtaler med barn eller i familiesamtaler.

Hvordan bringes så informasjonen om barna videre? Undersøkelsen viser at de fleste formidler informasjonen videre til kolleger gjennom det vanlige arbeidet på klinikken, som i behandlingsmøtene (70 %). Informasjonen synes i mindre grad å komme ut av klinikken, til relevante samarbeidspartnere. Hva dette betyr vet vi ikke, men tallet kan indikere at ikke all informasjon er nødvendig å gå videre med. Vi kan imidlertid ikke si dette med sikkerhet. Det kan også være uttrykk for unnfalighet, at barn ikke får den hjelpen de trenger, slik det er referert under 3.2.2, når omsorg utarter seg (Alvsvåg & Gjengedal, 2000). Det er 7 av 10 som har etablert rutiner for fast samarbeid med andre utenfor klinikken, og 4 av 10 har benyttet seg av denne ”kanalen” i arbeidet med oppfølging av barn som pårørende.

Rundskrivets anbefaling kan innebære at man har rutiner for å identifisere barna innledningsvis. Rutiner i forhold til en formell faktainformasjon, som identifisering i inntakssamtalen, er kanskje mindre sensitiv og derfor mindre følelsesmessig belastende for behandlerne enn å følge opp med ytterligere spørsmål. Her vil oppfølgingsspørsmålene kunne gå mer i dybden for å få kjennskap til barnas situasjon, om de har behov for hjelp og i så fall hvilken type hjelp. Ut i fra det vi vet om tabuisering og doxa, referert under 3.4.1 og 3.4.2, kan det oppleves vanskeligere å gå løs på denne delen av oppfølgingsoppgaven, fordi behandlerne må bryte tabu og doxa med sin direktehet inn i den private sfære. Det kan kjennes som at det begås overtramp eller krenking av familiens privatliv. Men slik Leira ser det er det i lys at tabu-trollet sprekker (2003:163).

Psykiske helsearbeidere uttrykker ofte bekymring for pasientenes barn til kolleger, men det fører sjeldnere til at bekymringen tas opp i samtalene med pasientene (Grimsgaard, 2009:29). Bringes barna opp som tema i samtalene skjer det ofte tidlig i behandlingen, mens tema deretter uteblir i videre samtaler. Det kan forklares på ulike måter. Sirusrapporten

påpekte interessekonflikt mellom barn og foreldres behov (Solbakken et al., 2005), slik at behandler kan føle identifisering med forelder og vegre seg for å skape skyldfølelse med påfølgende alliansebrudd (Grimsgaard, 2009:29).

Normalisering referert under 3.4.4 er et fenomen som kan bidra til å forhindre oppfølging av barn som pårørende. Til tross for kunnskap om omsorg, lidelse, resiliens og helse hos hjelperne samt reelt ønske om å ville utøve godt psykisk helsearbeid er ikke dette en garanti for å se pasientens problemer fordi fenomenet normalisering kan bidra til at pasientens problem tildekket. Dette kan sees relatert til behandlingslidelse eller utarting av omsorg referert under 3.2.2.

6.3.2 Informasjon - sentral del av oppfølgingsarbeidet

Barns behov for informasjon påpekes å være sentralt i rundskrivet. De fleste respondentene oppgir at de ikke har faste rutiner for informasjon til barn. Bare en tredjedel har det, mens noen flere, ca 4 av 10, har faste rutiner for å informere foreldrene om barns behov for oppfølging og hjelp. Vi kan ikke konkludere med at de som ikke har faste rutiner ikke informerer, men det kan igjen indikere at informasjonen som gis er tilfeldig mer enn rutinemessig basert.

Mange barn opplever rusmiddelproblemer og psykisk sykdom i familien som noe de må holde hemmelig. De kan også være ukjente med foreldrenes kontakt med behandlingsapparatet (Glistrup, 2002; Hansen, 2001). Informasjon bør tilpasses det enkelte barn i den aktuelle situasjonen. At barn får adekvat informasjon kan medfører at de kan "senke skuldrene", forstå de ikke er alene om å ha det sånn og at de ikke har skyld i eller ansvar for foreldrenes problemer. Dette kan være avgjørende for lindring av deres lidelse (Hummelvoll, 2006), utvikling av resiliens (Borge, 2007, 2009) og fremming av helse (Antonovsky, 1991). Det synliggjør at det er all grunn til å ha gode faste rutiner for informasjon til barn.

Den finske psykiater, Tytti Solantus, har medvirket til å utvikle et program som støtter familier og barn som pårørende i Finland. Det fokuserer på barns behov for å forstå egne erfaringer i tråd med Antonovskys SOC begrep referert i 3.2.3 (1991). Hun sier hovedmålet

med informasjonen som gis til barn om foreldrene er å bidra til at relasjonen dem i mellom blir bedre, samt at forståelsen og åpenhet rundt problemene i familien øker. Samtidig må målet være å hjelpe foreldrene til å bevare respekten. Det påpekes at dette er en prosess der forståelse og endring skjer over tid, og ikke etter en engangssamtale.

Informasjon gis systematisk i dette programmet og er som en beskjed fra foreldrene til barna med den hensikt å formidle at forelderens atferd har sammenheng med egne problemer og ikke er på grunn av barnet. Dette fratår også barnet en byrde. Videre vil informasjon som formidles til barnet dreie seg om barnets hverdag, som å oppfordre til å delta på en god måte i skole og fritidsaktiviteter til tross for foreldrenes problemer, ment å ta ansvaret fra skuldrene deres. Det er også viktig å informere barnet om hvilke voksne som har kontakt med foreldrene og hvilket ansvar de voksne har (2009), slik Glistrup refereres under 1.1 og over, med påpekning om at mange barn er ukjente med at andre voksne har ansvar, og vet barna ikke om det kan de ta belastningen med å føle ansvaret selv (2002). Denne formen for informasjon er helt avhengig av at det er klargjort med foreldrene på forhånd, om de selv er med i samtalen eller ikke, hva som skal formidles barna og at det er tillatt (at det ikke kommer sanksjoner i ettertid) og sant det de får vite.

Den individuelle tilpasningen er viktig i forhold til kunnskap om at belastninger har en tendens til å opptre sammen. Problematikk rundt fattigdom og vold opptre i større grad i familier med rus og psykiske lidelser enn andre. Familiens fungering er som påpekt over essensiell i forhold til hvilken informasjon som kan gis, og om barnet skal utsettes for fellessamtaler. Det er kjent at barn som vokser opp med en enslig forelder, oftest mor med alvorlig psykisk lidelse, er mest utsatt for selv å utvikle en psykisk lidelse (Fischer & Gerster, 2005), noe som også er viktig å ha med seg i hva som vektlegges og hvordan informasjonen formidles.

Vi vet manglende faste rutiner letter medfører at viktige tema faller ut av samtalen. Ubehagelige intervensjoner droppes ved at tabuiserte tema ikke tas opp, som beskrevet i 3.4.2 (Leira, 2003). Vi kjenner også til at vansker og problemer rapporteres i større grad ved anvendelse av standardisert kartleggingsverktøy enn uten (Solbakken et al., 2005:8), noe som samtidig betyr at færre problemer overses. Slike verktøy kan anvendes og fylles ut i etterkant og må ikke fylles ut i selv samtalen, noe som kan gi foreldrene mindre opplevelse av å føle seg kontrollert og vurdert.

De fleste, mer enn 8 av 10, rapporterer at de ikke har faste rutiner for vurdering av foreldrefunksjonen. Manglende faste rutiner for å vurdere foreldrefunksjonen betyr igjen ikke at slik vurdering ikke gjøres, men det kan være uttrykk for at den enkelte behandler gjør det på sin måte innbakt i det kliniske arbeidet. Når noe er personavhengig er det også tilfeldig, og med det øker faren for å unnlate å gå inn i ubehagelige tema (Leira, 2003).

Respondenters kommentarer: ”Klinisk blikk” og ”Foreldres beskrivelse av konkrete hendelser og holdninger gir signaler om funksjonsnivå”, synliggjør at vurderingene ligger i det vanlige kliniske arbeidet. Et klinisk blikk kan forstås som at man har integrert fagkunnskap relevant for å kunne yte god omsorg til pasientene, men det sies ikke mer hva respondenten har tenkt på. Tolkningen av å bruke beskrivelse av konkrete hendelser og holdninger kan derimot hense på at man ved å etterspørre detaljer får større viten om familiemedlemmene, familiens samspill, hvordan problemer eventuelt oppstår og hvordan de løses. Det kan gi signaler om hvor ”skoen trykker”, eller funksjonsnivå. Mens kommentaren: ”Det er ikke vårt ansvar, bør ikke være det, blir en dårlig sammenblanding”, kanskje derimot indikerer unnfallenhet?

At det ikke er voksenbehandleres ansvar å vurdere foreldrefunksjonen må sees som direkte feil fordi en psykisk helsearbeider etter lovverket har plikt til å melde bekymring til barnevernet om barn lider overlast og utsettes for omsorgssvikt. En bekymringsmelding som man som voksenbehandler nettopp må basere på vurdering av foreldrefunksjonen, slik den fremtrer for behandleren. At så mange har svart at de mangler faste rutiner for å vurdere foreldrefunksjonen gir signal om at det ligger utfordringer i å utvikle mer standardiserte verktøy rundt dette. Det er sjelden de opplagte tilfellene som er vanskeligst, det er de andre, de som gir en uroen om at noe ikke stemmer som kanskje vil oppdages bedre med standardrutiner.

6.3.3 Det er en (leder)utfordring å ha oversikt over praksis

Undersøkelsen viser at kun 1/3 av respondentene rapporterer om faste rutiner for å informere foreldrene i første samtale om opplysningsplikt til barnevernet. Det kan være flere gjør det etter hvert, men det vites ikke. At det ikke informeres mer systematisk i første samtale kan tolkes som en vegring av behandlerne og oppleves som at de krenker privatlivet?

En kontakt med barnevernet kan komme i stand med samtykke fra foreldrene, eller uten, om foreldrene ikke samtykker, men at det allikevel vurderes som nødvendig å melde ut i fra barnets behov. Når bekymring meldes skjer det hovedsakelig ved at behandler melder. Hele 9 av 10 enheter rapporterer om dette. Hos en tredjedel sender leder meldinger til barnevernet, mens kun 1 av 10 har et eget team til å melde barnevernsbekymringer. Funnene er ikke egnet til å rapportere om det er forskjeller på saker der leder eller behandler melder.

At 35 % av respondentene [lederne] ikke vet hvor mange saker som er meldt til barnevernet i løpet av de to månedene undersøkelsen ber om tall på, kan tyde på en mangelfull oversikt. Det kan synes som det da gjør det vanskeligere å kunne se på egen praksis og følge med på om tendensen til slike meldinger øker eller avtar. Halvparten av respondentene har meldt 1 til 4 saker i tidsrommet, mens 1 av 10 ikke har meldt noen saker.

Mange respondenter har heller ikke oversikt over antall forespurte konsultasjoner totalt, hvor mange av disse som var individualsamtaler og hvor mange som var familiesamtaler i samme periode. Kun 15 av 38 hadde tall på dette. Det styrker tanken om noe mangelfull oversikt. Å ha oversikt over egen praksis er en utfordring som det kanskje bør forventes at ledere har?

Hele 23 av respondentene besvarte ikke alle tre spørsmålene om konsultasjoner, og med det er det vanskelig å vite hvordan antallet fordeler seg mellom individualsamtaler og familiesamtaler generelt i norske DPS. Men de 15 besvarelsene som kan si noe om dette viser at samtalene i all hovedsakelighet er individualsamtaler, kun i overkant av 1 % av samtalene totalt er familiesamtaler. Så når det rapporteres om at barna er med av og til i familiesamtalene blir dette tallet igjen, ut i fra dette materialet nesten mikroskopisk.

6.3.4 Klare for lovendring? – Overgang fra anbefaling til plikt

Rundskrivet har vært virksomt i ca 3 år på undersøkelsestidspunktet. Over halvparten sier det har endret deres praksis. Nesten 7 av 10 er klare for at en lovendring avløser rundskrivet. En lovendring vil for 3 av 4 gi en utfordring ved å påføre enheten økt arbeid rapporteres det om. Like mange mener det er behov for økt kompetanse. Det er ikke konkret bedt om at respondentene remser opp type kompetansebehov de ønsker, men en oppgir konkret ønske om kompetanse i å gjennomføre aldersadekvate samtaler med barn. Ellers er det nevnt ønske om kompetanse i retning av å forstå mer om barn som pårørendes sine belastninger. Så

mange som 75 % av respondentene oppgir at de ønsker mer kompetanse. Ettersom det over tid har vært stor tilgang på kunnskap om barn som pårørende, som refereres flere steder under 3.3 (i et historisk blikk på barns utvikling og sårbarhet, med tilknytningsperspektivet, mentaliseringsdannelse, utvikling av resiliens osv.) og har gjort det i lengre tid, kan ønsket også forstås dit hen at det må mer kunnskap på plass om hvordan oppfølgingen av barna skal gjennomføres. Hvordan skal praksis få dette til?

Et par kommentarer indikerer at det er behov for holdningsendring... hos behandlerne?

”Å forankre ansvar hos den enkelte behandler, ikke bare hos barneansvarlig”, ”Å få terapeutene til å endre praksis, gammel vane....”, eller ”- å få terapeutene til å forstå betydningen av den belastningen barn utsettes for”.

Selv om det er skrevet *”forstå”*, tolker jeg det i betydningen *”å ta inn over seg”*, i tråd med å arbeide med *”egne briller”*, slik det refereres under kapittel 3.4, kulturens psykologiske betydning for å forstå verden.

Det er bra at så mange opplever deres enhet er klare for at lovendring avløser rundskrivet. Kommentarene som spør om de kan utdype hvilke utfordringer som knyttes til en lovendring kan tolkes som motstand, eller også som at holdningene må endres for å få dette til. Et par kommentarer kan indisere motstanden: *”Vi tar voksenperspektiv og bistår foreldrene til å bli gode foreldre så de selv kan søke barnevernet om hjelp ved problemer”, og ”Ønsker ikke plikt, det er nok med skjønn”.*

Kommentaren *”mister alliansen”* kan i tråd med Kari Martinsens oppfattelse av utarting (Alvsvåg & Gjengedal, 2000) eller Hummelvolls beskrivelse av behandlingslidelse (Hummelvoll, 2006) under kapittel 3.2.2, forstås som unnfalighet. Vi vet ikke, men det kan også uttrykke maktesløshet og hjelpsløshet i forhold til brudd på doxa og tabuisering referert i 3.4.1 og 3.4.2.

Et par av delspørsmålene rundt lovendring og produksjonstall i undersøkelsen, referert under 6.1.5 om kritikk av spørreskjema har begreper som ikke er definert, og kan vise seg og bli oppfattet uklart og derved gjør svarene her meningsløse. Spørsmålene er [delspørsmål 2 og 3 i spørsmål 32] om det å ivareta barn som pårørende sine rettigheter vil medføre lavere produksjonstall eller ønske om lavere produksjonskrav.

Når det spørres rundt ”*Produksjonstall*” er begrepet forstått som ”*registrerte konsultasjoner med ordinære pasienter*”. Da er arbeid med ”*barn som pårørende*” utenom. Men om respondentene har forstått også ”*barn som pårørende*” som ordinære pasienter, i betydning ”*pasienter som har henvisning, er registrert og vurdert i forhold til pasientrettigheter*”, vil dette påvirke svaret om en tror det vil medføre lavere produksjonstall og å ønske lavere produksjonstall

Selv om svarene på bakgrunn av dette ikke gir ny viten, er forvirringen interessant. Spørsmålet berører altså om barn som pårørende, som foreldrene deres, skal henvises, vurderes og få pasientrettigheter eller ikke. Det synes usikkert om dette er avklart. Hvordan dette løses, vil sannsynligvis interessere behandlingsapparatet, som allerede kan oppleve høyt arbeidspress, og som måles på hva de produserer [konsultasjoner].

6.3.5 ”Av og til” - akkurat passe eller tilfeldig?

Rundskrivet appellerer til å se det enkelte barn som det unike mennesket det er, samt se barnet som del av det systemet det lever i, som familien, for å vurdere om barnet har behov for hjelp. Undersøkelsens funn viser at behandling i høy grad tilbys i form av individualsamtaler. Familiesamtaler er sjeldne [1 %], og i tillegg tilbyr kun et fåtall, under 2 av 10, egne grupper for barn eller tenåringer.

Dette betyr ikke nødvendigvis at respondentene ikke har et systemperspektiv. Individualsamtaler som form kan være valgt etter vurdering av hva som er riktig behandling for det enkelte barn i hans eller hennes spesifikke familie ut i fra et systemperspektiv. Det kan på den annen side også være at formen ikke er valgt ut i fra et slikt perspektiv men skjer tilfeldig, som vane og ikke ut fra pasientenes behov, men det vites ikke.

Barn som pårørende har blitt et begrep. De omtales ofte som en gruppe, slik anbefalingene i rundskrivet og denne studien også bidrar til. Brosjyrer og veiledere gir føringer om hva som er god praksis i møte med denne gruppen. Fordelen er at barna med dette kommer i fokus. Ulempen kan være at de nettopp sees på som en gruppe, og med det mister sin særegenhet, sitt ”jeg” i møte med behandlingsapparatet (Gullestad, 2009).

Det er mange fordeler med gruppetilnærming, men et systemperspektiv referert under 3.2.4 og 3.2.5 kan også forankres i en-til-en-samtaler. Vi vet at barn som møtes med støtte,

forståelse og anledning til å snakke om egne erfaringer vil kunne utvikle resiliens selv om de har opplevd store traumer (Borge, 2009). Når form på samtalene vurderes bør det tas hensyn til at barn, som voksne, gis anledning til å velge bort gruppesamtaler eller familiesamtaler dersom de ikke ønsker dette. Om grupper tilbys som ledd i å være ressursbesparende ved at flere får behandling samtidig bør det allikevel være mulig å reservere seg mot å delta.

En vurdering om barn skal delta i fellessamtaler eller ikke må baseres på bakgrunn av flere hensyn. For eksempel kan foreldrenes psykiske lidelse eller rusproblem være i en fase der de har problemer med å ta et barneperspektiv, slik at barna kan oppleve samtalen belastende og da bør alternativet velges bort.

Myndighetene legger føringer på innhold i rundskrivet ikke på form, slik blir det opp til den enkelte tjeneste hvordan de skal følge opp barn som pårørende. Det kan være årsak til at det rapporteres om ulike tilbud og prosjekter for målgruppen, at det er få tilbud ved egne DPS, men at de heller finnes hos samarbeidspartnere. Et rikt tilbud kan forstås som mangfoldig, men det kan kanskje også være uoversiktlig og tilfeldig? I hvert fall gir det behandlere og barneansvarlige en utfordring i å skaffe seg oversikt over alle tilbudene som finnes, slik rundskrivet oppfordrer til når de skal bistå i å finne rett hjelp referert i 2.6.6 og appendiks 2.

I hvilken grad praksis vurderer hvilken form for behandling som er egnet for det enkelte barn eller den enkelte familie er ikke mulig å vite. Rapporteringer fra spørsmålene om hvor ofte barna inviteres i enten egne samtaler eller i familiesamtaler besvares av 7 av 10 respondenter med ”av og til”. Det gir grunn til å undre seg litt over hva det betyr. Hva er ”av og til” uttrykk for her? Av og til som akkurat passe? Eller av og til som tilfeldig?

Funnene som sier noe om faste rutiner for informasjon viser seg som rutiner bare i liten grad implementerte. Det gjelder både faste rutiner om barns behov til foreldrene og informasjon om/fra foreldrene til barna. Det samme kan sies om faste rutiner for videreformidling av informasjon om barna til sentrale samarbeidspartnere. De synes også i liten grad å være implementert. I tillegg mangler faste rutiner for systematisk vurdering av foreldrefunksjonen. At mange ikke har oversikt [mer enn 3 av 10 respondenter] over meldinger til barnevernet og slik konsultasjonene fordeler seg antallsmessig ved enheten, gjør at når så mange respondenter besvarer flere spørsmål med ”av og til” kan det lettere tolkes som tilfeldig enn akkurat passe, og vurdert i hver enkelt situasjon.

6.3.6 Refleksjon som verktøy på veien fra viten til systematisk handling

Undersøkelsen viser at informasjonen knyttet til barna i størst grad deles med kolleger i klinikken i behandlingsmøter og i mindre grad kommer ut til relevante samarbeidspartnere på annen måte. Å sikre barn rett hjelp til rett tid er avhengig av et godt systematisk samarbeid om barna. I dette ligger en stor utfordring for behandlingsapparatet. Om barns erfaringer forblir uoppdaget, eller overses som følge av doksisk syn eller tabuisering hos hjelperne, kan psykiske helsearbeidere hjelpes til å feste blikket der problemene er. Veien fra viten til handling krever at doxa brytes for å "se klarere". Tiltak som tilfører kunnskap og anledning til å reflektere over egen praksis vil kunne bidra til å bryte doxa. En slik forståelse og tankegang vil medføre at hjelperne, behandlere, eller barneansvarlige, ikke overlates til seg selv med den informasjon som er samlet. De må heller trygges ved organisering av tiltak på høyere nivå enn den individuelle behandler, og gis rom for kompetanseutvikling og åpning for systematisk refleksjon og veiledning.

Funn viser få direkte hjelpetiltak rettet mot barna i form av informasjonssamtaler eller behandlingsgrupper innad i klinikken. Men det rapporteres om flere samarbeidspartnere i offentlig og privat regi. Dette kan være barnevern, BUP, eller ulike private aktører. En god kartlegging kan vise barnas eventuelle behov for oppfølging og hvilken type hjelp de er i behov av. Mens noen barn har behov for samtaler eller kliniske tilbud ellers, kan andre kanskje få en bedre hverdag om de sikres kompetente hjelpere i miljøet de naturlig ferdes i daglig, som barnehage, skole eller fritidsaktiviteter. Forskning referert under 3.5 viser tilsvarende at tilbud med høy grad av kompetanse der ansatte gis mulighet for fagutvikling og refleksjon over egen praksis viser seg å være viktige helsefremmende bidrag i barns utvikling.

7. Konklusjon

Formålet med studien var å se i hvilken grad praksis har etablert rutiner og prosedyrer i tråd med anbefalingene i rundskriv IS/5-2006 ”*Oppfølging av barn som pårørende til foreldre med psykisk lidelse og/eller rusavhengighet*”. Et rundskriv som ble utarbeidet fordi undersøkelser fra praksis viste mangler vedrørende oppfølging av barn som pårørende. Man tenker seg således at rundskriv er egnet til å endre praksis, og derved gi barn og unge som lever med foreldre i mulige risikomiljø et bedre liv.

Praksis ser ut til å ha et godt etablert fundament for implementering av rutiner rundt barn som pårørende. Dette sett ut i fra at de fleste DPS har ansatte med særansvar for barn, og godt innarbeidete rutiner rundt identifisering og kartlegging av barna. Faste rutiner for arbeidet med å bringe informasjon om barns behov videre i systemet til relevante samarbeidspartnere, og dermed sikre barna riktig hjelp videre, synes mindre implementert. Det ser ut til å gjelde rutiner rundt informasjon både til foreldre om barns behov og til barna om/fra foreldrene også.

Hvordan behandlere vurderer foreldrefunksjonen virker i liten grad å være etablert som en fast rutine, men i større grad å være personavhengig. Det gjøres slike vurderinger på flere måter, men faren øker for å overse problemer når rutiner i mindre grad er standardiserte men mer personavhengige, og derfor mer tilfeldige. Mange av lederne synes å ha en mangelfull oversikt på viktige områder, som over antall bekymringsmeldinger som er meldt til barnevernet, og hvor mange av de antall gjennomførte konsultasjonene som er individual- og familiesamtaler. Dette synes å gi mindre anledning til å evaluere og forbedre egen praksis.

I hvilken grad praksis er endret kun som følge av rundskrivet kan denne undersøkelsen ikke si noe om, ei heller om barn har fått det bedre i livet. Det kan allikevel gi en åpning for at rundskriv kan påvirke praksis ved at halvparten av respondentene rapporterer om dette, men ser det ut til, ikke på en måte som er god nok i forhold til å gi barn som pårørende en optimal oppfølging.

Funnene må sees i lys av at svarpopulasjonen, på ca halvparten kan være de med best rutiner eller mest interesse for tema. Dette kan gi resultater som kan gjenspeile en praksis som er bedre enn gjennomsnittet.

8. Videre forskning

En anbefaling til videre forskning rundt tema barn som pårørende er å gå til barna for å få vite mer om hvordan barn opplever sin situasjon, og hva som gir resiliensutvikling. Barn som pårørende har hovedsakelig tatt til orde først som voksne. Til tross for deres tidligere erfaringer, er de som voksne pr definisjon ikke barn lenger. Kulturens betydning for psykiske helsearbeideres utøvelse av yrket er også et område det kan forskes mer på ut i fra tanken om at livet leves ikke i kulturelle tomrom, helles ikke behandling.

Taushetsplikten helsepersonell er underlagt og på hvilken måte barn som pårørende kan sikres oppfølging om taushetsplikten kommer i konflikt med ny lovgivning vil være interessant som forskningsspørsmål.

Implementering av rutiner i forhold til å følge opp barn som pårørende i praksis kan være et godt utgangspunkt for aksjonsforskning. Ved å sammenligne to avdelinger, vil et slikt forskningsprosjekt kunne fremstå som fruktbart både i selve læreprosessen for de involverte og ved å skape praktiske løsninger på arbeidsplassen. Aksjonsforskning kjennetegnes av at ansatte med nærhet til problemene er medforskere (Hummelvoll, 2003:23). I tråd med ideen om overføring av god praksis kan arbeidet som gjøres overføres andre avdelinger og bistå med implementering av tilsvarende rutiner, som igjen kommer målgruppen barn som pårørende og deres foreldre til gode.

Litteraturliste

- Aanonsen, A.-M. (1996). *Kap.13 i "Aktiv psykoterapi: perspektiver på psykologisk forståelse og behandling" red.Reichelt, Sissel & Haavind, Hanne*
Oslo: Ad Notam Gyldendal.
- Alvsvåg, H., & Gjengedal, E. (2000). *Omsorgstenkning: en innføring i Kari Martinsens forfatterskap*. Bergen: Fagbokforl.
- Anstorp, T., Benum, K., & Jakobsen, M. (2006). *Dissosiasjon og relasjonstraumer: integrering av det splittede jeg*. Oslo: Universitetsforl.
- Antonovsky, A. (1991). *Hälsans mysterium*. [Stockholm]: Natur och Kultur.
- Askheim, O. P., Starrin, B., & Heyerdahl, C. (2007). *Empowerment: i teori og praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Barker, P. J. (1997). *Assessment in psychiatric and mental health nursing: in search of the whole person*. Cheltenham: Stanley Thornes.
- Barne/likestillingsdepartementet. (1992). Lov om barneverntjenester (barnevernloven). Sist, fra http://www.lovdatab.no/cgi-wif/wiftdles?doc=/usr/www/lovdata/all/nl-19920717-100.html&emne=barnevernlov*&
- Bateman, A., & Fonagy, P. (2007). *Mentaliseringsbasert terapi av borderline personlighetsforstyrrelse: en praktisk veiledning*. [Oslo]: Arneberg forl.
- Bjerkedal, T., Kristensen, P. (2009). Educational attainment of 25 year old Norwegians according to birth order and gender.
- Blakstad, O., Eide, T., & Johnsen, Ø. (2008). *And Now for Something Completely Different (And Still the Same) - Er Mentalisering en Fundamental Faktor i Psykoterapi?* , Universitetet i Bergen.
- Borge, A. I. H. (2007). *Resiliens i praksis: teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Borge, A. I. H. (2009). *Resiliens: risiko og sunn utvikling*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Bourdieu, P., Østerberg, D., Prieur, A., & Barth, T. (1995). *Distinksjonen: en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax.
- Butcher, H. K. (2009). The Science of Unitary Human Beings, Theoretical Basis for Nursing <http://rogeriannursingscience.wikispaces.com/Chapter+5+The+Science+of+Unitary+Human+Beings+Principles>
- Bäcklund, S. (2009). *Fra bekymring til handling: en veileder om tidlig intervensjon på rusområdet*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Christie, N. (1989). *Hvor tett et samfunn?* Oslo: Universitetsforl.
- Cullberg, J. (1981). *Mennesker i krise og utvikling: en psykoanalytisk og sosialpsykiatrisk studie*. Oslo: Aschehoug.
- Cullberg, J. (1999). *Dynamisk psykiatri i teori og praksis*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Ericsson, K. (2009). *Samfunnets stebarn*. Oslo: Universitetsforl.
- Fischer, M., & Gerster, S. (2005). Vergessen und überfordert: Kinder von psychisch Erkrankten. *Neuropsychiatrie, Band 19, nr 4*, 162-166.
- FN. (1999). Europakonvensjonen (LOV 1999-05-21 nr 30: Lov om styrking av menneskerettighetenes stilling i norsk rett (menneskerettsloven) Sist, fra <http://www.lovdatab.no/all/hl-19990521-030.html#EMKE-A8>
- FN. (2003). Barnekonvensjonen, FNs konvensjon om barnets rettigheter. Sist, fra http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/bro/2004/0004/ddd/pdfv/178931-fns_barnekonvensjon.pdf
- Friestad, C. o. I. L. S. H. (2004). *Levekår blant innsatte* (No. ISBN 82-7422-422-1): Fafo-rapport 429.
- Friis, S., & Vaglum, P. (1999). *Fra idé til prosjekt: en innføring i klinisk forskning*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Glistrup, K. (2002). *Det barn ikke vet har de vondt av, Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*: Karen Glistrup og Hans Reizels Forlag a/s København.
- Grimsgaard, C. (2009). *"Jeg vet du bare vil det beste for barna dine" Kvinnelige helsearbeideres opplevelser og erfaringer i tilknytning til å snakke med psykisk syke mødre om barna deres.*, Universitetet i Oslo.
- Grøholt, B., Sommerschild, H., & Garløv, I. (2001). *Lærebok i barnepsykiatri*. Oslo: Universitetsforl.
- Gullestad, S. E. (2009, 6-12 november). Hvorfor er jeg sånn? Ansvar for eget liv forsvinner sammen med jeg-et når diagnosen er stilt. *Morgenbladet*, s. 2.
- Hai, T. I., Kvåle, Randi. (2009, 18.03). Vold mot barn varsles ikke ofte nok. *Aftenposten*.s. 2.
- Hansen, F. (2001). *Barn som lever med foreldres rusmisbruk*. Oslo: Ad Notam Gyldendahl as.
- Hellevik, O. (2002). *Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*. Oslo: Universitetsforl.
- Helse/omsorgsdepartementet. (2008). *Opptappingsplan for rusfeltet: opptappingsplan*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.

-
- Helse/omsorgsdepartementet. (2009a). *Oppdragsdokumenter*. Sist lest. fra <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/sykehus/oppdragsdok.html?id=115231>.
- Ot.prp. nr.84 (2008-2009) Om lov om endringer i helsepersonelloven mm. (Oppfølging av born som pårørende).Helse -og omsorgsdepartementet, (2009b).
- Helse/omsorgsdepartementet. (2009c). *Stortingsmelding 47, Samhandlingsreformen: rett behandling - på rett sted - til rett tid*. [Oslo]: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Helsedirektoratet. (2006). Kartlegging av kompetanse om rusproblematikk”. Sist, fra http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/fagnytt/barnehagepersonell_trenger_mer_kompetanse_om_rus_og_psykiske_lidelser_43225
- Helsedirektoratet. (2008). IS-1570, Veileder for poliklinikker i psykisk helsevern for barn og unge. http://www.helsedirektoratet.no/vp/multimedia/archive/00070/Psykisk_helsevern_fo_70789a.pdf
- Helsedirektoratet. (2009). Opptappingsplanen for psykisk helse har nådd de fleste målene http://www.helsedirektoratet.no/psykisk/opptappingsplanen/opptappingsplanen_for_psykisk_helse_har_n_ddd_de_fleste_m_ene_437044
- Hoel, E. (2008). *Children of parents suffering from substance abuse: from social exclusion to social inclusion? : a comparative study of policies in Norway and United Kingdom*. E. Hoel, Oslo.
- Holm, P. A. (2009). Stefaren fikk 8 år. Sist, fra <http://www.aftenposten.no/nyheter/iriks/article3054027.ece>
- Hummelvoll, J. K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis: handlingsorientert forsknings samarbeid i akutt psykiatrien*. Oslo: Universitetsforl.
- Hummelvoll, J. K. (2006). En helhetlig-eksistensiell psykiatrisk sykepleietilnærming i et lokalsamfunns perspektiv. *Klinisk sykepleje, nr 1*, 13-22.
- Hummelvoll, J. K. (2008). Enquete - spørreskjema, forelesning 18.september.
- Hummelvoll, J. K., Jensen, P., Dahl, T. E., & Olsen, P. (2004). *Helt - ikke stykkevis og delt: psykiatrisk sykepleie og psykisk helse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Jenssen, M. M. F. (2007). *Unge kvinner med opplevd psykisk uhelse og deres tidligere skoleerfaringer*. Høgskolen i Hedmark.
- Karlsen, R. (2009). Profesjonell kompetanse,- Psykiatriske sykepleieres faglige bidrag til samarbeid. *Sykepleien Forskning, nr 03*, 4.
- Killén, K. (2000). *Barndommen varer i generasjoner: forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kirkevold, M. (1998). *Sykepleieteorier: analyse og evaluering* Oslo: Ad notam Gyldendal.

- Kristensen, P., Gravseth, HM, Bjerkedal, T. (2009). Educational attainment of norwegian men: influence of parental and early individual characteristics. *Journal of biosocial science*, Nov;41(6), 799-814
- Kristoffersen, K. (2006). *Helsens sammenhenger: helsefremmende prosesser ved kronisk sykdom*. Oslo: Cappelen akademisk forl.
- KS. (2009). Sammen for barn og unge
Sist, fra <http://www.ks.no/tema/Samfunnsansvar/Velferd/Sammen-for-barn-og-unge/>
- Kunnskapsdepartementet. (2007). St.prp. nr 1 (2007-2008). Sist, fra http://www.regjeringen.no/pages/2013879/PDFS/STP200720080001_KDDDDPDFS.pdf
- Kvello, Ø. (2006). Når skoler bygger motstandskraft i barn og unge, med vektlegging av vennskap. Sist lest 6.10, fra www.forebygging.no/cwobjekter%5Coyvind.kvello_rbup.ppt
- Lee, M., Greene, G., Hsu, K., Solovey, A., Grove, D., Fraser, J., Washburn, P., & Teater, B.. (2009). Utilizing Family Strengths and Resilience: Integrative Family and Systems Treatment with Children and Adolescents with Severe Emotional and Behavioral Problems. *Family Process*, , ., 48(3), 395-416.
- Leira, H. K. (2003). *Det gode nærvær: kulturens psykologiske betydning*. Bergen: Fagbokforl.
- Lundby, G. (1998). *Historier og terapi: om narrativer, konstruksjonisme og nyskriving av historier*. [Oslo]: Tano Aschehoug.
- Lutjens, L. R. J., Bunting, S., & Marchione, J. M. (1995). *Anteckningar om omvårdnadsteorier 1, Martha Rogers, Rosemarie Parse, Margaret Newman*. Lund: Studentlitteratur.
- Melberg, H. O., Lauritzen, G., & Ravndal, E. (2003). *Hvilken nytte, for hvem og til hvilken kostnad?: en prospektiv studie av stoffmisbrukere i behandling*. Oslo: SIRUS.
- Moe, I. (2009, 13.05). Må gripe inn øyeblikkelig. *Aftenposten*, s. 1.
- Mortensen, O. (2001). *Kapittel 3 i Barn som lever med foreldres rusmisbruk, Frid Hansen (red.)*. Oslo: Ad Notam Gyldendahl as.
- Myklestad, I., Rognerud, M., & Johansen, R. (2008). *Utsatte grupper og psykisk helse: levekårsundersøkelsen 2005*. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Nadim, M., & Nielsen, R. A. (2009). *Barnefattigdom i Norge: omfang, utvikling og geografisk variasjon*. Oslo: FAFO.

-
- Nielsen, A. A. C., & Nygaard, M. (2009). *Børnehavens betydning for børns udvikling*: SFI-Det nationale forskningscenter for velfærd. DK
- NOVA. (2006). Familieråd - en metode i barnevernet som virker. Sist, fra <http://www.nova.no/?id=12396>
- Oppvekstbanken. (2009). BAPP-tiltaket: - "Gjøre- og snakkegrupper" for barn av foreldre med psykiske problemer og rusproblemer Sist, fra http://www.oppvekstbanken.no/xp/pub/venstre/rod/risikoutsatte_barn/god_praksik_ri_sikoutsatte_barn/296133
- Pape, H. (2009). "Barn", kap: Berusende ungdomstid av IR. Hjermand & R. Follesø (red.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Raundalen, M. (2009). *Barn som lever med vold i familien*. : Senter for Krisepsykologi i Bergen og Alternativ til Vold i Oslo og Telemark. Et samarbeidsprosjekt.
- Regjeringen. (2005). *"Soria Moria erklæringen" -Plattform for regjeringssamarbeidet mellom.Arbeiderpartiet, Sosialistisk Venstreparti og Senterpartiet.2005-09.* <http://www.regjeringen.no/upload/kilde/smk/rap/2005/0001/ddd/pdfv/260512-regjeringsplattform.pdf>.
- Regjeringen. (2009). *Pressemelding: Nr58/09 "Styrket sykehusøkonomi og satsing på rus, samhandling og omsorg"* <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/pressecenter/pressemeldinger/2009/styrket-sykehusokonomi-og-satsing-pa-rus.html?id=581527>.
- Seikkula, J., & Arnkil, T. E. (2007). *Nettverksdialoger*. Oslo: Universitetsforl.
- SHdir (2006a). IS-5/2006 "Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre" Helse og sosialdirektoratet.
- SHdir. (2006b). IS-1332-" *Psykisk helsearbeid for voksne i kommunene*". Oslo: Sosial- og helsedirektoratet.
- SHdir. (2007). IS-1455/2007 - *Tidlig intervensjon på rusområdet, sentrale perspektiver-aktuelle målgrupper og arenaer*.
- Skerfving, A. (1996). *Barn till psykiskt störda föräldrar: sårbarhet, risker och skyddande faktorer : en kunskapsmanställning*. Bromma: Västra Stockholms Sjukvårdsområde.
- Smith, L., & Ulvund, S. E. (1999). *Spedbarnsalderen*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Solantus, T. (2009). *Lets talk about children*. fra http://www.bufetat.no/filestore/Bufetatno-dokument/Aktuelt/Usynlige_barn/3CSnakkombarna.pdf.
- Solbakken, B. H., & Lauritzen, G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer*. Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning.

- Solbakken, B. H., Lauritzen, G., & Lund, M. K. Ø. (2005). *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*. Oslo: SIRUS.
- Store/norske/leksikon. (2009a). Doxa. Sist, fra <http://www.snl.no/doxa>
- Store/norske/leksikon. (2009b). Myter. Sist, fra <http://www.snl.no/myte>
- Strøm-Gundersen, T. T. (2009, 14.04). Utsatte barn i Oslo får for lite hjelp. *Aftenposten*.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori: for helsefag*. [Bergen]: Fagbokforl.
- Universitetet/Tromsø. (2009). Modelldistrikt Nord-Troms – et samhandlingsprosjekt http://www2.uit.no/www/ansatte/organisasjon/prosjekterogsentre/artikkel?p_documento_id=65967&p_dimension_id=30332
- Vedøy, T. F., & Skretting, A. (2009). Ungdom og rusmidler. Resultater fra spørreskjemaundersøkelser 1968-2008, Sirusrapport 5 <http://www.sirus.no/internett/ungdom/publication/500.html>