



## **"Være en døråpner"**

En kvalitativ undersøkelse om *barneansvarliges* erfaringer ovenfor arbeid med barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige foreldre.

Av

Trine Fjærestad

Master i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Lillehammer



**Høgskolen  
i Lillehammer**

Lillehammer University College • hil.no

## Table of Contents

<b>FORORD</b>	<b>4</b>
<b>KAPITTEL 1 INNLEDNING</b>	<b>5</b>
1.1 BARN I BLINDSONEN	6
1.2 LOVENDRING FOR BARN SOM PÅRØRENDE	10
1.2.1 BARNEANSVARLIGES MANDAT	11
1.3 STUDIENS PROBLEMSTILLING	12
1.4 EGET STÅSTED	13
<b>KAPITTEL 2 BAKGRUNNSKUNNSKAP</b>	<b>14</b>
2.0 PSYKISK SYKDOM OG RUSMIDDELAVHENGIGHET SOM SKAM OG TAUSHET	14
2.1 HVORDAN BARN RAMES	15
2.2 UTFORDRINGER I DET BARNEFOKUSERTE ARBEIDET I VOKSENBEHANDLING	16
2.2.1 INDIVIDORIENTERT KUNNSKAPSMODELL	17
2.2.2 DEN MEDISINSKE DOMINANS	18
2.2.3 MANGLENDE KOMPETANSE	19
2.2.4 FORELDRE OG BARNES TILDEKKING	20
2.2.5 FOREBYGGING I ET BARNEPERSPEKTIV	21
<b>KAPITTEL 3 METODE</b>	<b>24</b>
3.1 VALG AV KVALITATIV METODE	24
3.1.1 GJENNOMFØRING AV FORSKNINGSPROSESSEN	25
3.1.2 INTERVJU SOM METODISK TILNÆRMING	25
3.1.3 UTVELGELSE AV INFORMANTER	26
3.1.4 INTERVJUGUIDE	28
3.1.5 INTERVJUSITUASJONEN	29
3.1.6 BRUK AV BÅNDOPPTAKER	30
3.2 BEARBEIDING AV DATA	30
3.3 VITENSKAPSTEORETISK FORANKRING	32
3.4 METODEREFLEKSJONER	33
3.5 ETIKK OG PERSONVERN	35
<b>KAPITTEL 4 RESULTATER: BEHANDLINGSINSTITUSJONENES ULIKE FORSTÅELSESRAMMER</b>	<b>36</b>
4.1 POLIKLINIKK	36
4.2 DØGNENHET	37
4.3 LANGTIDSBEHANDLING	38
<b>POLIKLINIKK</b>	<b>41</b>
4.1.1 RAMMENE LIGGER IKKE TIL RETTE	41
4.1.2 PASIENTENS INTERESSE OG BARNES INTERESSE	44
4.1.3 BEGRENSNINGER I Å TEMATISERE FORELDREROLLEN	46
4.1.4 SAMARBEID UTAD : "PÅ HVER SIN PLANET"	48
4.1.5 OPPSUMMERING	51

<b>DØGNENHET</b>	<b>52</b>
4.2.1 " VÆRE DØRÅPNER"	52
4.2.2 "VI TRENGER BARNEANSVARLIGE"	56
4.2.3 FORELDRENE EGNE HOLDNINGER TIL SYKDOM, OG INKLUDERING AV BARN	57
4.2.4 INTERN SAMARBEID	61
4.2.5 OPPSUMMERING	62
<b>LANGTIDSBEHANDLING</b>	<b>63</b>
4.3.1 FAMILIEORIENTERT BEHANDLING	64
4.3.2 EN INTEGRERT BEHANDLING AV FORELDRE OG BARN	65
4.3.3 OPPSUMMERING	67
<b>KAPITTEL 5 DISKUSJON: ULIKE FORUTSETNINGER</b>	<b>68</b>
<b>KAPITTEL 6 HVA SKAL TIL FOR AT ROLLEN SOM BARNEANSVARLIG SKAL FUNGERE BEDRE?</b>	<b>75</b>
6.1 SAMARBEID	75
6.2 FORANKRING	76
6.3 FAGLIG PÅFYLL	76
6.4 FOR "FÅ" BARNEANSVARLIGE	78
6.5 FØLGE DE UT PÅ HJEMMEBESØK	78
<b>KAPITTEL 7 AVSLUTNING</b>	<b>79</b>

## **Forord**

Denne oppgaven har vært en spennende, lærerik og utfordrende reise. Jeg har vært så heldig å fått innblikk i andre menneskers tanker, meninger og erfaringer. Takk til mine informanter for godt samarbeid, og for at dere gav meg gode refleksjoner rundt arbeidet med barn som pårørende.

Når jeg begynte på masteroppgaven startet jeg med engasjement og pågangsmot, det var et tema som jeg brente for, og som jeg ønsket så gjerne å utforske og studere. Jeg erfarte underveis at det å skrive en masteroppgave byr både på oppturer og nedturer. Det var spesielt i nedturene jeg merket hvor viktig det var å ha gode støttepersoner og samtalepartnere. Takk til alle som lyttet til meg, trøstet meg, gav meg fagdiskusjoner og kom med kloke ord.

Astrid Halså har vært veilederen for min oppgave. Du har lært meg mye på veien. Din erfaring og faglige kunnskap har hjulpet meg mye. Du gav meg inspirasjon som var svært viktig for mitt faglige engasjement.

Lillehammer, September 2014

Trine Fjærestad

## Kapittel 1 Innledning

Barn som pårørende som tema har fått mye fokus de siste årene, både faglig og politisk sett. Satsningen på barn som pårørende startet i 2007 og omhandlet barn av psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige. I 2009 kom lovforslaget om endringer i helsepersonelloven og spesialisthelsetjeneste slik at barn som pårørende også omfattet barn av alvorlig somatisk syke og skadde. Barn som pårørende har sin bakgrunn i Aamodt og Aamodt rapporten (2005) og sirus rapporten nr 5/2005 (Solbakken, Lauritzen, Ø. Lund, 2005) som begge påpekte behovet for oppfølging av barn som pårørende til psykisk syke og/eller rusmiddelavhengige.

Formålet med satsningen om barn som pårørende er å identifisere og gi tidligere hjelp til barn, samt gi langsiktig oppfølging. I tillegg er formålet å styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene, samt at barnearbeid skal bli en forankret tjeneste.

I tillegg til politisk og faglig satsning viser undersøkelser at omfanget av barn som er påvirket av foreldrenes psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, i ulik grad, er betydningsfullt. Regjeringen sine nettsider og ot.prp. nr 84 (2008-2009) viser til at i Norge er det trolig 130 000 familier som til enhver tid lever med psykisk sykdom eller rusmiddelproblemer. Mer en 200 000 barn har foreldre som ruser seg slik at barna reagerer på det. SIRUS sin årlige rapport om rus situasjonen i Norge for 2011 viser til en nasjonal studie fra 1992-1993 hvor 35 prosent av 2325 pasienter innlagt til rusbehandling rapporterte at de har barn. I en tidligere studie fra 1990-1991 i Oslo svarte 39 prosent av 697 personer innlagt til behandling at de har barn og 14 prosent sa at de hadde daglig omsorg for barn under 15 år.

Folkehelseinstituttet (Rapport 2011:4) viser til antall berørte barn i 2010. 410 00 barn hadde en eller to foreldre med en psykisk lidelse. 90 000 barn hadde minst én foreldre som misbrukte alkohol. Av disse var det 135 000 barn som hadde foreldre med en klart alvorlig lidelse. Forskningsmessig kunnskap viser til alvorlighetsgraden barn av foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet har. Det vises til økt risiko for å utvikle egne problem i form av psykisk, fysisk, kognitivt, sosialt og somatisk, både på kort eller lengre sikt, sammenlignet med familier hvor foreldrene ikke har psykiske eller rusmiddelproblemer (Kvelling, 2010).

Både forskning og ulike profesjoner vet hvor sårbar målgruppe barn er, og spesielt forskning viser til hvordan barn rammes og påvirkes. Likevel opplever jeg at profesjoner synes det er vanskelig å snakke med pasienter om deres barn. Gjennom dialog og samtaler med kollegaer og samarbeidspartnere opplever jeg at det er flere som synes dette er vanskelig. Mange institusjoner og behandlingssteder har som målsetning å ha pasientens barn i fokus, og selv om de aller fleste vet hvor viktig det er å inkludere barn i behandling av foreldrene, forekommer det mangler og svikt.

## **1.1 Barn i blindsonen**

I Norge har situasjonen til barn med psykisk syke og rusavhengige fått stadig større oppmerksomhet. Likevel påpeker Statens Helsetilsyn at barn til psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre, er de gruppene som faller utenfor i hjelpeapparatet eller ikke blir tatt tilstrekkelig vare på (Ot.prp. nr 84 (2008-2009)).

I norsk lov finner vi lovfesta rettigheter til å ivareta barn som pårørende. Stortinget vedtok den 19.juni 2009 endringer i helsepersonelloven, og lov om spesialisthelsetjenesten, for å sikre at helsepersonell skal identifisere og ivareta det informasjons og oppfølgingsbehovet mindreårige barn som pårørende har. Endringene trådte i kraft 1. Januar 2010 . Spesialisthelsetjenesten er pålagt å ha barneansvarlige som skal følge opp barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010). Endringene må ses i et større bilde av barns rettigheter, og man har i Norge rettighetsregulering som et politisk virkemiddel for å styrke rettsstillingen til alle mennesker i samfunnet.

Forskning viser til at det finnes mye kunnskaper om hvilken risiko det er for barn å vokse opp under vanskelige familieforhold (Killén & Olofsson, 2003). Forskning viser også til hvordan ulike profesjoner kan være med på å bidra til å støtte barn og foreldre i vanskelige oppvekstforhold. Mange fagmiljøer viser til at det er både interesse og vilje til å arbeide med barn som pårørende, men arbeidet viser seg å være en utfordring i praksis.

Det er tydelige avvik mellom målsetningene til ulike behandlingstilbud og praksis. Det er også en betydelig forskjell mellom hva profesjoner ønsker å gjøre, og det man faktisk gjør. Arbeidet med barn som pårørende til psykisk syke og rusmiddelavhengige er noe tilfeldig og usystematisk (Maybery & Reupert, 2009). For meg er det et paradoks at vi vet hvilke skader det kan føre med seg for barn å vokse

opp under belastende forhold, samtidig som man vet hvordan man kan redusere risikoen, og allikevel får man ikke endret praksis.

Det er tydelig at det befinner seg barrierer ute i praksis som hemmer ny praksis å komme barna til gode. Det ser ut til at det er vanskelig å integrere et tydelig barneperspektiv i behandling av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. Årsakene kan være mange og sammensatte. Flere rapporter dokumenterer at helsetjenestens tilbud til barn som pårørende synes å være diffuse, tilfeldig og mangelfull (Ytterhus & Almvik, 1999, Kufås, 2001, Aamodt & Aamodt, 2005).

En rapport som dokumentere nåtidens situasjon er ”*Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*” (Rognmo & Torsvik, 2011) utarbeidet på oppdrag fra Helsedirektoratet. Rapporten viser til et stort antall barn med foreldre som har psykiske lidelser eller som misbruker alkohol. I tillegg viser rapporten til i hvilken grad barn som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, økte risikoen for å oppleve ulike negative utfall.

Rapporten som også viser viktigheten av å følge opp barn som pårørende med psykiske syke eller rusmiddelavhengige foreldre er ”*Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger*” (Dalgard, Mathisen, Nord, Ose, Rognerud & Aarø, 2011). Rapporten viser til risikofaktoren ved å vokse opp under vanskelige familieforhold som blant annet med rus og psykiatriproblemer hos foreldre. Samtidig tar den opp viktigheten av å forebygge før problemene har oppstått, eller utviklet seg. I følge rapporten er det også viktig å drive forebygging overfor barn på alle arenaer, som for eksempel hjem, nærmiljø, barnehage, og skole. Slik forebygging krever tverrfaglig samarbeid på tvers av profesjoner.

Rapporten som for noen år siden dokumenterer situasjonen godt på landsbasis er ”*Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*” (Aamodt & Aamodt, 2005). Rapporten uttrykker at tilbudet til barn som pårørende i behandling av foreldrene er mangelfull, preget av tilfeldigheter, mangel på rutiner, mangel på samarbeid, og mangel på koordinering mellom de aktuelle instanser.

I tillegg til ulike vitenskapelige rapporter finnes det en rekke helsepolitiske dokumenter som dokumenterer at barn med psykiske syke eller rusmiddelavhengige foreldre er et satsingsområde, og at det er et høyt politisk mål. I stortingsmeldingen 30, ”Se meg!” (2011-2012) nevnes viktigheten av innsats og ivaretagelsen for barn som pårørende. Stortingsmeldingen påpeker også ansvaret behandlingsapparatet har, i forhold til å ivareta barns behov for informasjon under foreldrenes innleggelser, samt hjelpe foreldrene å se barnas grunnleggende behov.

Også i NOU 2011:5 ”*Bedre beskyttelse av barns utvikling*” og NOU 2012:1 ”*Til barns beste*” berøres feltet barn som pårørende. Her nevnes det igjen at barn som vokser opp med foreldre som er psykisk syke eller rusmiddelavhengig skal ha ekstra oppmerksomhet.

I regjeringssamarbeidet sin politiske plattform i (2005) ”*Soria Moria erklæringen*”(2005) kapitel 8, ”om sosialpolitikk” og kapitel 10 ”om barn og familie” uttales det:

“Regjeringen vil ha et særlig barnepolitisk fokus på tiltakene. Alle barn og unge skal ha de samme rettigheter og muligheter til utvikling uavhengig av foreldres økonomi, etnisitet, utdanning og geografisk tilhørighet”

“Regjeringen vil sørge for at barn med psykisk syke og rusmisbrukende foreldre får oppfølging og hjelp”

“Forholdene i hjem og nærmiljø er viktig for barn og unges trivsel, trygghet og utvikling”.

Barnets beste skal etter artikkel 3 nr. 1 i barnekonvensjonen være et grunnleggende hensyn i alle saker som involverer barn. I samsvar med artikkel 3 nr. 2, artikkel 5 og artikkel 8 i barnekonvensjonen skal helsepersonell, etter lovforslaget, medvirke til å styrke foreldrenes evne i sin omsorg for barna. I følge barnekonvensjonen artikkel 12, omhandles respekten for barns syn, at barn skal ha rett til å gi uttrykk for sine synspunkter i saker som berører barnet, og at det skal legges vekt på synspunkter til barnet jmf § 10 i helsepersonelloven (Barnekonvensjonen).



I 2006 utarbeidet Sosial- og Helsedirektoratets et rundskriv IS-5/2006 ”*Oppfølging av psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*” der det uttales blant annet at det foreligger mangler i forhold til oppfølging av barn med foreldre som har psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet. Det uttales også at tilbudet til disse barna er noe tilfeldig og uforutsigbart. Direktoratet tydeliggjør at instanser som har foreldre til behandling, også har et ansvar for å identifisere, kartlegge, og støtte barn som har behov for det. Det poengteres at dersom det oppstår motstridene interesser mellom ivaretagelsen av barn og foreldre, er det i følge rundskrivet viktig å ivareta barneperspektivet.

Også i rapporten fra SIRUS nr 5/2005; ” *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer*, og rapport utarbeidet av regionsansvarlige for barn og unges psykiske helse, helseregion Øst og sør for Barne- og familiedepartementet ”*Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*”(2005) understrekes det at tilbudet til barn ikke er godt nok, og at arbeidet med barn av psykiske syke eller rusmiddelavhengige foreldre må ses og ivaretas på en langt mer systematisk og strukturert måte.

Nyere forskning utført ved Tromsø regionale kunnskapscenter for barn og unge har undersøkt hvordan den nye loven blir fulgt opp i hjelpeapparatet, i forhold til barn som pårørende. De understreker at fagmateriell og retningslinjer er utarbeidet for å ivareta barn som pårørende, men at endringene i praksis viser seg å være en utfordring. Mye av årsaken til dette er at helsepersonell vegrer seg for å snakke med barna (Lauritzen & Reedtz, 2014).

Et kompetansenettverk for barn som pårørende (Barns Beste) har også undersøkt ulike enheter som medisinsk, kirurgisk, og psykiatrisk, opp mot tilfeldige journaler, om pasientens barn blir registrert. Funnene viser at man har registrert hvorvidt pasienter har barn i journaler, men det stopper der. Oppfølgingsarbeidet i forhold til samtale, eller videre hjelp utover registreringen, er mangelfull og sviktende (barnsbeste.no).

Det vises til at det foreligger god forskning og dokumentasjon om hjelpetilbud og tiltak til barn som har psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. I tillegg viser forskning til stor forståelse om barns risiko til å utvikle alvorlige problemer når

foreldrene sliter med psykiske problemer eller rusmiddelavhengighet over lengre tid (Haugland, Ytterhus og Dyregrov 2012, Sundfær 2012, Gjertsen 2013)

Fagfeltet anerkjenner at voksenpsykiatrien og rusomsorgen må utøve en aktiv rolle i oppfølgingsbehovet, samt i kartleggingsansvaret med barna. Samtidig viser forskningen til at nettopp denne grunnleggende rollen er vanskelig å gjennomføre i den praktiske arbeidshverdagen. Utallige voksne barn, av foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, har stått fram i media, og gjennom teori bekreftet et stort behov for å bli sett som barn. Ut fra deres fortellinger er det åpenlyst en gjennomgående faktor at de ikke har blitt sett eller hørt, neglisjering, og mangel på oppmerksomhet og ivaretagelse. Erfaringer fra hjelpeapparatet er at barn som pårørende er et mye omdiskutert fagområde. Tidligere var de ofte omtalt som en forsømt målgruppe, men i den senere tid har tematikken fått mer og mer fokus, blant annet gjennom det nye lovverket. Bakgrunnen for disse lovendringene er økt fokus på oppfølging av barn som vokser opp under risiko, og formålet er å bidra til at disse barna blir ivaretatt og får nødvendig støtte og tilrettelegging.

## **1.2 Lovendring for barn som pårørende**

Stortinget vedtok den 19.juni 2009 endringer i lov om helsepersonell og lov om spesialisthelsetjenesten. Barn som pårørende av foreldre som sliter med rus og/eller psykisk sykdom er blitt et velfredsproblem som det offentlige ønsker å gripe fatt i gjennom lovverket. Januar 2010 kom lovendringene i Lov om helsepersonell og Lov om spesialisthelsetjenesten, knyttet til ivaretagelsen av barn som pårørende.

Helsepersonelloven §10a omhandler helsepersonell sin plikt til å bidra og å ivareta mindreårige barn som pårørende av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddel avhengighet eller alvorlig psykisk sykdom (Ot.prp. nr. 84 (2008-2009)).

Hjelpeapparatet er derfor pålagt en plikt til å bidra, samt yte hjelp i de situasjoner foreldrene svikter. Det er interessant å se på hvordan hjelpeapparatet tolker sin plikt ovenfor barn som pårørende, og om de klarer handtere ivaretagelse av barnets behov. Fungerer det i praksis slik det står på papiret? Lovbestemmelsen har som formål å fremme helse og forebygge problemer, hos barn og foreldre, ved å sikre risikoutsatte barn og unge tidlig hjelp. I følge helsedirektoratets rundskriv IS-5/2012

(Helsedirektoratet, 2010) innebærer plikten i den nye lovbestemmelsen at barna hjelpes ved å sikre at foreldrene får hjelp, samt støtte til å gi barna sine bedre omsorg. Det er i utgangspunktet foreldrenes behandler som er oppgitt plikten til å bidra til at barna blir ivaretatt, med oppgaver som informasjon og oppfølgingsarbeid. Spesialisthelsetjenesten § 3-7a omhandler barneansvarlig personell, med ansvar for å fremme og koordinere oppfølging til pasientens mindreårige barn. (Ot.prp. nr. 84. (2008-2009). Lovendringen pålegger en plikt til å opprette egne barneansvarlige, som systemansvarlige, til ivaretagelsen av pasientenes barn. I følge rundskriv IS-5/2010, er rollen som barneansvarlig en åpen og fleksibel oppgave, som det enkelte foretak selv definerer og koordinerer utformingen på (Helsedirektoratet, 2010).

### ***1.2.1 Barneansvarliges mandat***

Barneansvarliges mandat på et overordnet nivå er i følge helsedirektoratets rundskriv IS-5/2010 (Helsedirektoratet, 2010, s.17) å sette arbeidet i system, holde helsepersonellet oppdatert og fremme barnas interesser. I den daglige praksisen innebærer det at de barneansvarlige skal utarbeide rutiner som ivaretar oppfølging av barna, de skal tematisere barnas situasjon i den daglige praksis, være pådriver for at det gjennomføres samtale med barn og dem som har omsorgen for barna, samt holde seg oppdatert om fagkunnskap på området. De skal legge til rette for kompetanseheving om barns utvikling og behov, samtidig som de skal sikre samarbeidsrutiner og ha oversikt over oppfølgingstiltak for barn.

Lovbestemmelsen om barneansvarlig beskrives som en aktiv rolle, men også som en åpen rolle. Som sagt tidligere er det opp til det enkelte foretaket selv å definere og koordinere utformingen på rollen. Rundskrivet IS-5/2010 definerer retningslinjer, tilretteleggelse og veiledning som skal bidra til forankring av ordningen, og som i mange tilfeller vil bidra til økt ivaretagelse av barna. Likevel setter ikke loven noen grenser for i hvilke tilfeller barneansvarlige kan hjelpe barn, men en minstestander, utover det står institusjonen fritt til å vurdere hva de gjør utover det loven pålegger.

Ut i fra dette er det faglig interessant å se hvordan barneansvarlige tolker sin plikt ovenfor barn utover en minstestander, og hvordan enhetene tolker sin plikt ovenfor barna, og om enhetens organisering ivaretar barnets behov.

### 1.3 Studiens problemstilling

På bakgrunn av det jeg har redegjort til nå, har jeg valgt å avgrense min problemstilling til å omhandle *barneansvarliges* erfaringer ovenfor arbeid med barn som pårørende til psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre. En slik avgrensing gjenspeiler best min studie, siden den vil omhandle hva som kan hindre at barn som pårørende blir ivaretatt i voksenbehandlingen.

Jeg velger derfor å avgrense min problemstilling på følgende måte:

*Hvordan barneansvarlige ivaretar barn som pårørende i behandling av psykiske syke/ rusavhengige foreldre?*

- 1. Hvordan beskriver og forstår barneansvarlige sitt mandat?*
- 2. Hva hemmer/fremmer muligheten for å utøve sin rolle som barneansvarlig?*
- 3. Hvilke dilemmaer møter/opplever de barneansvarlige for å ivareta pasientens barn?*

Formålet med studien er å undersøke hvordan barneansvarlige i voksenbehandlingen blir hemmet eller fremmet i måten å utøve sin rolle på, ovenfor pasientens barn når foreldrene er i behandling for psykiske problem eller rusmiddelavhengighet. For å få best svar på min problemstilling valgte jeg å intervju barneansvarlig innenfor psykisk helsevern og rusomsorgen, da de har både et formelt ansvar for foreldrene, og en lovpålagt plikt til å ivareta barna. Barneansvarlige i voksenbehandling av foreldrene vil være en svært viktig instans når det gjelder å komme i kontakt med barn og familier som er svært utsatte, og derav preges av psykiske problemer eller rusmiddelavhengighet. Undersøkelse viser at mellom 20-30 % av dem som blir innlagt til behandling i psykiatriske enheter har mindreårige barn (Halsa, 2008).

Selv om barneansvarlige er en lovpålagt ordning for å identifisere barna, viser det seg at det er en utfordring å identifisere hvilke barn og familier som har behov for oppfølging og hjelp. Det foreligger helt klare utfordringer rundt de strukturelle og organisatoriske rammene for hvordan barneansvarlige skal utforme hjelpen. Det er en individorientert kunnskapsmodell med fokus på den voksne, en medisinsk diskurs med fokus på pasienten, samt lite systematisert kunnskap omkring hva som skal og

bør gjøres, samt hva som er nødvendig og viktig hjelp for å sikre barna trygg og stabil utvikling.

Gjennom å analysere de barneansvarlige sin presentasjon av tematikken, og deretter å fortolke materialet i lys av oppgavens forståelsesramme, håper jeg å kunne komme fram til en dypere forståelse for hvordan ivaretakelsen av barna er, og hva som kan hindre at barna blir ivaretatt. Min tilnærming og det jeg ønsker å se på er oppgavefordelingen mellom å ivareta et behandlingsansvar for foreldrene, å ivareta plikten til å være pådriver, slik at barna som pårørende blir tatt hensyn til. Spesielt interessant er det å få kunnskap om hvordan de strukturelle rammene innenfor et helseforetaks kontekst legger føringer på rollen som barneansvarlig. Barneansvarliges erfaringer og kunnskaper bidrar til forståelse for mulighetene eller begrensningene som finnes innenfor deres kontekst, slik de opplever det, og erfarer det. Slike kunnskaper og erfaringer representerer nyttig lærdom i forhold til bevisstgjøring, utvikling, og utforming av forebyggende tiltak ovenfor barn som pårørende av foreldre med psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet.

#### **1.4 Eget ståsted**

I løpet av min studie hadde jeg praksis innenfor psykiatri og rusomsorg. I denne perioden fikk jeg se hvordan barn blir påvirket når foreldrene sliter, både med alkoholproblem og psykiske lidelser. Tankevekkeren som jeg sitter igjen med, og som preger min forforståelse av tilnærming, er hvor lite fokus det er på barnet. Alle vet hvordan barn påvirkes og rammes, og hvilken sårbar målgruppe de er. Min største undring er knyttet til hvorfor det i mange sammenhenger viser seg å være vanskelig å handle i forhold til barn som pårørende. Jeg er derfor svært nysgjerrig og interessert i å undersøke ulike forhold, som kan være med på å forsterke utfordringene rundt det barnefokuserede arbeidet i behandling av foreldrene. Undringen og nysgjerrigheten utgjør på mange måter grunnlaget for min oppgave, og vil være et gjennomgående poeng.

I tillegg til dette har jeg en mer dyptgående personlig erfaring, som datter til en rusavhengig. Min egen barndom har preget meg, både på godt og vondt. Jeg har selv erfart hvordan det er å leve tett på en person som sliter i hverdagen, og hvor tøft og

vanskelig det kan være som barn. Det jeg selv sitter igjen med er hvor vanskelig det er for en familie i slike situasjoner å hjelpe hverandre, uten støtte, tilrettelegging, eller hjelp fra utenforstående. Jeg har i tillegg erfart hvor vanskelig det er for ulike profesjoner, i tillegg til samfunnet generelt, å trå inn i et privat problem.

## **Kapittel 2 Bakgrunnskunnskap**

Så langt i oppgaven har jeg belyst et bilde av situasjon jeg ønsker å fordype meg i, som i stor grad utgjør min forforståelse. Deler av den grunn gir seg i private erfaringer, mens mye av det er relatert til profesjoners erfaringer gjennom teori og praksis.

Videre vil jeg gjøre rede for noe av den kunnskap som finnes innenfor feltet barn som pårørende. Først og fremst vil jeg belyse hvordan psykisk sykdom og rusmiddelmisbruk blir sett på i dagens samfunn. Deretter vil jeg se på hvordan barn rammes av å vokse opp med foreldre som har en psykisk sykdom eller rusmiddelavhengighet. Til slutt vil jeg se på betydningen av forebygging i et barneperspektiv, og hvilke utfordringer som finnes i det barnefokuserete arbeidet.

### **2.0 Psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet som skam og taushet**

Å være rusmiddelmisbruker eller psykiatrisk pasient var tidligere kulturelt betinget til skam. Selv om det har skjedd endringer i synet på psykisk sykdom og rusmiddelavhengighet, er det fortsatt grunn til å hevde at det er et tabubelagt emne som er forbundet med skam (Killén & Olofsson, 2003) Temaet snakkes sjeldent åpent om. Tabuet kan ofte starte innad i familien, fordi foreldrene kan ønske å tro at barna deres ikke vet noe omkring deres situasjon. Foreldrene kan også danne seg en oppfatning av at det vil skade barnet å gi informasjon, og velger derfor å ”ikke blande barnet inn” (Sundfær, 2012, Hansen, 1995, Killen & Olofsson, 2003, Halså, 2008). Det snakkes sjelden om utad. Grunnleggende forestillinger omkring foreldreskap og relasjon foreldre – barn, står i klar kontrast opp mot rus og psykisk sykdom. Det har

alltid vært fordommer mot at rus og barn, samt barn og psykisk sykdom ikke hører sammen, det sitter under huden på folk. Fordommer tilsier at rus og psykisk sykdom ikke hører sammen i forhold til å ta seg av barn. Kulturelle forestillinger omkring rus og psykisk sykdom blir ofte negativt ladet, ofte assosiert med mangel på innlevelse, mangel på kontroll, mangel på tilstedeværelse, forstyrrende adferd (Halsa, 2008, Killén & Olofsson, 2003, Sunfære, 2012). Ut fra dette skapes det en identitet som man ikke ønsker å bli forbundet med. Tematikken bryter med idealet om ansvarlighet og omsorg, de viktigste forventningene som tillegges foreldre, det er forbundet med skam. På bakgrunn av dette prøver man å forhindre og å unngå innsyn om gitte situasjon (Hansen, 1995).

## **2.1 Hvordan barn rammes**

Forskning innenfor tematikken har i hovedsak gitt oss kunnskaper om risikofaktorer det innebærer å vokse opp under slike omstendigheter. Undersøkelser viser at barn som vokser opp med omsorgspersoner med rus eller psykiske problem, har flere helseproblemer enn andre barn. Det er påvist at disse barna har flere helseproblemer av fysisk og psykisk art, rusmiddelproblemer, oftere er kriminelle, har dårligere sosiale forhold, og større tilpasningsvansker enn andre barn (Killén 2010, Hansen, 2008, Sundfær, 2012). Haugland (2012) viser til at barn som vokser opp med alkoholavhengige foreldre viser en overhyppighet av en rekke psykiske vansker, blant annet å utvikle emosjonelle problemer, kognitive vansker og skoleproblem. De viser til at det er påvist et vidt spekter av problemer, i ulike faser av barns utvikling. I førskolealder vises det til aggressivitet og impulsivitet. I skolealder vises det til angst, depressive symptomer, atferdsvansker, lav selvtillit, og rusmisbruk. I voksen alder vises det til rusmisbruk, psykosomatiske problemer, psykiske lidelser og relasjonsvansker (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012)

Forskning viser til at barn av psykisk syke foreldre i utbredt grad har lidelser som er knyttet til ulike diagnoser hos foreldrene. De såkalt høyriskostudiene er de mest utbredte, hvor barn vokser opp sammen med alvorlige og langvarige psykisk syke foreldre (Halsa, 2008). Tilknytning og samspillproblemer vises til som utbredte lidelser for små barn. Skolebarn har høyere risiko for atferdsproblemer, angst og

tilbaketrekning. (Cleaver, Unell & Aldgate). Forskning viser også til at noen barn av psykisk syke foreldre har lav selvtillit og mer negativt selvbilde enn andre barn på egen alder.

I tillegg er beskrivelsen, gitt av voksne som har fortalt om sin oppvekst med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre, preget av felles utfordringer som skam, skyldfølelse, isolasjon, ensomhet, uforutsigbarhet og usikkerhet (Kvelling, 2010). Barn føler seg ansvarlig eller medskyldig i foreldrenes problemer og tar på seg rollen som unge omsorgspersoner (Cleaver et. al.).

Forskning dokumentere i hovedsak langtidseffektene hos eldre barn som har vokst opp med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre. Årsaken til dette er at det er lettere å dokumentere og oppdage skadevirkningene senere i livet, der de tydeligere synliggjøres, enn hos et lite barn. Selv om vi vet at også små barn preges, kan det allikevel være vanskeligere å oppdage, og derfor er det et lite dokumentert og utforsket felt. Ofte vil også effektene som påvises hos barn som vokser opp med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre overlappe, samt virke forsterkende på hverandre. Derfor kan det ofte være vanskelig å knytte spesifikke vansker til barn som vokser opp med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre, siden de kan henge mye sammen, eller påvirkes av andre forhold utenfor hjemmet.

## **2.2 Utfordringer i det barnefokuserte arbeidet i voksenbehandling**

I måten å lovfeste barneansvarlige i spesialisthelsetjenesten, ligger det en erkjennelse av at oppfølging av pasientens barn må settes i system. Innarbeidet fokus i hele avdeling er et krav. Fokuset kan lett forsvinne dersom plikten, samt ansvaret, kun tillegges en enkelt profesjon (Myrvoll, 2013). Det finnes forskning på hva som hemmer eller hindrer fagpersoners muligheter for et godt barnefokusert arbeid i behandling av foreldrene. Arbeid med barn som pårørende i psykiatrien og rusomsorgen har vært utsatt for omfattende kritikk fra flere hold (Sverdrup, Myrvold & Kristofersen, 2007 & Myrvoll, 2013).

Følgende vil jeg presentere ulike barrierer som kan hindre eller redusere muligheten for å drive et barnefokusert arbeid gjennom helsearbeideres erfaringer. Forskning



viser til en individorientert kunnskapsmodell, og en medisinsk diskurs som dominerer fagfeltet. Det vil selvsagt være individuelle forskjeller i hvilken grad disse barrierene utarter seg innefor ulike enheter. For eksempel vises det til at en medisinsk diskurs dominerer i større grad innenfor psykiatrien enn i rusomsorgen. Forskning viser også til hvordan mangel på kunnskap, og tildekking skaper utfordringer i arbeid med barn som pårørende. Det å belyse de ulike barrierene gir et bilde av hvordan kompleksiteten er. Det påvirker de barneansvarliges rolle og funksjon i hverdagen.

### **2.2.1 Individorientert kunnskapsmodell**

I behandling av foreldre innenfor psykisk helsevern og rusomsorgen, har voksenperspektivet stått i fokus, og det dominerer fortsatt (Halsa, 2008). Fokuset har vært å hjelpe problembæreren. Konsekvensene den psykiske sykdommen eller misbruket kan ha for barnet, og familien, har vært lettere forsømt. Rapporten til Aamodt & Aamodt (2005) viser til at hjelpeapparatet vet om disse barna, men de har vansker med å ta tak i barns problem og oppfølgingsbehov. Fagfolk synes både usikre i forhold til å snakke med pasienten om samspillet mellom foreldre og barn, og i forhold til å snakke med barna (Aamodt & Aamodt, 2005). I voksenbehandlingen blir kartlegging av den voksnes psykiske sykdom eller misbruk svært ofte utført med en forståelse av å bedre pasientens situasjon, istedenfor å gjøre det med barnet i tankene, eller å hjelpe foreldrene til å ta vare på barna. Mye av dette forankres i fagfolks usikkerhet i forhold til å inkludere barna, og mangel på kompetanse (Aamodt & Aamodt, 2005). I rapporten som gav grunnlaget for økt satsing på barn som pårørende viser funnene at rutiner og praksis gjenspeiler en individorientert tilnærming fremfor en familieorientert behandling (Helsedirektoratet, 2010). Erfaringer viser til at hjelpeapparatet bygges i for stor grad ut fra et voksenperspektiv, nettopp forbi dette er en innlært rutine, den tradisjonelle, dominante praksis. Mangel i systemet i forhold til et barneperspektiv skyldes tradisjonelle praksisrutiner.

Et større fokus til barneperspektivet, etterlyses. Årsaken til hvorfor det ser ut til å være en utfordring bunner mye i rutiner om ”vi har gjort det sånn i alle år”. Det å skulle utfordre den tradisjonelle praksis kan for mange føre til forvirring og usikkerhet, nettopp fordi ”vi har gjort det sånn i alle år”. En kan tolke dette opp mot

en interessekonflikt. Siden hjelpeapparatet sitt fokus svært ofte ligger hos foreldrene, er det foreldrenes interesser og behov som sees på som grunnleggende å avdekke, og å hjelpe. Lojaliteten ligger da hos foreldrenes problemer. Hjelpen er lettest å gi der problemene er tydelige, rutinene er nedfelt, og godt innarbeidet.

### **2.2.2 Den medisinske dominans**

Den medisinske diskurs har vært dominerende for hvordan psykiske lidelser er blitt forstått og forklart. I spesialisthelsetjenesten er primær oppgavene i hovedsak utredning, kartlegging, diagnostisering av problemer, og henvisning til riktig instans for videre behandlingsforløp til pasienter som er søkt for innleggelse. Det naturvitenskaplige perspektivet med fokus på diagnostisering og sykdomsorientering er det dominerende innfor spesialisthelsetjenestene (Ekeland, 2001, Ørstavik, 2008 Aare, 2010, Norvoll, 2013). Den biomedisinske sykdomsforståelsen er en utbredt tankegang, hvor den faglig forståelsen fokuserer på det syke organet, celler eller symptomer hos det enkelte individ, ulikt fra en mer familieorientert tankegang hvor man fokuserer på den aktuelle pasient som en meningssøkende person som lever innenfor en sosial sammenheng (Rendal, 2013). I følge Norvoll (2013:17) innebærer den biomedisinske retningen innenfor det naturvitenskaplig paradigme en sterk individualisme og kropp –sjel -dualisme, der de kroppslige prosessene blir sett på som hovedprioritet. Forskning og studier poengterer at den medisinske forståelsen hemmer det barnefokuserte arbeidet i behandling av voksne (Maybery & Reupert, 2009). Tradisjonelt fokus er på pasienten, og barnas behov blir ikke prioritert, eller ofte satt i annen rekke. Flere undersøkelser viser også til at profesjoner er redde for at behandlingsalliansen med den syke forelder kan bli ødelagt dersom de tematiserer barna og deres foreldrerolle i behandlingen, og at det er viktig å opparbeidet tillit til pasienten for ikke å forstyrre deres terapeutiske relasjon (Maybery & Reupert, 2009). Det vises også til at profesjonene kan vegre seg for å tematisere barna og foreldrefunksjonene. Hovedinnvendingene til det naturvitenskaplig paradigme er (Rendal:18):

*”Mennesker eller sosiale relasjoner ikke kan objektiviseres eller reduseres til en samling målbare atferder og omstendigheter. Mennesket er et meningssøkende*

*subjekt, og menneskers bevissthet må være basis for å forstå mennesker og det sosiale liv”*

### **2.2.3 Manglende kompetanse**

Som fagperson anerkjennes alvorlighetsgraden av å arbeide med barna, og familien. Problemet ligger heller på kunnskapsmangel overfor arbeid med barn som pårørende. I saker hvor det er tydelig omsorgssvikt eller mishandling er det klare retningslinjer for hvordan man skal gå frem. I følge Mayberry & Peupert (2009) knytter manglene seg til kunnskapsspørsmål omkring barns behov, måten å snakke med barn på, familiesamtaler, hvilke tiltak finnes til barn og foreldre. Mye av dette kan relateres til at det allerede i utdanning er fokus på problembæreren, mens barn rettes det i mindre grad fokus på. Kompetanse om å være i stand til å møte et barn som ikke selv klarer å se faren i situasjonen, krever kunnskap og kvalifikasjoner for å håndtere slike situasjoner. Dersom en ikke har en grunnleggende forståelse for at barn kan lide som følge av foreldrene, kan barn få en lang vei å gå for å få hjelp.

I rapporten til Aamodt & Aamodt (2005) vises det til hvordan fagfolk i voksenpsykiatrien er usikre i måten å snakke med pasienten på, om deres samspill mellom foreldre og barn, og å inkludere barna til samtale. Rapporten mener det trengs mer kunnskap og bedre struktur i det barnefokuserte arbeidet. Rapporten oppsummerer også at tilbudet til barn av psykisk syke er mangelfullt og preget av tilfeldigheter. Det er mangel på rutiner, uforutsigbarhet, manglende samarbeid, og koordinering mellom de aktuelle tjenestene. Flere har rettet søkelyset på voksenpsykiatriens manglende engasjement og tilstedeværelse i pasientens barn og familie (Kufås, 2001, Mevik & Trymbo, 2002, Grøsfjeld, 2004, Aamodt & Aamodt, 2005, Halså, 2008).

En rapport som ble laget på bakgrunn av et prosjekt på akuttavdelingen ved Blakestad sykehus ”*Pasienten har også barn*”, der målsetningen var å sikre fokus på pasientens barn, viser også til en slags motstand hos fagfolk mot å inkludere å snakke med pasienten om barna deres (Kufås mfl. 2001).

Mangel på faglig kompetanse fører til stor usikkerhet. Dersom en ikke har grunnleggende kompetanse om et gitt tema, kommer usikkerheten fort frem. Dette kan trekke paralleller til barn som pårørende, og føre til at fagfolk ikke klarer å se, eller overser at barn lider som en følge av at usikkerheten overtar situasjonen. Ofte kan situasjoner knyttet til barn som pårørende være omfattende. En må tørre og se, samtidig som en skal hjelpe. Det vil ikke nødvendigvis være den faglige kompetanse som ikke strekker til. Ofte kan det også ligge på den personlige kompetansen. En er ikke sterk nok som person til å håndtere vanskelige situasjoner (Killén, 2004)

Fagfolkets holdninger kan også være en utfordring i det barnefokuserte arbeidet. En undersøkelse viser at helsearbeideren ønsker å snakke med mødre om barna deres, men likevel uttrykkes det stor ambivalens i forhold til å snakke med mødre om barna (Grimsgaard, 2008). Grimsgaard (2008) hevder at forståelsen av hvorfor det kan være vanskelig og følsomt å snakke med mødre om barna deres, og hvorfor det underliggjer en ambivalens, er knyttet til kulturelle forestillinger av morsrollen, som fra naturen sin side ses på som den omsorgsfulle, den gode mor. I tillegg er temaet om psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet som sagt tidligere et tabu og skambelagt område, og det kan være vanskelig å snakke om det.

#### **2.2.4 Foreldre og barns tildekking**

Foreldre og barn problematikk kan være vanskelig å avdekke fordi det ofte tildekkes av både foreldre og barn (Killén, 2004). Dette vil naturligvis ha betydning for helsearbeiders mulighet til å kartlegge eller vurdere barns situasjon fordi foreldre kan vise motstand til å involvere behandlere inn i dens private foreldrerolle, samt barn og unge kan vise motstand mot å bli involvert i profesjonelle relasjoner. I følge Bunkholdt og Sandbæk (2008) er barn ubetinget lojale ovenfor foreldrene, og vil ønske å opprettholde et positivt bilde uavhengig av omsorgen de mottar. Det kan by på utfordringer for behandler i forhold til foreldre og barn som begrenser mulighetene til å observere, vurdere eller kartlegge familiesamspill.

Forskning viser oppsummert at det er en rekke faglige, organisatoriske, kontekstuelle, og kulturelle og private forhold som har betydning for hvordan fagfolk arbeider,

tenker, og handler i forhold til pasientens barn (Myrvoll, 2013). Fagfolk jobber i et medisinsk system dominert av en biomedisinsk tankegang. Hovedfokuset er å jobbe med den voksne, i samsvar med den tradisjonelle praksis. I tillegg viser forskning til at mangel på kunnskap og holdninger er med på begrense fagfolk ovenfor barna, samt foreldre og barns tildekning av problem hindre innsyn. Det vil selvsagt være flere faktorer som påvirker det barnefokuserte arbeidet, men det er disse jeg har valgt å se på, siden jeg synes dette er mest fremtredende. Svært ofte kombineres de ulike faktorene, og det vil i mange tilfeller få store konsekvenser for barna.

### **2.2.5 Forebygging i et barneperspektiv**

Behovet for oppfølging av barn som pårørende av psykisk syke eller rusavhengige er satt i stor fokus. Forskning viser til, som sagt tidligere, at risikofaktorene som disse barna utsettes for, kan skape alvorlige konsekvenser i barnas liv. Selv om det ikke er dokumenterte diagnoser, vet en likevel at barndommen spiller en stor rolle for identitetsutviklingen til disse barna. Barn som vokser opp under risiko har forhøyet sjanser til å utvikle problemer (Kvillo, 2010) Risikofaktorene for barn som vokser opp under slike omstendigheter representerer i seg selv ikke noe nytt tema innenfor fagfeltet, men fokuset og satsingen har økt betraktelig de siste årene. Formålet med satsning på barn som pårørende er å kunne starte forebyggende tiltak tidligere. Det å identifisere tiltak, og behovet for hjelp, før problemene har utviklet seg, er målet.

Forebyggende arbeid ovenfor denne målgruppen er komplekst. Halså (2008) drøfter i sin avhandling flere og sammensatte grunner for at man ikke har klart å gi tidlig hjelp til barn som har foreldre med psykiske problem. Halså (2008) viser blant annet til mangler ved hjelpeapparatet, som et sterkt individfokus, mangel på kompetanse, mangel på rutiner for å tematisere barnas situasjon og mangel på samarbeid. Samtidig viser hun til trekk ved foreldrene, som mødrenes oppfattelse av barn som et privatanliggendes problem, stigmatisering og tabu rundt deres situasjon, og skapelse av distanse mot å inkludere barna i sin behandling. Samspill av disse faktorene medfører at barna blir usynlige, og derfor vanskelig å hjelpe. Ved forebygging av problemer hos barn som vokser opp med en mor eller far som er psykisk syk eller som misbruker alkohol, er det viktig med tett oppfølging. Det er svært viktig med oppfølging over tid, for å kunne forhindre fremtidige problemer eller redusere

allerede eksisterende problemer. Nøkkelordene for å kunne følge barna tett over tid er helhetlig og sammenhengende forebyggende arbeid. Godt forebyggende arbeid krever også utnyttelse av ressurser og kompetanse for å kunne gi best tilbud til foreldre, barn og unge (Andersson, 2005).

Barn som vokser opp med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre har ikke nødvendigvis behov for behandling, men har som regel i større eller mindre grad behov for forebyggende innsats, fordi oppvekstvilkår kan representere ulike risikofaktorer. Kort oppsummert handler forebygging om å sette inn tiltak før sykdom, eller før det har oppstått et klinisk høyt symptomnivå som krever behandling (Major et.al., 2011). Forskning viser til viktigheten av tidlig intervensjon, og understreker at det finnes en rekke tiltak som kan bistå familier og barn i vanskelige situasjoner. Svært ofte må forebyggende tiltak overfor barn skje i samspill med foreldrene. God behandling av foreldrene kan være nødvendige tiltak overfor det enkelte barn og deres familie. Svært ofte krever godt forebyggende arbeid iverksettelse på ulike områder og nivåer (Haugland & Dyregrov, 2012).

Forebygging kan foregå på ulike nivåer der forskning skiller mellom universelle, selektive, og indiserende forebyggende tiltak (Mrazek & Haggerty, 1994). Universell forebygging handler om forebyggende tiltak rettet mot en hel populasjon, indisert forebygging handler om tiltak rettet mot et individ med spesiell høy risiko for å utvikle en særskilt sykdom. Selektiv forebygging handler om å forebygge en del av populasjonen, med en forhøyet risiko enn andre, for å utvikle en sykdom eller en skjevutvikling (Mrazek & Haggerty, 1994). Barn av psykisk syke eller rusmiddelavhengige faller inn under en risikogruppe som det kan arbeides selektivt med. Det å vokse opp med psykiske syke eller rusmiddelavhengige foreldre fordobler risikoen for selv å utvikle egne problemer (Bekkhus, 2012). Likevel er det slik at de fleste barna som vokser opp under vanskelige familieforhold klarer seg fint uten noen skjevutvikling eller at de selv får problemer (Borge, 2007).

Det vil alltid være et spørsmål om hva som er gode nok forebyggende tiltak overfor barn som vokser opp med foreldre som sliter med psykiske lidelser eller rusmiddelproblemer. I selektiv forebygging er det essensielt å kunne styrke ressurser og kompetanse gjennom lærings- og helsefremmende tiltak. Barna må integreres i familie og nærmiljø slik at de kan føle seg trygge og ivaretatt (Gjertsen, 2007). Den

beste måten å drive selektiv forebygging overfor denne gruppen er å identifisere utfordringene og beskyttelsesfaktorene, samtidig med å jobbe med foreldrenes problemer.

Det er et politisk mål å skape et mer helhetlig hjelpeapparat, men forskning viser til at dette er en utfordring. Man ønsker å styrke samarbeidet mellom ulike instanser for å kunne skape et best mulig helhetlig tilbud og tjenester til foreldre, barn og unge. Erfaringer fra hjelpeapparatet er at mange fortsatt føler et vist eierskap overfor sine pasienter, og terskelen for å be andre om hjelp er svært høy, fordi man mener at man selv sitter på kompetansen. Et lite helhetlig hjelpeapparat vil være til ingen nytte, og veien til å bli frisk er lang, dersom alle skal tenke slik.

Et ytterligere poeng er at etter fullført behandling er det fortsatt mange foreldre som trenger hjelp, og man vet at mange også kan få tilbakefall. Psykiske lidelser og rusmiddelavhengighet er ofte både langvarig og permanent. På bakgrunn av dette krever ofte forebyggende arbeid langsiktige og vedvarende tiltak på flere områder. Erfaringer viser at det er utfordringer med å identifisere familier som har behov for videre hjelp. Andre utfordringer er å få familien til å ta imot og gjøre seg nytte av forebyggende tilbud. Et stadig omdiskutert tema er hvordan man skal utforme tilbud, som i størst mulig grad er i samsvar med det familiemedlemmene trenger (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012).

## **Kapittel 3 Metode**

I dette avsnittet vil jeg gjøre rede for forskningsprosessen sin sider og begrunne mitt valg av metodisk tilnærming. Jeg vil gå inn å se på min rolle som forsker, samtidig som jeg vil se på ulike situasjoner jeg har måtte reflektere over knytte til det. Jeg vil også se på forskningsetiske spørsmål, for å kunne svare på min problemstilling og ivareta forskningsmaterialet på en valid og rebell måte.

### **3.1 Valg av kvalitativ metode**

I denne oppgaven vil fokuset mitt være å utforske hvordan barneansvarlige ivaretar barn som pårørende til psykisk syke og eller rusavhengige. Målet mitt er å belyse hvilke dilemmaer som gjør dette arbeider ekstra utfordrende. Jeg er interessert i å belyse hvilket fokus denne tematikken har i psykisk helsevern. Med dette som innfallsvinkel måtte jeg velge en metodisk tilnærming som på best mulig måte kunne besvare min problemstilling. Det fordi enhver metodiske tilnærming har konsekvens for forskningsprosessen og for hvordan resultatene av forskningen vurderes (Thagaard,2009). Det finnes to hovedgrupper innenfor metodiske tilnærminger som en kan ta i bruk for å finne svar på sin problemstilling. Tradisjonelt skilles det mellom kvantitativ og kvalitativ forskning. Disse to metoder er to ulike metodetradisjoner som gir svar på ulike spørsmål og gir ulike kunnskapsaspekter (Ryen, 2002). Kvantitativ forskning retter seg i hovedsak mot omfang og utbredelse av mange enheter samlet, i forhold til å forstå et sosialt fenomen. Kvalitativ metode har som egenart å søke en forståelse av sosiale fenomener, med vekt på fortolkning. Relasjonene til dem som skal studeres bygger ofte på en nær kontakt mellom forsker og det som skal studeres. Hovedforskjellen mellom kvantitativ og kvalitativ forskning er knytte til at kvalitativ metoder søker å gå i dybden på et sosialt fenomen, og vektlegger betydningen, mens kvantitativ metoder vektlegger utbredelse og antall for å forstå et sosialt fenomen (Thagaard,2009).

Det er ulike hensyn og betraktninger man må ta når man skal avgjøre hvilke metode som er anvendelig i forhold til sin problemstilling. Når man reflektere over metoden er det problemstillingens fokus som er med på å avgjøre hvilken metode man velger å



ta i bruk. I forhold til å få best mulig svar på min problemstilling og den vinklingen jeg har valg i oppgaven, var kvalitativ metode det beste valget.

*”Forskere som nytter kvalitativ metoder, studerer ting i deres naturlige setting, der de prøver å forstå eller tolke fenomener ut fra den mening folk gir dem” (Ryen,2002.)*

### **3.1.1 Gjennomføring av forskningsprosessen**

For å få en forståelsesramme rundt situasjonen barn som pårørende til psykisk syke og rusavhengige foreldre er det viktig for meg å sette meg godt inn i kunnskapsstatusen innefor feltet, samtidig som det er viktig for meg å bygge opp et tillitsforhold til informantene. På forhånd hadde jeg et møte med spesialrådgiver i Psykisk Helsevern, som har koordineringsansvar for barneansvarlig. Det var for å få en bedre forståelse og en mer helhetlig oversikt over de ulike områdene jeg skal foreta intervju. Min rolle i forskningen vil være å intervju barneansvarlige innenfor Psykisk helsevern.

### **3.1.2 Intervju som metodisk tilnærming**

Jeg tok i bruk intervju som fremgangsmåte. Intervjue dominerer i studier innenfor kvantitative metoder. Intervju egner seg godt til å få innsikt i informanters erfaringer, tanker og følelser, noe som jeg er var ute etter i mitt forskningsprosjekt.

Utgangspunktet for at jeg skal skulle få et vellykket intervju er at jeg på forehand hadde satt meg godt inn i informantens situasjon. Det var nødvendig for meg å stille spørsmål som opplevdes som relevante og utforskende i forhold til min problemstilling. Grunnen til at jeg valgte intervju som fremgangsmåte var fordi jeg ønsket å gå i dybden på det temaet som jeg søkte informasjon om. Problemstillingen min omhandler de barneansvarliges egne erfaringer og forståelse av hvordan de ivaretar barn som pårørende. Intervju som metode kan fange de barneansvarliges subjektive forståelse, og det er viktig at forskeren forstår fenomenene ut ifra informantenes ståsted. Kvalitativ metode får frem mangfold, nyanser og ulike

vinklinger fordi den har som mål å beskrive gjennom ord og ikke tall. (Kvale, 2002). Jeg tok utgangspunkt i et delvis strukturert intervju som tilnærming. De temaene som jeg skulle ta for meg, var i hovedsak fastlagt på forhånd, men rekkefølgen av temaene bestemte jeg underveis. Jeg mente at det ville skape en naturlig samtalesituasjon, og jeg kunne følge informantens fortelling, men likevel sørge for å få informasjon om de temaene som jeg hadde forhåndsbestemt. Fleksibilitet er viktig for å knytte spørsmålene til den enkelte informants forutsetninger (Thagaard,2009).

### *3.1.3 Utvelgelse av informanter*

Proessen med å få tak i informanter som var relevante for min problemstilling har vært en grundig og gjennomtenkt beslutning. Jeg fikk kontakt med spesialrådgiveren innenfor avdeling Psykisk Helsevern, som har barneansvarlig som hovedoppfølgingsområde. Det var i samarbeid med hun at utvelgelsen av informantene fant sted. Jeg har selv vært aktiv og klar på hvilke type informanter jeg trengte, og hvilket område de skulle representere. Jeg formidlet til hun at jeg var interessert i å intervju informantene fra ulike enheter, da spesielt innenfor poliklinisk kontekst, døgnetenhet og langtidsbehandling. Det fordi jeg ville se på om det fantes noen forskjeller eller likheter innenfor de rammene de ulike enhetene representere, og om det påvirket mine informanters meninger og erfaringer. Med det som utgangspunkt var det naturlig at fagperson, i samarbeid med meg, tok avgjørelse om hvem som var aktuell som informant. Det fordi fagpersonen hadde kjennskap til personer som var aktuelle til min type problemstilling i feltet, samtidig som hun hadde noen tanker omkring hvem som kunne tenke seg å være interessert. Da jeg kontaktet de representative informantene for å spørre om de var interessert å stille til intervju, var det blandet svar jeg fikk tilbake. Noen stilte seg svært positivt til å delta, mens andre svarte ikke, eller kunne ikke delta fordi de ikke hadde tid.

I kvalitativ forskning snakker man ofte om hvor mange informanter som skal til for å få et valid resultat. Kvantitativ forskning bygger på en tilnærming om å få et representativt bilde av en populasjon, det innebærer at en må spørre et ganske stort antall enheter, mens i kvalitative forskning har en tilnærming om at vi må avgrense for å kunne gå i dybden. Å tro at man kan få en dybdeforståelse av svært mange mennesker eller situasjoner er urealistiske (Jacobsen,2010). Derfor fokusere man på

få enheter innefor kvantitativ tilnærming. Jeg valgte å intervju fem barnansvarlige, å bruke god tid på å intervju de fem.

I denne oppgaven var hensikten at de barneansvarliges historier og beskrivelser gjerne skulle føre til at hjelpeapparatet kan ta til seg deres erfaringer å bruke det i sin forbedring av hjelpetjenester. De barneansvarlige viste på forhånd hvilket tema og problemforståelse jeg var ute etter. Det jeg erfarte undervegs i intervjuerundene var at både jeg og informanten satt inne med mye av den same forståelsen.

Kvalitativ forskning handler i hovedsak om at utvalget må passe til å besvare problemstillingen man har valgt å gå inn i på best mulig måte, og den konteksten som den inngår i. Men man snakker mindre om at utvalget må være representativ i forhold til populasjonen. I denne oppgaven hentet jeg informantene fra fagfeltet som jobber med barn som pårørende til psykisk syke og rusavhengige foreldre, fordi problemstillingen min omhandler nettopp det. Feltet der kunnskapen er innhentet vil alltid være med på å bestemme kunnskapens rekkevidde i både tid og rom (Kvale,2002).

Jeg mener at overførbarheten i denne oppgaven vil kunne gjenspeiles på andre områder. Siden barneansvarlige er et relativt nytt og lite utforska område, kan denne oppgaven være med på å skape nysgjerrighet og nyttig kunnskap for fagfolk generelt knytta til arbeid med barn som lever under vanskelige forhold, som for eksempel fagfolk innenfor barnevernet. Det å jobbe med barn er et krevendes arbeid, og dilemmaene og utfordringene kan være mange, men likevel kan en finne en gjenkjennelsen som kan ha en overføringsverdi.

*”Personer med erfaring fra de fenomener som studeres, kan kjenne seg igjen i de tolkningene som formidles i teksten” (Thagaard,2009).*

Innenfor kvalitativ forskning snakker man ofte om hvor mange informanter man skal innhente for å få et valid resultat. Og i tillegg om man har svart på det problemstillingen er ute etter. Kvantitativ forskning bygger på forståelsen jo flere man er, jo bedre det er, mens i kvalitativ forskning er det mer en forståelse som bygger på at materialet kan nå et metningspunkt. Man kommer til et punkt der det ikke kommer mer ny kunnskap ved å intervju flere. I forhold til min problemstilling følte jeg at det

holdt med fem informanter, fordi jeg oppnåde at jeg hadde målet det jeg hadde tenkt, med et fåtall informanter innenfor de kontekster jeg søkte forståelse for.

### ***3.1.4 Intervjuguide***

Det finnes ingen standardfasiter for hvordan man skal gå frem i et intervju. Jeg valgte å ha en åpen tilnærming til samtalen. Jeg benyttet meg av det Kvale (1997) kaller for delvis halvstrukturert intervju. Jeg laget på forhånd en intervjuguide med forslag til temaer, som jeg kunne bruke til hjelp dersom jeg skulle miste den røde tråden. I selve situasjonen ble det mer en samtale mellom meg og informantene, enn et intervju. Jeg startet med å stille litt generelle spørsmål, og informantene fikk fortelle ganske fritt. Noen ganger jeg stilte litt mer konkrete spørsmål, for å komme inn igjen på den direkte tematikken. Underveis ble det gjort noen justeringer, med hovedtemaene var de samme hele veien. Hvis det var noe jeg følte jeg ikke fikk helt tak i, eller som jeg ikke forstod stilte jeg oppfølgingsspørsmål.

Da jeg utarbeidet intervjuguiden tenkte jeg på viktigheten av temaer som kan spille inn, for å få best mulig å få svar på min problemstilling. Det er en fordel å starte med nøytrale temaer som er greit og enkelt å snakke om, for så å videre gå inn på mer konkrete og omfattende spørsmål. Ofte vil det å lede samtalen inn på konkrete, djupe, eller omfattende spørsmål, kreve fortrolighet fra informanten sin side. Det er veldig lett i et intervju å kun få tak i overflatekunnskaper, mens utfordringen ligger i å kunne grave etter dybdekunnskaper hos informanten. Det finnes ingen fasit svar på hvordan man skal kunne nå fram til den type kunnskap, og ofte vil et intervju føre med seg en slags kontrolleffekt som gjør det vanskelig. For eksempel kan informantene føle at forskeren er ute etter å kontrollere arbeidet deres, siden det svært ofte er spørsmål knyttet til deres arbeid og arbeidsmetoder. Det kan føles skremmende og kontrollerende, og derfor unngår de å svare ærlig eller for konkret. Jeg erfarte at det å få eksempler fra deres arbeidshverdag gav åpning for informasjon for hva de faktisk gjorde, ikke bare en generelle og overfladisk beskrivelse. Praksiseksempelene gav meg innsikt i refleksjon overfor hvilke dilemmaer de stod i. Svarene bidro til en utvidet forståelse, som gav meg inspirasjon til utspøringer som jeg ikke hadde tenkt over.

Formålet med intervjuet var å samle inn data hvor informantene selv fortalte og reflekterte over egen praksis. Jeg hadde i forkant gjort meg noen tanker rundt tematikken, så jeg hadde en utfordring når jeg utviklet guiden at jeg ikke lagde spørsmål som ville føre fram til mine egne refleksjoner. Samtidig var det en utfordring i å lage spørsmål som var så åpne at de ikke la noen føringer på situasjonen, men også at de var innenfor en viss ramme, slik at de ikke kom til å omhandle urelevante opplysninger.

### ***3.1.5 Intervjusituasjonen***

De fleste intervjuene fant sted på kontorene til der de barneansvarlige jobbet. I en intervjusituasjon er det viktig å etablere en trygg kontakt som bidrar til at informantene ønsker å snakke åpent om de aktuelle temaene. Under intervjuene var jeg opptatt av at jeg ikke skulle legge press på informantene, og jeg var veldig åpen i min kommunikasjon. Jeg la ingen klare føringer på intervjuet, og i tillegg lot jeg informantene snakke ganske frittalende. I intervjuene startet jeg alltid med å si at dette var frivillig, og hvis det dukket opp noen spørsmål de ikke ville svare på hadde jeg full respekt for det. Intervjuene varte i alt fra 30 min til over en time.

I en intervjusituasjon kan man alltid snakke om forholdet rundt makt. Makt vil alltid være der, selv om den ikke bevist blir utøvd (Kvale & Brinkmann, 2009). Man kan si at jeg utøvde en form for makt gjennom at jeg definerte intervjusituasjonen, temaene og spørsmålene, og også i analysearbeidet. Jeg erfarte en form for makt, gjennom at jeg bevisst la opp til at jeg var interessert i praksiseksempler. Det kan ha vært vanskelig for noen, selv om ikke jeg merket noe til det. Jeg var veldig bevisst over maktforhold, og det var noe jeg tenkte mye over. Jeg prøvde likevel å gi informantene en form for makt ved å starte intervjuet med å si at dette var frivillig og at hvis det kom noen spørsmål som de ikke ville svare på, hadde jeg full respekt for det.

### **3.1.6 Bruk av båndopptaker**

I mine intervjuer valgte jeg å bruke båndopptaker. På den måten kunne jeg konsentrere meg om å lytte til det informantene sa, og i tillegg ha muligheten til å gå tilbake for å sjekke om det var noe jeg hadde misforstått eller ikke fikk med meg. Ved å bruke båndopptaker kunne jeg følge bedre med i samtalen, noe som igjen ga meg muligheten til å ha øyekontakt med informantene. Øyekontakten gjorde meg mer deltakende i selve situasjonen, i form av aktiv lytting. I oppstarten av hvert intervju spurte jeg informanten om det var greit å bruke båndopptaker, og dersom det skulle føles ubehagelig underveis kom jeg til å slå av. Noen informanter fortsatte å prate når båndopptageren var slått av, og jeg opplevde at de da utleverte seg på et dypere plan. Det er uvisst om informantene følte ubehag av båndopptageren, eller om de rett og slett hadde mye på hjertet. Jeg presiserte også at båndopptaket kun var til bruk for oppgaven, og at det ville bli slettet når arbeidet var avsluttet.

Fordelen med båndopptaket er at jeg følte utfallet vart mer korrekt og presis. Jeg kunne høre tonefallet i måten ting ble sagt på, jeg kunne få med meg ordrett hva de sa, og i tillegg kunne jeg høre på båndene om igjen, noe som frisket opp hukommelsen min underveis.

## **3.2 Bearbeiding av data**

Formålet med mitt forskningsprosjekt var å skaffe ny kunnskap ved å tolke informantenes opplevelser, erfaringer, og refleksjoner rundt tematikken jeg hadde valgt. Når man starter å analysere er det viktig å reflektere over hvordan man ønsker utfallet av informasjonen som mottas. Mange kan tenke at en slik fremgangsmåte er feil vei å gå, men i forhold til de uendelige valgene man har i kvalitativ analyse, er det viktig å ha tanker om hvilken retning man vil at oppgaven skal ha. I denne oppgaven har jeg brukt en temasentrert tilnærming til materiellet, der jeg har satt informantene i fokus. Dette vil igjen vise til materiellets variasjon og mangfold. Jeg er opptatt av å sammenligne informasjon om hvert tema fra informantene, for så å se om jeg finner sammenhenger eller motstridende forståelsesmønstre i informantenes tankegang.

Thagaard (2002:134) skriver:

*”Ved å dele teksten inn i kategorier kan store datamengder sammenfattes til oversiktlige enheter. Enhetene bidrar til at forskeren lettere kan identifisere sentrale temaer og mønstre i materialet”*

For å ivareta et helhetlig perspektiv på tekst som løsrives fra sin opprinnelige sammenheng, er det viktig at informasjon fra hver enkelt informant settes inn i den sammenheng som utsnittet av teksten er den del av. Paralleller kan trekkes til sykdom hos mennesker. I noen tilfeller holder det å undersøke en enkel kroppsdel, i andre situasjoner er det viktig å undersøke kroppen i sin helhet i forhold pasientens helsetilstand (Weiss”thagaard”:151-153). På samme måte kan jeg skifte mellom å studere enkelte temaer og vurdere sammenhengen som temaet er en del av.

I første delen av analysearbeidet las jeg gjennom det nedskrevne materiellet gjentatte ganger for å gjøre meg grundig kjent med informantens informasjon. Alt på båndopptaket ble skrevet ned og bidro sterkt til en helhetlig forståelse. På grunnlag av den generelle forståelsen kom det frem noen tema som jeg mener var fremtredende. Deretter foretok jeg en systematisk gjennomgang av materiellet med utgangspunkt i de temaene jeg mente utpekte seg. Dette ble gjort for å prøve å identifisere og organiserte informasjonen som kom frem i en dypere sammenheng. I denne systematiske gjennomgangen av materiellet kom jeg frem til at kontekst og strukturforholdene spiller en stor rolle for hvordan det barnefokuserte arbeidet blir gjennomført. Ut fra dette valgte jeg å kategorisere de tre enhetene som jeg intervjuet, poliklinikk, døgnenhet og langtidsenheten, for å se hvilke og hvordan de kontekstuelle rammeforholdene påvirker utformingen av mandatet til de barneansvarlige innenfor disse enhetene. Materiellet viser til at det finnes mange felles utfordringer, men en kategorisering av enheten viser likevel til en dypere forståelse. Videre oppdaget jeg at hvordan man forstår sin egen rolle, og hvordan man tenker omkring det barnefokuserte arbeidet, påvirker handling. Det kom tydelig frem i mitt materiell at arbeidet med pasientens barn var en utfordring, og at dette var noe alle de barneansvarlige var opptatt av og snakket mye om. På grunnlag av dette valgte jeg å ta tak i temaet *”hva skal til for at rollen som barneansvarlig skal bli bedre”*. Svarene handlet om mangelfullt samarbeid, bedre forankring av rollen, mer faglig påfyll, og for lite ressurser, for få barneansvarlige.

### 3.3 Vitenskapsteoretisk forankring

Hva som defineres som kunnskap og hvordan man velger å komme frem til denne kunnskapen, er sentrale spørsmål innenfor vitenskapsteori. Studiens problemstillinger omhandler opplevelser og erfaringer, hvordan barneansvarlig selv forstår, tolker, erfarer, handler, og forholder seg til pasientens barn. Det vil med andre ord si at det er de barneansvarliges egne subjektive erfaringer som på mange måter danner utgangspunktet i min undersøkelse, og som jeg har forsøkt å tolke i det analytiske arbeidet. Fenomenologiens utgangspunkt er å forstå sosiale fenomener ut fra informantens egne perspektiver og beskrive verden slik som den oppleves av informanten (Brinkmann & Kvale, 2010). Sosiale fenomener forstås her ut fra aktørenes egne perspektiver og beskrivelser. En fenomenologisk forankring krever at en stiller seg åpen og mottagelig for det den andre gjør eller sier, uten å bringe inn sitt eget. Man setter til side sin egen forståelse, slik at en når fram til en fordomsfri forståelse av fenomener som skal fremstå som den virkelige ”virkeligheten”. Det er viktig å innta en ikke-vitende posisjon i dialogen. I selve analysen er det en utfordring å ikke bringe inn sitt eget, for det er svært sjeldent at man klarer å møte verden med helt blanke ark. I tillegg er tematikken man presenterer som regel et tema man har sterke meninger om, derfor kan det være en utfordring å analysere materialet i lys av et fenomenologisk perspektiv. Det er etter min mening ikke mulig å hente ut kunnskap på en kvalitativ måte uten å se seg selv som en deltakende medskaper av den kunnskapen som produseres. Den som er forsker og den som blir forsket på er begge deltakende med- subjekter i en felles verden der det er umulig å stille seg på sidelinjen som tilskuer.

Mitt forskningsprosjekt, slik jeg anser det, må forstås å være en hermeneutisk tilnærming. Et kjennetegn ved denne tankegangen er at forskeren studerer mennesker i deres naturlige omgivelser og prøver å forstå eller fortolke fenomener ut fra den meningen folk gir dem (Ryen,2002). Formålet med studien er å undersøke hvordan barn som pårørende blir ivaretatt i behandling. Det interessante i dette forskningsprosjektet er ikke å beskrive eller forklare de barneansvarliges forståelse av et fenomen, men å finne ut hvordan og hvorfor de ser ting slik som de gjør. Dette innebærer en forståelse for den sosiale verden. Forståelse om mennesker som meningsskapende og deres handlinger som meningsbærende. Hermeneutikk forstås



som kunsten å forstå å fortolke, altså forståelsen av forståelsen (Kvale & Brinkmann, 2009). Bakgrunn for valg av tilnærming er en forståelse om at de barneansvarlige sine erfaringer, meninger, og tolkninger ikke er utømmende, men inngår i en situasjonsbestemt meningssammenheng. Kjennetegnet er at fenomener må fortolkes for å kunne forstås. Ved å lytte og å høre på de barneansvarliges erfaringer og meninger, håper jeg å få en forståelsesramme for informantenes ståsted, og dermed den mening handlingene kan forstås i lys av.

Som fagperson bringer jeg inn en forforståelse som har vært mitt utgangspunktet for valg av problemstilling. Samtidig har jeg et ønske om å få kunnskap og kjennskap til informantenes subjektive livsverden slik den oppleves av dem. I møtet mitt med de barneansvarlige var det viktig for meg at jeg var bevisst min forforståelse ved at jeg gikk inn i en samtale, med en interesse for deres ståsted og meninger. I følge Halså (2008) forstås den hermeneutiske tradisjon ved at man studerer mennesker i deres naturlige setting, og prøver å forstå eller fortolke fenomenene ut fra den meningen som folk gir dem. I følge Halså (2008) innebære det:

”Det epistemologiske grunnlaget innenfor disse tradisjonene er å se den sosiale virkeligheten som sosial konstruert, mennesker er et menende vesen, og det er meningsøking eller intensjonaliteten som utgjør menneskets definisjon” (Halså, 2008, s 40).

Dette omhandler at det ikke råder en sannhet, men mange sannheter. Handlinger er flertydige og kan tolkes på ulike måter. Sannhet og virkelighet blir skapt, konstruert og definert gjennom samhandling, og i forskningsprosessen defineres og fortolkes verden mellom forsker og informant (Halså, 2008).

### **3.4 Metoderefleksjoner**

Innenfor samfunnsvitenskapen diskuteres troverdigheten og styrken av kunnskap i sammenheng med begrepene reliabilitet og validitet. Jeg vil prøve å forklare begrepene, å se på ulike forhold i min undersøkelsen som kan si noe om begrepene reliabilitet og validitet. Validitet handler om en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke, det vil med andre ord si at det omhandler kvaliteten på undersøkelsen. Forskerens rolle i forhold til troverdighet er svært relevant. Det må

hele tiden stilles spørsmål til kunnskapens gyldighet, og i hvilken grad mine resultater sier noe om det vi ønsker å vite om. Reliabilitet dreier seg om hvor pålitelig resultatene av undersøkelsen er i forhold til datainnsamlingen (Kvale & Brinkmann, 2009).

Når man skal tolke materialet i en kvalitativ undersøkelse, er det viktig at leseren vet hvilken teoretisk belysning forskeren analysere ut i fra. Det er også viktig å være bevist på hvordan forskeren kan påvirke egne funn (Brinkmann, 2010). Som jeg sa tidligere vil min forforståelse og teoretiske kunnskapsramme komme fra min utdanning, praksis og personlige erfaringer. Jeg mener det er viktig å være klar over at min rolle som forsker kan påvirke resultatet i denne oppgaven. I min intervjuguide oppstår det en forhandsbestemt versjon av opplysninger mellom forsker og informant. Her kan min rolle i stor grad styre hvilke opplysninger jeg er ute etter. Derfor var det viktig for meg å la informantene i størst mulig grad fortelle sine erfaringer og opplevelser selv, noe jeg følte jeg klarte å oppnå. I fremstillingen av materialet var det viktig å la intervjuene komme fram på en troverdig og representativ måte, hvor funnene er preget av stor lojalitet til informantens eget språk og erfaringer.

Det er ikke mulig å tenke seg at undersøkelsen ikke har blitt påvirket av mine tidligere erfaringer, men som Kvale & Brinkmann (2009) sier, er det viktig å reflektere over sin forforståelse. Det å tenke over min egen subjektivitet og være kritisk til egne holdninger, har jeg forhåpentligvis klart å sette min forforståelse til refleksjon.

I en intervjusituasjon skapes det en nærhet som kan skape en presset eller unaturlig situasjon for informantene. Det kan bidra til at man ikke får presenterer den virkelige sannhet. Det var derfor viktig for meg å informere informantene om hvordan intervjuet vil foregå, samtidig som jeg ikke påvirket dem i form av ”min stemme”. Konsekvensen av at informantene så på meg som en ”kritiker”, kan jeg ikke utelukke. Undersøkelser omkring tematikken barn som pårørende kan oppfattes som en slags kontrollundersøkelse om de barneansvarlige gjør noe i sin funksjon, og derfor gjøre informantene tilbakeholdende eller redde med informasjon. Jeg følte ikke at noen av de som ble intervjuet lot seg påvirke av min nærhet og dersom jeg hadde gjennomført forskningsprosjektet på nytt er det stor grunn til å anta at jeg ville fått omtrent de samme svarene. Jeg sitter igjen med et hovedinntrykk at informantene turte å være

både kritisk, positive og ærlige. Jeg fikk et rikt materiale i form av fortellinger, refleksjoner og beskrivelser i ulike variasjoner.

### **3.5 Etikk og personvern**

I forkant av forskningsprosjektet rettet jeg en søknad til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD) med spørsmål om undersøkelsen var meldepliktig. Jeg fikk til svar at behandling av personopplysninger var meldepliktig (vedlegg 2). Det var viktig at de innsamlede opplysningene skulle anonymiseres i teksten, og at lydoppta slettes etter forskningsprosjektet avsluttes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserbare opplysninger som navn slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger som arbeidsplass grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

Jeg har vært nøye på at det ikke skal gjenkjennes informasjon i forskningsprosjektet. Det var en utfordring i forhold til at informantene under intervjuet ofte relaterte egen praksis fra egen arbeidsplass for å belyse deres meninger. Under transkripsjonen var jeg nøye med å omformulere de eksemplene som var ganske konkrete på en måte slik at det ikke var mulig å identifisere dem, samtidig var jeg opptatt av at buskapen vart bevart og ivaretatt.

I forkant av intervjuene fikk informantene et skriv der hvor det stod regler for taushetsplikt, anonymisering, oppbevaring og sletting av datamateriale. De måtte både skriftlig og muntlig samtykke på informasjon om prosjektet, og at de ville delta. I forkant av intervjuene ble det informert om at informantene når som helst kunne trekke seg fra undersøkelsen uten at det skulle få konsekvenser for dem. Jeg presiserte anonymiteten både skriftlig og muntlig før intervjuet.

## **Kapittel 4 Resultater: Behandlingsinstitusjonenes ulike forståelsesrammer**

De barneansvarlige som jeg intervjuet jobbet alle i samme divisjon innenfor Psykisk helsevern, men i tre forskjellige enheter. Disse tre var poliklinikk, døgnenhet, og langtidsenhet i spesialisthelsetjenesten. Det vil selvfølgelig være umulig å gi et utfyllende bilde av dette ”systemet”, og jeg vil derfor konsentrere meg om noen av de mest grunnleggende trekkene, som er mest karakteristisk ved hvordan informantene beskriver sin arbeidshverdag. Ut i fra tre ulike institusjonelle og faglige arbeidsrammer, som jeg vil vise til gjennom mine funn, vil jeg prøve å danne et grunnlag for en dypere forståelse på hvordan det barnefokuserte arbeidet blir organisert.

I dette kapitlet vil jeg belyse hvordan barneansvarlige vurderer sin arbeidshverdag, knyttet til sin rolle som barneansvarlig. Som beskrevet i metodekapitlet er de kontekstuelle rammene forholdene på en arbeidsplass, vurdert, og anses å ha betydning for hvordan barn som pårørende i et barneansvarligperspektiv blir jobbet med. Jeg starter med å beskrive kort sentrale kjennetegn ved behandlingsinstitusjonene, samt hvordan de barneansvarlige beskriver sine arbeidsoppgaver. Deretter har jeg organisert materialet etter de tre ulike behandlingssammenhengene, og drøfter hva som hemmer eller fremmer mulighetene de barneansvarlige har for å ivareta barna. Gjennom å drøfte hvordan de barneansvarlige arbeider og hvilke utfordringer og dilemmaer dem står i, belyses det barnefokuserte arbeidet på et dypere plan.

### **4.1 Poliklinikk**

Poliklinikk er en enhet hvor man har ansvar for å kartlegge, utrede, og diagnostisere problemer hos pasienter og finne riktig instans for videre hjelp til pasienten som er søkt inn. Behandlingsforløpet på poliklinikken er konsultasjon hvor man går til dagsamtaler. Pasientgruppen representerer et stort spekter av psykiske lidelser, det kan være alt fra lettere psykiske lidelser som depresjon og angst, til vanskelig personlighetsproblematikk og psykoseproblematikk. Noen har behov for kortere behandling, mens andre trenger lengre tids behandling. Poliklinikken består av et

bredt spekter av polikliniske behandlingstilbud, og de er inndelt i ulike team. Team 1 og team 2 er i allmennpsykiatri, samt rusmiddelteam. Hver behandler har ansvaret for mellom 20-40 pasienter, og mange av de pasientene er foreldre. I løpet av en uke kan det være opp til 100 konsultasjoner per behandler. Hvert team består av to barneansvarlige.

I poliklinikken er den medisinske forståelsen fremtredende. Psykiske lidelser har alltid vært dominert av en forståelse bygget på en medisinsk og nevrobiologisk tankegang, hvor psykiske lidelser defineres eller knyttes til kroppslige dysfunksjoner, altså en sykdom. Konteksten i poliklinikken er i stor grad preget av knappe tidsskjema, og mange pasienter på kort tid. De barneansvarlige som jeg intervjuet var opptatt av arbeidspresset og tidspresset som preget hverdagen. Oppgavene til de barneansvarlige er å ha barnet i fokus når de drøfter saker på team møter. Ansvarlige skal ha en slags ”vaktbikkje” funksjon hvor de passer på at barnefokuset er prioritert. Det er ikke deres oppgave alene å holde barnefokuset oppe, og de er tydelige på dette, men at de da kan være en slags støttefunksjon, dersom noen trenger å drøfte saker om fremgangsmåter som omhandler barn. Rollen som barneansvarlig er tildelt via ledelsen, i form av forespørsler. Ledelsen mente at barneansvarlige kan tiltre som en ressursperson, spesielt med tanke på sin bakgrunn. Intervjupersonene beskrev sin rolle som en plikt til å følge opp pasientens barn, gjennom registrering. I noen tilfeller tematiserte de foreldrerollen og hadde barna inne til samtaler, noe som ikke var en vanlig prosedyre, heller noe som ofte ble overlatt til tilfeldighetene. De barneansvarlige savner noen klare instruksjoner, retningslinjer, eller funksjonsbeskrivelser for fremgangsmåte i ulike saker, for så å unngå at ikke det blir overlatt til tilfeldigheter.

## **4.2 Døgnet**

Døgnetens oppgave er å stabilisere pasientene slik at de kan ta imot hjelp fra andre behandlingseenheter. Utredning, diagnostisering, medisinering og stabilisering ses på som hovedoppgavene innenfor deres enhet. Gjennomsnittlig oppholdstid ved døgneten er mellom en til to uker. Arbeidspresset i enheten vektlegges også her. Arbeidspresset kan forstås ut i fra de krevende oppgavene som avdelingen tillegges.

Dette kan være oppgaver som diagnoseproblematikk hos pasienter, den korte tiden pasienten er innlagt, samt plikten til å følge opp og sikre riktig viderebehandling. Målet med oppholdet er rask håndtering av problemer som har ført til innleggelse, avklaring i henhold til diagnose, oppstart av behandling, samt oppfølging og samarbeid utover (Hjort & Ruud, 2006). Døgnerheten hadde tilsammen tre barneansvarlige som forteller at rollen ble tildelt via forespørsel fra ledelsen, fordi de hadde jobbet med barn tidligere.

De barneansvarlige sine oppgaver på døgnerheten kan på mange måter sammenlignes med oppgavene til de barneansvarlige på poliklinikken. Oppgavene deres er å opprettholde barneperspektivet i enheten. Fokuset er å minne alle på at barn er en viktig gruppe som må ivaretas. To ganger i uken under teammøtene ble det satt av tid hvor de barneansvarlige skulle ha ekstra fokus på barna. Her ble det og vist til at det ikke er de barneansvarlige som skal gjøre alt arbeidet i forhold til barna, men at de skal minne kollegaer på viktigheten av dette fokuset, samt løfte tematikken opp når det trengs. Barneansvarlige ser viktigheten rundt den faglige oppdateringen, og har derav som oppgave å bringe kunnskap innad i staben. Med dette ansvaret og fokuset stiller de seg også disponibel til å veilede andre ansatte som snakker med barn.

De barneansvarlige har ofte en samtaler med pasientens barn, og viktigheten av å invitere disse barna til samtaler er tilstedes. Dialog med barna om hvorfor mor eller far er her, hvorfor mor eller far ikke alltid er seg selv, samt å informere rundt sykdommen blir prioritert. Viktigheten av å være mer enn en barneansvarlig som skal holde fokuset oppe er betydelig. Erfaringene de deler er at dersom det kun er en barneansvarlig på enheten, kan barnefokuset fort bli overlatt til tilfeldigheter. Det er viktig å være flere for å trykke deres egen rolle, samt for inspirasjon og kontinuitet.

### **4.3 Langtidsbehandling**

Langtidsenhetens oppgave er i hovedsak å utrede og behandle personer med sammensatte og langvarige rusproblem. De tilbyr tverrfaglig spesialisert behandling til familier der de voksne har rusproblemer. Ulikt fra døgnerheten, legges her pasienten inn sammen med de minste barna. Langtidsenheten sitt fokus er å arbeide med rusmestring, parallelt med å styrke foreldrenes omsorgskompetanse. Barna som er innlagt sammen med foreldrene er små, alt fra noen uker gamle opp til skolealder.

Enheten er organisert med to avdelinger, skjerma avdeling og avdeling for familie. Ved skjerma avdeling er det to barneansvarlige, og på avdeling for familie er det tre. Barneansvarlige forteller at rollen ble tildelt utfra kriterier som at de hadde et spesielt familiefokus, og ekstra kompetanse innenfor området.

Ved langtidsenheten følges hver familie opp av et behandlingsteam. Behandlingsforløpet består av gruppeterapi, individuellterapi og miljøterapi. Barna har plass i barnehagen, som er en integrert del av enheten. Langtidsbehandlingen varier, men det mest vanlige er opp til 12 måneder innleggelse. Langtidsbehandlingsenheten har et tydelig familieorientert perspektiv på behandlingen. Både foreldre og barn blir tematisert, fordi man er opptatt av å se begge parter, og man ser viktigheten av å jobbe parallelt.

Barneansvarlige sine oppgaver i denne enheten er å ha et høyt fokus på barna, en slags ekstra vaktfunksjon. I og med at barna er innlagt sammen med foreldrene, gir dette et større handlingsrom til å jobbe med barna. De jobber systematisk og langsiktig med å bygge opp kunnskap om barn, og har lang erfaring i å tematisere foreldrerollen med pasienter, samt gjennomføre både samtale og oppfølging med barna. Her er det mulig å jobbe langsiktig og få til endring fordi foreldre og barn er innlagt opp til et år. Barneansvarlig er opptatt av at kompetanse er viktig.

Barneansvarlige påpeker at oppfølging over tid, og tett kommunikasjon, ses på som nøkkelord i forhold til å kunne hjelpe familien og barna. Den barneansvarlige tilrettelegger ut fra foreldrenes og barnas premisser, ut fra en opprettet oppfølgingsplan. Oppfølgingsplan danner felles mål, som alle ansatte i avdelingen må jobbe med. Det er ikke slik at noen ansatte jobber med de voksne, mens noen ansatte jobber med barna, her jobber man parallelt. Barnefokusset er integrert i behandlingen, der de barneansvarlige har et hovedansvar for barna.

Kort oppsummert betrakte de barneansvarlige rollen sin som en ”vaktbikkje” for barns interesser og behov. Rollen som barneansvarlig er å være den som er med på å løfte tematikken i diskusjoner og i behandlingsforløp. De anser seg også som en nødvendig støttespiller for de andre ansatte dersom det trengs. I tillegg til dette er de svært opptatt av å øke kompetansen, delta på kurs, tilegne seg nødvendig kunnskap,

oppdateringer innenfor faget barn som pårørende, og samtidig bringe nødvendig kunnskap tilbake til enheten.

Et helseforetak består av mange ulike kontekster som jeg viste til tidligere. De ulike kontekst og forståelsesbakgrunnene gir ulike muligheter for å drive barnefokusert arbeid. Jeg vil videre ta opp hvordan ulike praksis kan påvirke organisering og rammebetingelser i arbeidet med barn som pårørende. Nedenfor blir funnene mine presentert med utgangspunkt i de tre presenterte helseforetakene ovenfor. To av mine informanter jobber under poliklinikk hvor man har en medisinsk forståelsesramme med fokus på behandling og endring av individet som utgangspunkt for sitt arbeid. De to andre jobber i døgnenheten hvor man også har medisinske forståelsesrammer. Den siste jobber i langtidsbehandling hvor man har en miljø psykologisk forståelsesramme med fokus på behandling av familien i et familieperspektiv.

Både poliklinikken og døgnenhetens behandlingskontekst begrenser det barnefokuserte arbeidet, blant annet gjennom tidsbegrensninger, stor arbeidsmengde, antall pasienter, og korte innleggelse. De barneansvarlige blir sett på som pådrivere i det barnefokuserte arbeidet. Det er i hovedsak de barneansvarlige som holder fokuset tilstede, både i avdelingene, og i forhold til det direkte arbeidet med barn som pårørende. Den barneansvarlige som jobber i langtidsenheten jobber innenfor en kontekst som har et utvidet tidsperspektiv på behandlingen, sammenlignet med de to andre enhetene. Som behandlere skiller de seg noe ut fra hverandre, både i form av behandlingskontekst og faglig måte å tenke på. Tidsperspektivet på innleggelsen åpner muligheten for å gjøre en innsats ovenfor barn som pårørende. Barnets situasjon blir automatisk vurdert, siden de er innlagt sammen med foreldrene i en egen barnehage tilknyttet enheten. Tilsammen utgjør dette spesielle kontekstuelle rammeforhold, som påvirker utformingen av den barneansvarliges rolle, og arbeidet i møte med barn som pårørende.



## Poliklinikk

### 4.1.1 Rammene ligger ikke til rette

Ofte er arbeid i poliklinikker preget av travelhet. Arbeidsmengden og den faglige forståelsen som legges til grunn for behandlingen ved en poliklinikk er nedfelt, og omtalt i lovverket, og av informant som:

”Kartlegging, diagnostisering, utrede og finne riktig instans for videre hjelp til pasienter som er søkt inn”

Det medisinske grunnlaget for arbeid med pasientene blir ikke direkte uttalt i intervjumaterialet, men kan forstås ut fra måten de arbeider og omtaler sitt arbeidet på. Pasienten kommer inn og er i krise. Hovedfokuset er da å forsøke å finne ut av hva årsaken til det kan være, og gjøre noe med det. Prosessen er en slags individuell behandlingsforståelse, det er individet det er noe galt med, og derfor må de barneansvarlige ha fokus på å dempe symptom og problematferd.

Arbeidet deres blir beskrevet som et slags ”løpebånd” prinsipp:

”Jeg synes det kan være litt vanskelig på en måte, med tanke på at vi er 40 behandlere, og alle de 40 behandlerne har mellom 20-40 pasienter hver. Sånn at det er vanskelig å ha oversikt. Bare på en uke kan det være 100 konsultasjoner ikke sant, sånn at det er jo mange mennesker som er innom her i løpet av en uke, sånn at det er vanskelig å ha oversikten”.

Ofte kan ivaretagelsen av pasientens barn komme i skyggen av den arbeidsmengden som ofte kreves av behandler. I en poliklinikk har hver behandler det fulle ansvaret for både kartlegging, vurdering og eventuelt videre oppfølging av pasient. Kort tid, kombinert med stor arbeidsmengde, og et ”løpebånd” av pasienter, setter begrensinger for hva man klarer å utrette for pasienten som foreldre og for barnet. Ofte blir da primærfokuset på pasienten, for som de sier:

”Når vi jobber med såppas dårlige mennesker som vi gjør i spesialisthelsetjenesten, så kan det være utfordrende å bare få de til å komme, være utfordrende til å møte opp, å

komme i posisjon til å jobbe med de. Og hvis man da tar opp barna så kan det være noe som gjør at de lukker seg mer igjen”

De barneansvarlige ser viktigheten ved å opparbeide tillit til pasienten. Tematisering av foreldrerollen på et tidlig tidspunkt kan forstyrre deres terapeutiske relasjon, siden de jobber med svært dårlige pasienter. Relasjonsarbeid med pasienten får et automatisk stort fokus, og det er viktig. Tematisering av foreldrerollen kan for mange oppleves som et inngrep, og de barneansvarlige ønsker å handtere temaet med sårbarhet. Et problem de barneansvarlige viser til er at dersom ikke pasienten ønsker å involvere barnet, oppstår det en utfordring ovenfor hvor mye de får gjort. Pasienten kan være styrt av egne behov, eller mangel på innsikt i sin egen livssituasjon på grunn av sykdommen. De barneansvarlige viser til erfaringer hvor det å snakke med barna kan virke forstyrrende på pasientene, siden de ofte kan være opptatt av andre ting, og i utgangspunktet mener de at det er pasientens fokus som bør prioriteres. En henviser til kompleksiteten av å være kritisk til måten man utøver foreldreansvaret på, og samtidig etablere en trygg, støttende, og anerkjennende relasjon til pasienten.

Barneansvarlige ønsker derfor å finne et passende tidspunkt i prosessarbeidet for å unngå forstyrrelser av deres relasjon. Opparbeidelse av tillit til pasienten, samtidig som å ha et høgt fokus på barn, blir krevende arbeidsoppgaver. Tidspress vil i tillegg påføre en ekstra belastning på de barneansvarlige, fordi de føler at de ikke strekker til så godt som en burde på alle områder. Hvilke oppgaver er det som tynger mest den lille tiden man har sammen med pasienten? Det handler om å gjøre en prioritering på kort tid.

I følge informantene betyr travelhet i hverdagen at man må prioritere, og svært ofte taper barna til pasienten den prioriteringen. Arbeidsområdet blir diffust, nettopp fordi tiden vies til pasienten, helt i tråd med den tradisjonelle praksis. I følge de barneansvarlige blir det ikke skapt rom for å ta tak i familieperspektivet. Slik praksis viser seg i mitt materiale, at det å identifisere seg kun med pasienten fortsatt er en stor utfordring, *”jeg tror at det med å jobbe i poliklinikk har vært, det er liksom bare den voksne som er pasient”* (sitat). Jeg tror mange føler på rollen som barneansvarlig at *”det er bare nok et pålegg, blant alle de andre oppgave jeg har”*(sitat).

De som har påtatt seg rollen som barneansvarlig mente alle at de hadde en viktig oppgave, men samtidig var de usikre på hvordan de skulle gå frem.

”Det er et ganske nytt lovpålegg, det er jo ikke så lenge siden det ble bestemt at det skulle være barneansvarlig på hver avdeling. Så jeg, det er ganske nytt enda, og det er fremdeles litt slik at folk klør seg litt i hodet og lurere på hva funksjonene er. Vi har ikke hatt noen sånn klare funksjonsbeskrivelser og sånn”.

Mange snakker positivt om det å ha en rolle på arbeidsplassen som ivaretar barna, eller som er ekstra oppmerksom på situasjonen til barna, ”*det er kjempe viktig, det er jeg helt overbevist om*”, ”*jeg opplever den absolutt som viktig*” (sitat). Nytt lovverk har gitt viktige signaler til fagprofesjonene og fagfeltet generelt, men hvordan man utøver rollen som barneansvarlig i praksis er heller diffus. Barneansvarlige henviser til at det oppleves diffust grunnet usikkerhet rundt sin rolle, mangel på tid, samtidig at man føler seg ofte alene, og trenger støtte i ulike situasjoner:

”Jeg er sjanseløs i forhold til å få oversikten over alt her. Og det at det ikke har vært en kultur for å ha barneperspektiver før nå i det senere. Det er noe vi har gjort litt sånn tilfeldig, jeg tror alle behandlerne her har et ønske om å ha barnet i mente, men at det kanskje går litt i glemmeboka”

De aller fleste i intervjumaterialet er inne på mangel av tid, hvor ressurskrevende det kan være å ha et barneperspektiv, parallelt med pasientfokus. Barneansvarlige viser til en slags holdning om at det blir veldig mye, dersom man også skal fokusere på barna, og noen ganger kan barna bli glemt. Intervjupersonene mener at det trengs å gjøres inngrep i arbeidsrutinene dersom barnefokuset skal bli en innarbeidet og rutinemessig del av enheten. Siden en del av pasientene på en poliklinikk er svært dårlig, føler man ofte at det er ressurskrevende nok å forholde seg til disse, og å tilby de best mulig hjelp.

#### 4.1.2 Pasientens interesse og barns interesse

Mennesker som går i poliklinisk behandling, har et stort spekter av plager, både når det gjelder diagnoser og alvorlighetsgrad. Noen av pasientene går i behandling samtidig som de mestrer hverdagsaktiviteter som utdanning, jobb, familie, og andre aktiviteter. Andre pasienter har en mer alvorlig og langvarig psykisk sykdom, eller rusmiddelproblem, som medfører at det går utover andre områder i livet. Foreldre som går til poliklinisk behandling, samtidig som de mestrer hverdagslivet, klarer ofte å opprettholde en viss balanse i livet, også med barna. Dette betyr for en del barn at de ikke har kjennskap til mor eller fars behandling. Barneansvarlige viser til at det er lettere å ta opp barnas situasjon med noen foreldre enn andre:

”Det varierer veldig egentlig, for at noen syns det er veldig godt når vi spør om det og hva skal jeg, vi, normalisere det og ta med barnet, og det er helt vanlig prosedyre å gjøre, så det er mange som opplever det som meningsfylt, mens andre holder nok mer igjen da, så der er det litt sånn delt. Det kommer veldig an på problematikken vedkommende strever med”

Noen foreldre syns det er viktig at barna blir tematisert, fordi de ser behovene hos barnet, og hvordan deres sykdom kan påvirke. Andre pasienter kan være så syke at de har nok med seg selv, og ønsker ikke å tematisere barna. Eller som de barneansvarlige erfarer ønsker noen foreldrene å skåne barna, ved å ikke dra barna inn i deres sykdomshistorie.

Ofte når pasientene er svært syke, krever det at behandler har opparbeidet en tillitsfull relasjon til pasienten før barnas situasjon tematiseres. I en poliklinikk er det begrenset med tid man har med hver pasient, og da opplever de barneansvarlige at de syns det er viktig å opparbeide en terapeutisk relasjon, samtidig som behandlingsalliansen til pasienten verdsettes svært høyt. De hevdet at det å tematisere foreldrerollen av og til kunne virke forstyrrende eller føre til tillitsbrudd i behandlingsalliansen. Dette er igjen ansett som grunnleggende for å komme i posisjon til å hjelpe pasienten:

”vi er redde for alliansen vi har laget med pasienten og ønsker å opprettholde på den, spesielt i utredning for å få vite det vi trenger å vite noe om. Det kan være litt sånn trøblete det der.”

Utsagnet viser at i noen tilfeller kan interessen til pasienten, og til barna, ses som et motsetningsforhold. Barneansvarlige viser til at det fører med seg en rekke følelsesmessige og krevende vurderinger i det daglige arbeidet. Ekstra belastende blir det for behandler dersom pasienten ikke ønsker åpenhet rundt sin situasjon. Det vises til at det blir en individuell vurderingssak om hvor lenge behandler skal gå før man må involvere seg i barnets situasjon, på tross av pasientens motvilje. Flere uttaler seg om ”sånn at det er jo et dilemma man hele tiden står i hvor lenge man skal gå før man bryter inn”(sitat).

Det er fokus på hvordan ivaretagelse av barn som pårørende kan utføres. De barneansvarlige beskriver seg som en tilgjengelig ressurs som kan gå inn i saker hvor man andre behandlere står fast eller er usikre, i forhold til hvordan man skal jobbe med barnefokuset. De barneansvarlige stiller seg disponibel en gang i måneden, der kollegaer kan komme å drøfte saker der det er barn berørt. De har også et ansvar å holde seg oppdatert på hvilket tilbud som finnes ute i hjelpeapparatet til barna. Videre gir de internundervisning på arbeidsplassen om barnas situasjon og hva som kan være hjelpsomt for dem, som en påminnelse, for å ha barn som pårørende i fokus. Via materialet kommer det frem at arbeidet med barn som pårørende har blitt et stadig større fokus ved deres enhet:

”Du kan si at mye er skjedd etter 2010. Mye positivt () God utvikling. Absolutt. Det var jo ikke snakk om det når jeg begynte her for 8 år siden”

Det vises til positive holdninger ovenfor målgruppen, og viktigheten rundt det å inkludere barna kommer tydelig frem. Barneansvarlige er svært positive til at det ble innført, siden det var med på å øke bevisstheten rundt det faktum at mange av deres pasienter har barn som trenger hjelp. Intervjupersonene påpeker også at risikoen av å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet ikke er noe nytt tema. Det er tydelig at rollen er et nødvendig steg, det har også ført til at fokus på barna er mye mer bevisstgjort hos de barneansvarlige i dag enn tidligere.

Utfordringene ligger heller i hvordan rollen som barneansvarlig skal omsettes i praksis.

### 4.1.3 Begrensninger i å tematisere foreldrerollen

I poliklinikken er det begrenset tid til å tematisere både foreldrerollen og barnas situasjon generelt. Svært ofte treffer de pasienten til avtalt time, kanskje bare en gang i uka:

”Hvis jeg hadde jobba på døgn enhet, hvor det kun er fem pasienter, eller åtte pasienter inne om gangen. Hvor man kan ha litt, gå litt mer inn i foreldrerollen, og ja på pasientgruppa. Det blir litt annerledes eller vanskeligere her da, når vi er så mange”

Ofte kan det å involvere barna være vanskelig, fordi det stjeler tid fra andre temaer som kanskje behandlerne mener må prioriteres. Som tidligere nevnt er mange foreldre svært syke når de ankommer, så ved å tematisere foreldrerollen kan dette komme i konflikt med behandlingssituasjon en står ovenfor. Som nevnt over synes barneansvarlige at det kan være vanskelig å måtte være kritisk, eller stille spørsmål, til måten man utøver sin foreldrerolle på, og samtidig opparbeide en støttende og trygg relasjon til pasienten.

Barneansvarlige forteller at temaet som omhandler foreldrerollen er et sårt og tabubelagt tema for mange. Det å ikke oppfylle kravene som stilles til å være foreldre er sårt, og ofte vil man prøve å skjule tematikken rundt det. Formaliteter rundt psykisk sykdom og rus ble før i tiden kulturelt betinget til skam, fordi man ofte assosierte det med de ”galne” og ”fyllikene”. Ut fra dette ble det formet et sosialt tabu forbundet med skam. Måten å karakterisere psykisk sykdom og alkoholmisbruk på henger fortsatt mye igjen i dagens samfunn, og skaper derfor fortsatt en sperre i forhold til åpenhet rundt sin situasjon som foreldre. Psykisk sykdom og alkoholmisbruk kombinert med foreldreskap er både i forskningen og i praksis sett på som noe som utsetter barn for risiko. Det å ikke oppfylle de forventningene som stilles til å være foreldre er vanskelig. Dersom en avviker fra idealet om ansvarlighet og omsorgskompetanse, som er de viktigste forventningene som tillegges foreldre, anses det som skam. På bakgrunn av dette kan det være vanskelig for foreldrene å snakke om sine foreldre- rolle problemer, og i mange tilfeller velger de å unngå temaet. Dette skaper igjen ekstra utfordringer for de barneansvarlige i forhold til hvordan de skal handtere situasjoner som krever ekstra innsats. I noen tilfeller velger de

barneansvarlige å ikke snakke med foreldrene om foreldrerollen fordi de syns det er vanskelig. De viser til at det er lettere å håndtere situasjoner der hvor foreldrene selv tar opp temaet omkring barnet:

”Jeg tror litt at det med rus og barn hører ikke sammen, det tror jeg er sånn opplest og vedtatt, det sitt litt under huden på folk, er det rus så. Det hører ikke sammen i forhold til å ta seg av barn”

Likevel opplever de barneansvarlige at de fleste foreldre er opptatt av at barna skal ha det bra, og i mange tilfeller snakker foreldrene om barna sine som et grunnleggende behov. I følge de barneansvarlige synes mange foreldre at det er fint når behandlere spør om situasjonen rundt barna, normaliserer det å ta med barnet, og at det er en helt vanlig prosedyre.

Utfordringene til de barneansvarlige er der hvor foreldrene vegrer seg for å snakke om barna eller egen foreldrerolle. Det å tematisere foreldrerollen er ofte en prosess som krever både fortrolighet og tillit. Tidspunktet for når de barneansvarlige skal ta opp temaet er en utfordring, og hvordan går man frem uten at foreldrene blir sinte eller føler seg anklaget? Ofte kan foreldre være redde eller engstelige for å miste omsorgen for barnet, og det er med på å forsterke følelsene og sårbarheten:

”Det kan være forskjellige grunner til at de er mistenksomme, men der merker man kanskje at man strever litt med å prøve å få dem til å forstå hvor viktig det er å inkludere barna da”

Mange foreldre føler skyld og skam overfor sine barn. Hvordan de opplever barnas omsorgssituasjon er et veldig sårt tema, og svært ofte har foreldrene dårlig samvittighet overfor sine barn. Barneansvarlige var i noen tilfelle usikre på fremgangsmåte dersom det er bekymring innblandet. Usikkerhet på hva som kan ligge der, usikre på hvordan man skal hjelpe, samt hvilket ansvar som foreligger. Det å håndtere situasjoner en ikke er trygg på, krever kompetanse og styrke.

Barneansvarlige var opptatt av at barnesamtaler krever kompetanse, og i mange tilfeller syns profesjoner at det kan være vanskelig å snakke med barn. De

barneansvarlige på poliklinikken fikk tildelt rollen fordi de hadde relevant utdanning, eller kunnskap som gav trygghet i forhold til det å skulle snakke med barn. Ansvarlige viser til viktigheten rundt kompetanse, erfaring, og kunnskap til å tematisere barns situasjon:

”Så er vi jo to som har jobbet med barn og unge i veldig mange år som er vant til å snakke med barn da, som ikke opplever det som problematisk i det hele tatt, sånn som noen synes det kan være”.

Mangel på kompetanse kan føre til stor usikkerhet, og bidrar til begrensninger i arbeidet for barn som pårørende. Barneansvarlige viser til at dersom man ikke har grunnleggende kompetanse om barn, kan det bidra til at man overser, eller ikke klarer å se, at barn lider av foreldrenes problemer. Dersom løsninger er at en skal unngå saker eller forhold man frykter omfanget av, vil barn ha en lang vei å gå for å få hjelp. Tryggheten man får ved å ha opparbeidet kompetanse og erfaringer ovenfor barn gjør det lettere å snakke med barn, og dermed snakke med pasienten om barna deres.

#### **4.1.4 Samarbeid utad : ”På hver sin planet”**

Viktigheten av et godt oppfølgingssamarbeid er til stede i de barneansvarliges tankegang, men i praksis viser blandede erfaringer. De barneansvarlige hadde erfaringer med både gode og dårlige samarbeidsrutiner. Noen hadde opplevd positivt samarbeid med spes, småbarnsteamet og BUP, men mer negativt med det kommunale hjelpeapparatet:

”Jeg har både samarbeid med sped og småbarnsteamet i noen tilfeller, også BUP med litt eldre barn og det har jeg veldig god erfaring med. Også hvis man bare ønsker å drøfte noen ting anonymt, så synes jeg det er gode tilbakemeldinger og at det er en lav terskel for å kunne samarbeide. Men i forhold til kommunen så er det nok litt slik, det er ikke den kulturen enda, også har jeg nok vært litt uheldig med de sakene som jeg har hatt foreløpig. Men jeg vet også om godt samarbeid fra barneverntjenesten. Så at det er jo, hva skal jeg si, det er jo blandede erfaringer fra begge sine sider men. Men at det samarbeidet kan bli bedre, det tror jeg at jeg med handen på hjertet kan si at det kan bli”

Barneansvarlige etterlyser en praksis der man drar mer i samme retning, at behandlerne jobber mot samme mål, sammen med hjelpeapparatet utad. Hjelpearbeid generelt krever at man jobber mot samme mål. Det hjelper lite hvis



spesialisthelsetjenesten og kommunen jobber mot hver sine mål. De barneansvarlige mente at ulike mål skaper urealistiske forventninger og forvirring hos brukerne, som allerede er i en sårbar situasjon:

”(Sånn at hvis vi drar i ulike retninger da, vist BUP har fokus på noe og drar i en retning, og barnevernet har fokuset på noe helt annet, og drar i en retning og vi jobber med pasientenes traumer her ikke sant, så blir det veldig sånn at vi drar i ulike retninger da”

Kompleksiteten rundt å etablere et samordnet hjelpeapparat er tilstede, og i de barneansvarliges utsagn handler det om flere forhold. Først og fremst omhandler det at man blir gjort til en ”ekspert” innenfor hvert sitt område. Kunnskapen hver enkelt profesjon sitter med, er den gjeldene kunnskapen, og ofte mener man at akkurat dette er den beste hjelpen vi kan tilby. Det er denne hjelpen som er best for pasienten og deres barn. Mellom linjene ligger det en holdning knyttet til følelsen av et visst ”eierskap” fra de ulike instansene. Hver enkel instans jobber på hvert sitt område, ofte uten å samarbeide med andre instanser, mot felles mål. I følge de barneansvarlige kan det føre til at hjelpen man gir blir oppstykket, og vil kunne være motstridende i enkelte tilfeller, fordi man ikke ser de samme behovene.

For det andre omhandler det at man har begrenset med kunnskaper om hvordan andre instanser jobber, eller hvordan man kan inkludere hverandre. I en hektisk hverdag blir man opptatt av sin egen rolle, og hvordan man best mulig skal kunne hjelpe ut fra sitt mandat, under sine fagrammer. Mangel på innsikt ovenfor andre instanser er et tema, og noe man ønsker å forbedre. De barneansvarlige presiserer at kommunikasjon er nøkkelen til et bedre samarbeid. Åpen dialog kan i mange tilfeller åpne for større muligheter, for pasienten og barna, fordi man ønsker å hjelpe ut fra samme ståsted. Det viktigste er at pasienten opplever hjelpen som meningsfylt og at den faktisk er til nytte. Barneansvarlige savner flere samarbeidsmøter, og en praksis hvor man jobber mer tverrfaglig:

”) Det er viktig, som jeg også har erfaringer med er å ha samarbeidsmøter oftere. Og ha det kanskje et par ganger i året. Hvor man hele tiden finner ut hvor er du, hva jobber dere med her, og hva skal til for å bedre den siden og ja. Hva skal vi legge som fokus videre, at vi hele tiden har sånn åpent spillerom på de samarbeidsmøtene. At man opplever de meningsfylt og opplever at vi drar i same retning. At det gir bedre effekt da”

Samarbeid kan være en støtte, både for dem som barneansvarlige når de står ovenfor kompliserte saker, samtidig som det vil være en ressurs for barnet og familien fordi det skaper bedre kvalitet på hjelpen man gir. En instans alene vil i de fleste tilfellene ikke råde over den kompetansen eller de ressursene som kan være nødvendig.

Barneansvarlige nevner også at de i noen tilfeller meldes for sjelden ifra dersom det foreligger bekymring:

”jeg vet det er mange som synes det er fryktelig vanskelig å kontakte barnevernet fordi at vist det, den alliansen”

”vi er i diskusjon om man gjør det for sjeldent, for det er klart sykehuset har fått kritikk for det inn mot barnevernet, at man melder for sjeldent”

Det er ulike forhold som er med på å gjøre det vanskelig. Forhold som omhandler alliansen man har til sin pasient og deres familie, samtidig som man har en plikt til å melde fra dersom forhold i familien oppleves som uholdbare for barna. De barneansvarlige uttaler at i noen tilfeller vegrer man seg for å melde i fra, for eksempel til barnevernet, dersom de opplever uverdige forhold innad i familien. Vegring er kanskje mest utbredt i saker som beveger seg i ”grenseland”, hvor meldeplikten er heller diffus. Når man har saker med klar meldeplikt, er det igjen klare regler og prosedyrer for fremgangsmåte, og det oppleves ikke som komplisert. Kompleksiteten ligger heller i saker hvor det er usikkerhet rundt om det foreligger en meldeplikt, der man er i ”grenseland”. Videre ligger kompleksiteten der hvor man egentlig vet at det å melde ifra ville vært det beste, men hvor familie eller pasient ikke samtykker.

De barneansvarlige snakket om at mange behandlere kjenner på redselen pasienten og familiene innehar, med tanke på meldeplikten ovenfor barnevernet. Redselen er med på å skape en ”sperre”, og i noen tilfeller hindrer dette innsyn i barnas situasjon.

Barneansvarlige savner en mer ydmyk rolle hos barnevernet, som skaper rom for åpenhet og motivasjon hos familiene som er utsatte og sårbare. En mer ydmyk rolle kan bidra til at familien selv ønsker å inkludere barnevernet frivillig. I tillegg til dette

etterlyses det et bedre samarbeid med barnevernet, for å kunne jobbe mer målrettet. Barneansvarlige mener at en må være bevisst på hvilken rolle man inntar når man skal hjelpe en familie som ofte er svært sårbare, og trenger hjelp:

”At jeg tror, tenker at det er super viktig å prøve å finne ut hvor familien er, og ha, være ydmyk for at pasienten er, og familien er der de er. Og følge de så langt det er mulig, også når man først ser at dette ikke går lenger, og at man må bryte inn, så må man bryte inn sikkerlig. Og ikke komme inn med spisse albuer, og liksom byter opp og gjøre en familie sånn i opprør, som i utgangspunktet er i en kris også tekke seg ut å tenke litt, og så komme inn igjen, og så. Det tror jeg på en måte bare skader barnet mer. Men det er dessverre noe jeg ser som barnevernet har som, helt sånn, hva skal jeg si. De har ikke muligheten til å gjøre klare tiltak, det er derfor jeg også tenker viktigheten med å samarbeid med oss. At man har da sånn, helt sånne klare rammer for når man bryter, går inn i en familie å gjør noen grep da, å når man ikke bør gjøre det. Ja. Det tenker jeg er kjempe viktig”

Kartlegging av familien er viktig, en må finne ut hvilket ståsted familien har, hvilket stadium familien befinner seg på, for så å kunne avgjøre riktig fremgangsmåte. Med den ydmyke rollen menes det at man kanskje må trå litt mer varsomt, ikke bryte inn som en fryktet instans, for å skåne barna for mer frykt enn nødvendig. Ofte vises det dessverre til saker der barnevernet brutalt går inn og opprører familier. I sånne situasjoner ønsker barneansvarlige mer klare rammer og bedre samarbeid mellom instansene, for å prøve unngå saker der barna blir mer skadelidende enn nødvendig.

(skriv litt)

#### **4.1.5 Oppsummering**

Roller som barneansvarlig blir i høyeste grad sett på som viktig. De barneansvarlige er engasjert i barna, og er opptatt av at barna til pasientene skal bli hjulpet og støttet. Plikten med å følge opp barna til pasienten, blir sett på som et viktig og nødvendig steg i riktig retning. Likevel poengteres det at den burde blitt gjort ennå viktigere enn det den er i dag. Det er fremdeles slik at folk klør seg litt i hodet og lurere på hva funksjonen innebærer. Mangel på klar funksjonsbeskrivelse etterlyses i forhold til hvordan man skal følge opp barna utover det skriftlige kartleggingsansvaret om pasienten har barn.

Barneansvarlige viser til utfordringer i forhold til hvor mange pasienter de har, og at de føler seg sjanseløse i henhold til å få oversikt over alt. Barneperspektiv er noe som ofte blir overlatt til tilfeldighetene, selv om de barneansvarlige ønsker å ha barnet i

fokus. Ved stort arbeidspress føles det som om det går litt i glemmeboken fordi arbeidspresset tynger.

## **Døgnerhet**

### **4.2.1 ” Være døråpner”**

Ved døgnerheten er foreldrene innlagt, og derved er problemene mer synlig og erkjente. Dette gir døgnerbehandlingen større muligheter til å komme med forebyggende tiltak enn ved poliklinikken. Ved poliklinikken kan barns problemer være vanskelige å oppdage, så døgnerheten får, via en mer sammenhengende oppfølging, større muligheter til innsyn. I døgnerheten jobbes det mer kontinuerlig over tid med pasienten. Barneansvarlige i døgnerheten legger vekt på at problemene hos både foreldre og barn som oftest er sammensatte, og kan derfor ikke forstås isolert sett. Døgnerheten jobber mer miljøterapeutisk, med fokus på å støtte og tilrettelegge for en normal hverdag:

”Det vi har som hovedterapi er miljøterapi, da er vi i samarbeid med andre. Finne balansen mellom å skjerme seg og være sammen med personalet eller med pasienter. Føle døgnerrytmen, stå opp til morgentid. Mye fysisk aktivitet. Ja. Så har vi diverse temaer gruppevis. Vi har egen fysioterapeuter. Vi fokuserer spesielt på det med fysisk aktivitet”

De barneansvarlige sier at de ønsker å ha et familieperspektiv for sine pasienter, og ser viktigheten av å inkludere barna i foreldrenes behandling. Likevel opplever de barneansvarlige også her at både tidsrammen og ressursene begrenser arbeidet i forhold til familieperspektivet:

”Men denne avdelingen her var jo før mer sånn langtids, og dermed kunne vi jo ha de (barna) inne to ganger. Det var det vi hadde et ønske om. Men så ble det ganske raskt omgjort til en akuttavdeling, og dermed er pasienter her så kort, så vi rekker som regel bare en samtale. Og det gjør jo også at da blir det veldig basic det man får gjort”

Arbeidet blir på mange måter likt som ved en poliklinikk, der det er begrenset hva man klarer å utrette. I samtalene med de barneansvarlige kom det fram at det var stor avstand mellom hva man ønsket å gjøre, og hva man faktisk fikk til. På den ene siden

får døgnenheten utrettet mer enn på en poliklinikk, på grunn av tettere oppfølging over sammenhengende tid med pasienten. På den andre siden har de barneansvarlige fortsatt ønske om å gjøre så mye mer. Ved døgnenheten får de barneansvarlige ofte sett foreldre og barn sammen, og kan i noen grad observere og vurdere samspillet mellom foreldre og barn. På grunnlag av et noe større utvidet samspill mellom foreldre og barn, har de noen flere kort å spille på, men likevel opplever de barneansvarlige at det ikke er godt nok:

”Vi setter grenser for hva vi får observert, og det ser vi som utfordring. Hvor mye samspill får vi egentlig tak i. I hvertfall når de er her bare en uke, kanskje to. Da er det enda vanskeligere”.

Ulikt fra poliklinikken blir problemene i familien mer synlig ved døgnenheten. Synligheten er med på å bidra at man lettere kan sette inn forebyggende tiltak, både ovenfor foreldre og barna. Temaet foreldrerollen og barnas situasjon blir i denne konteksten en prioritet, fordi man har større mulighet til å opparbeide lojalitet og tillit til pasienten. Tiltakene de barneansvarlige klarer å tilby er samtale med barna. Hovedområdet til de barneansvarlig på deres enhet er å huske på pårørendes perspektiv, være bevisst på barna, og ta med spørsmålet omkring deres situasjon inn i behandlingsmøter.

Barneansvarlige tilbyr alle pasienter barnefokuserede samtaler rett etter innleggelse. Informantene opplever at de fleste foreldrene synes det er greit, selv om noen kan vise en viss grad av skepsis. De barneansvarlig ser på viktigheten av å inkludere barna, og har positive erfaringer fra denne inkluderingen, samt samarbeidet. Tiltaket med barnesamtaler blir prioritert, og ikke kun sett på som et rent informasjonsarbeid. I samtalene legges det vekt på at barna får å sette ord på sine erfaringer, følelser og opplevelser:

”( ) og at dem får sikkerlig, at dem blir møtt å sett og får tilbud om å snakke med oss, eller med behandleren, eller at dem blir invitert hitt. At dem får se hvor foreldrene deres er, det er vi veldig opptatt av”

Barneansvarlige på enheten er opptatt av at foreldrene selv må være med på å bestemme innhold i samtalene, og hva som er greit å fortelle barna. De barneansvarlige viser til at foreldrenes opplevelse av å være inkludert, hjelper til med

å senke terskelen for disse samtaler med barna. Ofte er foreldrene skeptiske til å inkludere barna i sin sykdomshistorie først, men som oftest trenger de bare å vite mer om hva dette handler om:

”Også fortelle de det for å trygge de på at dette er en samtale som du er med på å forberede, alt skal, alle spørsmål og alt vi skal si legger vi på forhånd. Og du er med på å bestemme hva som er greit å fortelle. Også går vi igjennom det på forhånd, slik at de vet hvilke ord vi skal bruke, og at jeg vet hvilke ord de er vandt med å bruke”

Det er mye motivasjonsarbeid når det kommer til å arbeide med pasientenes foreldrerolle. Informantene prøver gjennom individuelle samtaler med foreldrene å gi råd og veiledning om hva det er viktig å tenke på i forhold til barna. Barneansvarlige ser viktigheten av å hjelpe foreldrene med sine individuelle problem, samtidig som å hjelpe de å se barnas behov. Av og til er problemene så store hos foreldrene, at behandlere kan miste synet for hvordan man kan hjelpe barna. Noen pasienter trenger veiledning i å se barna og hvordan ulike opplevelser kan ha påvirket dem, samtidig som å se hva de som foreldre kan gjøre for å redusere risiko:

”Noen ganger så har det i tillegg kanskje være konflikter hjemme mellom mor og far, så da har det vært litt par samtaler for å styrke forholdet deres, og deres rolle også. Men det går ikke nødvendigvis direkte på barna, men jeg tenker jo samtidig at det har noe å si. Fordi det er en del av en helhet”

Kunnskap om måten familien fungerer på og samspill i familien er viktig for å forstå barns vansker, og derfor mener de barneansvarlige at det er fornuftig å ha fokus på direkte og indirekte arbeid for å bedre barnas situasjon.

Likevel er det arbeidet som gjøres knyttet til barna relativt begrenset. Tidspress og mange ulike oppgaver samtidig setter stramme rammer. Det skapes lite rom for å jobbe utover det å ha en samtale med barna, selv om de ønsker at de kunne tilby mer. En barneansvarlig påpeker:

”samtidig ser jeg at vi til en viss grad begrenses litt av, vi kan ikke redde hele verden dessverre. Man vil jo gjerne ta med hele familien, det er det ikke alltid rom til. Verken i tid eller i pasientens modning i å tenke på den måten. Eller vår arbeidshverdag. Vi skulle nok ha vært flinkere til å reise hjem. Vi ser jo ganske mye mer hjemme, enn hva vi gjør her. Det blir en kunstig situasjon her. Det kunne vi vært flinkere til. Noe av det tror jeg handler mye om oss, også handler det om kapasiteten på arbeidsplassen”.

Barneansvarlige sine faglige rammer skaper refleksjoner rundt sin egen rolle, og praksis, i møte med det enkelte barn. Er hjelpen for lite ivaretagende og dekkende for det enkelte barn, når alt man kan tilby er en samtale? Etske utfordringer for de barneansvarlige omhandler en slags innrømmelse, av at barna kan trenge mer oppfølging enn hva man klarer å tilby, innenfor sine rammer. Ved å involvere barna er dette med på å berøre det følelsesmessige aspektet hos de barneansvarlige. Samtaler med barna om deres livssituasjon kan skape forhåpninger hos barnet. Erkjennelsen ved å kun tilby en samtale, når man ofte vet at barn trenger mye mer, skaper etske og faglige dilemma. Følelser tilknyttet å ikke kunne tilby et tilstrekkelig godt nok arbeid er der. Svært ofte vil man yte mye mer enn det man klarer å tilby, og faren for å gjøre et overfladisk arbeid er tilstede.

Prosessene ved døgnheten er tidkrevende og man skal jobbe på mange ulike plan samtidig. Å styrke syke foreldre, involvere barna, gjennomføre samtaler, og motivere for oppfølgingsarbeid, krever tid. Tidsressursen kan kobles opp mot en prioriteringskamp om hva man skal prioritere mest på den korte tiden man har sammen med foreldrene. Svært ofte klarer man ikke tilstrekkelig på alle områder, selv om man så gjerne vil. Realiteten er dessverre slik at noen prioriteringer blir fullt ut oppfulgt, mens andre kun blir utført halvveis. Manglende tid rammer kvaliteten i alle faser av arbeidet man utfører, og barn er dessverre de som lider under dette. Prosessen bærer preg av alt som skal utrettes samtidig.

Tross disse rammene viser døgnheten at man får gjort mer med hensyn til barna, enn poliklinikken. Barneansvarlige mener at selv om de ofte kun kan tilby barn en barnesamtale, er det likevel viktig:

”Skape åpenhet og gjøre bevisst på at det finnes voksne man kan snakke med. Og det med å åpne seg for å snakke med noen, det er kjempe viktig. Vist man på en måte har åpnet døren, så har man ganske mange muligheter tror jeg. () Men sånn en **døråpner** vertfall. Det er kanskje noe av det viktigste vi kan gjøre. Det er småting egentlig. Filleting. Sånn i det store perspektivet tenker jeg. Mange barn trenger så mye mer. Men i forhold til hva vi har muligheten her, så tror jeg det er det viktigste vi kan gjøre”.

Viktigheten av å vise barna at det finnes noen man kan snakke med er stor. Ved å skape åpenhet rundt tematikken bidrar det til at man åpner muligheter, og viser barn at det hjelper å snakke med noen.

#### **4.2.2 ”Vi trenger barneansvarlige”**

Roller som barneansvarlig er viktig for å ivareta barn som pårørende.

Barneansvarlige mener at arbeidet med barn i fokus fort kunne sklidd ut dersom ingen var med på å løfte det opp:

”Jeg tror det lett kunne ha glidd ut vist ikke noen hadde det ansvaret. Det tror jeg. Ikke minst det at, for eksempel i høst så fikk jeg et tips om et kurs som skulle handle om dette med melding til barnevernet. Men på grunn av at jeg er student, og mye borte i perioder, så kunne jeg ikke dra. Vips, så er det ingen som snakker mer om det kurset. Det er vell litt sånn, sånn ville det kanskje ha vært hvis ingen sier, jeg vil dra på det kurset”.

Utsagnet poengterer at rollen som barneansvarlig er viktig. Dersom ingen utnevnes til å ha ansvar for denne målgruppen, er det overhengende fare for at oppfølgingen vil forsvinne. Barneansvarlige mener at hovedansvaret for barn som pårørende profesjonaliseres til de barneansvarlige. Denne profesjonaliseringen vil være positiv siden man får personer med kompetanse, kunnskap, og erfaringer som har det bærende ansvaret. De som har tatt på seg rollen som barneansvarlige er personer med engasjement, eller kompetanse innenfor feltet. Fordeler ved dette er at oppgaver blir utført, og at kvaliteten på arbeidet med barn som pårørende blir utøvd med en form for kvalitet.

Samtidig med kvalitet er man opptatt av at ansvaret skal fordeles. Barneansvarlig kan være en støttespiller og ressurs for andre profesjoner, dersom kollegaer er usikre, eller trenger å drøfte saker i forhold til barnefokuseret arbeid. Barneansvarlige blir da en pådriver som drar fokuset opp og frem:

”Det viktigste er å holde det, barnet varmt, altså tema barn som pårørende oppe, løfte det opp. Minne alle på at det er en viktig gruppe som skal ivaretas. Det er det



viktigste. Det er ikke sånn at vi skal gjøre alt arbeidet i forhold til barn som har foreldrene sine her. Men vi skal bare mine folk på, passe litt på å løfte det opp”

”Det er alles oppgave. Alle har et ansvar for det. Men vi kan være noen som de kan drøfte med, vi kan komme med tips om ulike tilnæringsmåter eller. Vi kan være samtalepartnere, støttepartnere. Så det er det ene. Det andre er det med å være på en måte litt sånn, passe på, at det blir gjort”

Barneansvarlige har som oppgave å holde fokuset oppe på enheten, og de er disse rollene som i hovedsak er med på å påvirke organisasjonen i arbeidet med barn i fokus. Selv om barneansvarlig innehar en vesentlig rolle er man likevel opptatt av at det skal bli en integrert del av enheten, det skal være alles ansvar. Målet er å ha en avdeling med bred lederstøtte for arbeidet med barn i fokus, innarbeidde rutiner, både for alle profesjonene og hos ledelsen. Fortsatt opplever de barneansvarlige at det er en vei å gå. Det barnefokuserte arbeidet er relativt nytt, og mange er usikre i forhold til hvordan man skal ha samtaler med barn:

”Det slo meg plutselig i fjord at jeg trodde vi var veldig gode på det. At det var veldig innarbeid og at dette skal alle gjøre, også hadde vi en internundervisning engang. Der vi skulle snakke om erfaringene vi hadde gjort, og da skjønnte vi vell egentlig at det stort sett var vi som gjorde de fleste samtalene. Og det tror jeg rett og slett er fordi at våre ledere ofte setter oss på de pasientene som har små barn, tror jeg”

Selv om man ved døgnenheten er flere barneansvarlig som jobber sammen, og fokuset har kommet et steg framover, blir likevel arbeidet noe begrenset, fordi det ikke er innarbeidet i hele systemet. Barneansvarlige viser til at man savner retningslinjer, prosedyrer, eller form for instruksjoner i forhold til sin rolle. Man savner også instruksjoner i forhold til hvordan man kan innarbeide rollen, og håndtere den i praksis.

### **4.2.3 Foreldrenes egne holdninger til sykdom, og inkludering av barn**

Barneansvarlige forteller at de fleste foreldre erkjenner bekymring for barnet sitt. Et godt barnefokusert arbeider handler i følge dem mye omhandler hvordan man tilnærmer seg pasienten og barna, og hvordan man velger å presentere, og motivere, hjelpetilbudet i behandlingen. Det er viktig å finne gode metoder i hjelpearbeidet, i samarbeid med familiene, som igjen kan være med på å styrke behandlingsalliansen:

”Min erfaring er at de aller fleste, selv om de kanskje, er nok litt sånn skeptiske i starten. Også trenger de bare å høre litt mer hva det handler om, også vertfall min måte å gjøre det på, så pleier jeg også fortelle litt om hvordan vi kan ha en samtale ganske raskt”

Utsagnene viser at det er svært viktig og nødvendig å bringe opp familiesituasjonen i første fase, for så å komme i posisjon til å snakke om problemene, finne muligheter. Dersom man avventer vil det si at desto lengre tiden går, desto vanskeligere kan det være å ta tak i problemene.

Barneansvarlige mener at å tematisere foreldrerollen og barna ofte kan være vanskelig. De forteller at den første samtalen om barna ofte blir gjort i starten via skjemaer som skal fylles ut. Som regel går samtalen på det overfladiske i form av, har du barn, hvor mange barn har du, hvor gamle er de. Dette kan være en god start til å få i gang en samtale om barna, men av og til stopper det med denne registreringen. De barneansvarlige sier at det ikke er utarbeidet gode nok rutiner eller prosedyrer for hvordan man skal håndtere de opplysningene som kommer frem under en kartleggingssamtale. Hvordan hver enkelt velger å ta tak i de ulike situasjonene er opp til den enkelte, og derfor blir det ofte med barn basert på skjønn:

”Det handler nok kanskje om at vi er flinke til å notere ting i starten. Registreringen og alt det der, også glemmer vi det kanskje litt. Det er litt avhengig av pasienten også egentlig”.

Barneansvarlige mener at det er lettere å komme i posisjon dersom pasienten innehar en bekymring for barnet selv. Dersom man via tidligere journaler, eller foreldre som selv uttrykker bekymring for barna, får en innfallsvinkel, blir det barnefokuserte arbeidet lettere å prioritere. De barneansvarlige opplever at man i hovedsak er involvert i saker der foreldre selv er bekymret, eller saker der det foreligger tidligere journaler. Dette åpner for muligheter til å jobbe mer aktivt med det barnefokuserte arbeidet. I disse situasjonene kan barna innkalt til samtale, både aleine, og med foreldre. I samtalene tematiserer man foreldrerollen, hvor man ønsker å hjelpe, og finner løsninger, samt hjelpetilbud.

Utfordringene til de barneansvarlige er som i poliklinikken situasjoner der foreldrene selv ikke vil inkludere barn, eller situasjoner der barn lider i stillhet. Det er lett å overse barn hvis foreldrene ikke ønsker å inkludere dem, eller at barna ikke er en naturlig del av foreldrenes problem. Utsagnene viser at arbeid med barn er komplekst, og det er ofte tidkrevende. Oppfølgingsarbeid er viktig, men spørsmålet er om man får for liten tid til å sikre et godt forebyggende overføringsarbeid. Mye er avhengig av foreldrene, og det behovet de uttrykker. Foreldrenes egne holdninger til sin sykdom, og inkludering av barnet, legges stor vekt på. Disse holdningene blir en avgjørende faktor om hvorvidt barnet får den hjelp de trenger eller ikke. Dette er funn som bygger på utsagnet ovenfor ”*Det er litt avhengig av pasienten også egentlig*”(sitat). Sitatet viser igjen til at det er problematisk å motivere foreldrene til samtale med barna, dersom de ikke ønsker det, eller har hele tiden holdt sykdommen skjult for barna, noe som ikke er uvanlig. Familiesamtaler var utfordrende, spesielt i tilfeller hvor foreldrene følte utilstrekkelighet i forhold til omsorgen for sitt barn.

Barneansvarlige viser til at de som er mødre selv kan være en nyttig ressurs i hjelpearbeidet med barn og foreldre. Det at man har ulike erfaringer og kunnskap om hvordan man selv utøver sin rolle som mor, kan bidra positivt i et samarbeid ved bevisstgjøring. Mange har ulike erfaringer fra eget privatliv som de kan dra fordeler av med tanke på samhandling. Man er ikke ekspert på faget selv om man som barneansvarlig er mor selv, men det kan bidra til at man ser viktigheten av å inkludere barn. Ønske om å hjelpe kommer fra et innebygd grunnlag, der et morshjerte reagerer ved å se bekymringer for barn, samt et sterkt ønske om å vite årsaker til problemene. En barneansvarlig som er mor selv kan lettere assosiere seg på nivå med foreldrene, fordi man klarer å forstå, eller gjenkjenne noen av følelsene. Tema som hvor vanskelig det er å være tilstrekkelig nok som mor, eller hvor utilstrekkelig man føler seg til tider, dette berører dem. Morsrollen vil fungere ved at man viser en slags felles forståelse. Ved å dele erfaringer, og å se områder hvor man kan relatere til hverandre, er dette med på å likestille relasjonen:

”De aller fleste jobber her, de har barn selv. Det gjør at man kanskje reflekterer litt rundt, ikke minst sånn samspill. Man reagerer litt kanskje, fordi man, sånn gjorde ikke jeg, det her synes jeg er rart, hvorfor snakker du aldri om barnet ditt, det ville jo jeg ha gjort, og du har vært her en uke og ikke nemt barnet. Altså sånne ting, det er med på å kanskje gjør at man tenker over det selv. Det er ikke så mange som er så alt for voksne heller, det er ikke så alt for lenge siden de var unge”

Erfaringer med å være mor selv, kan påvirke hjelpearbeid med barn. I situasjoner der en kan assosiere ting til seg selv vil faresignalene være tydelige, ”varsellampen” blinker fortere. Ofte er det slik at man bruker seg selv i stor grad, ikke fordi man skal overføre sine verdier eller meninger om hvordan man skal være en god mor, men fordi hjelpearbeidet styrkes gjennom erfaringer. Der man kan søke erkjennelse er det lettere å sette seg inn i ulike situasjoner.

Alle mennesker innehar en indre følelse om hvor sårbart et barn er. Både som mor, som far, som kvinne, som mann, og som medborger i samfunnet. Å stille seg kritisk til hvordan en mor eller far utøver omsorg til sine barn, eller å være den som bryter inn i en familie og skaper opprør, oppleves som vanskelig, fordi man vet hvilke konsekvenser det kan føre til for familien. Visshet om at en for eksempel må melde et barn til barnevernet er hardt, arbeidet blir således tungt. På den ene siden kan det å selv ha barn ha betydning for at barna blir viktige å hjelpearbeidet. På den annen side kan det også gjøre det vanskeligere å melde til barnevernet fordi en identifiserer seg med morsrollen:

”( ) det ligger så nært oss mennesker å ha den gleden over det å ha barn, og da avbryte det. Det er hardt, utfordrende å jobbe med de pasientene, ikke sant”

Utøvelse av hjelpearbeid hvor man må kjenne på smerte og fortvilelse, er vanskelig. I tillegg er det ekstra belastende med et overveiende handlingsbehov, med fokus på barnet som den mest sårbare og lidende, når man bekymrer seg for barnets omsorg. Det krever både styrke og mot, og en innsats som kanskje ligger langt utenfor det man orker og klarer, som profesjon og barneansvarlig.

#### 4.2.4 Intern samarbeid

Et forhold som trekkes fram fra informantene er viktigheten av teamarbeid, for at barn som pårørende skal bli ivaretatt:

”Jeg erfarte ganske tidelig at det var lurt å være mer enn en. For lovverket sier det skal være en. Men så skjønnte vi ganske fort at for vår egendel, trygghet og inspirasjon, og det å kunne reise sammen på kurs og dele erfaringer på læring. Så var det nyttig, og ikke minst for kontinuiteten. Vist en er borte på ferie eller syk. Og får å få oftere, den gangen hadde vi bare behandlingsmøter en gang i uken. Og da var det veldig sårbart vist en av oss ikke var der. Fordi det var da det kom opp. Men nå har vi behandlingsmøter hver dag. Så da er det lettere å få den kontinuiteten”

”Jeg opplever at det er en veldig styrke, både for å kunne være flere som har det temaet oppe. Jeg tror nok at i starten var jeg litt redd for å bli hun der ”som har unger på hjernen”. Og det var kanskje litt av de erfaringene jeg hadde fra arbeidslivet før og, at barnarbeid er langt nede på rangstigen. Og derfor var det litt godt å være flere som er opptatt av det”

Det kommer tydelig frem at man ser viktigheten av å jobbe i team for å styrke barnets situasjon. Utsagnene hevder at å jobbe i rollen som barneansvarlig alene kan være både tyngende og belastende, og man er opptatt av at det trengs flere enn en barneansvarlig på enhetene. Ved kun en barneansvarlig kan det være lett at fokuset glipper, eller at man føler seg veldig alene om sin rolle. Barnarbeid trenger å være framme i søkelyset, og da er det viktig at flere enn en person har et så stort ansvar alene:

”jeg tror det handler mye om at vi er flere, at det er liksom ikke bare en stemme som stadig gnåler om det der, men vi er mange som har det inne. Og vi har kompetanse på hvert våre felt i forhold til barn”

Som utsagnet sier så føler de barneansvarlige at noe av grunnen til at de får til det barnefokuserte arbeidet, som de gjør innenfor sine rammer, er nettopp på grunn av at de er flere og sterkere:

”Det er mer inspirerende å være to egentlig. Å vi ser at det i seg selv kanskje er grunnen til at vi får det til. Vi syns vi får de til. ()... Men de kan nok syns at vi er veldig mange som har det ansvaret, i forhold til for eksempel en tipskoordinator. Som går på sånn tidelig intervensjon i psykose, så er det jo bare en. Men jeg tenker at jo flere som har det ansvaret, uten at det skal pulveriseres, men. Det er noe med å styrke hverandre å holde hverandre litt i armene”

Dersom man skal få til et godt barnefokustert arbeid, trenger det god forankring i ledelsen. Tilretteleggelse er viktig, og ofte må det komme fra ledelsen. Ledelsen angir hvordan man skal utøve sin rolle, og hvordan man skal arbeide:

”Vi har gått noen runder i forhold til det med at arbeidsgiver må legge til rette for at vi skal få kurset i det. For den faglige oppdateringen opplever vi er veldig viktig for vår egen trygghet i å ha oppgaven, og få tyngden utad egentlig. Sånn at vi har kjempet noen kamper egentlig mer sånn til ledelsene vår da. At dei kan si at, men hvis du har seinvakt den dagen det er kurs, så må du gå på seinvakt etterpå for eksempel. Da legge du ikke til rette for at vi skal få dra på det kurset. Det er noen kurs vi ikke har fått dratt på.

Barneansvarlige viser til viktigheten av den faglige oppdateringen, og at man har et godt internt samarbeid på arbeidsplassen for å drøfte saker om barn som pårørende. Hvert år samles alle barneansvarlige innenfor de ulike enhetene og drøfter aktuelle problemstillinger omkring barn som pårørende. Barneansvarlige har også internundervisning en til to ganger i året, i personalgruppe, om hvordan man skal tilnærme seg barn i forskjellige aldre. Alt dette mener de barneansvarlige er viktig for å holde fokuset oppe i personalgruppen. Fokuset på barn som pårørende blir prioritert og diskutert, men likevel begrenses det dessverre i forhold til ledelsen.

#### **4.2.5 Oppsummering**

Utfordringene til de barneansvarlige foreløpig er en noe uavklart rolle. Oppgavene begrenses i forhold til det barnefokusterte arbeidet, fordi arbeidspresset og tidspresset er for stort. Informantene var oppmerksomme på de belastningene barna voks opp med, og de var klar over deres medfølgende rolle ved oppfølgingen av pasientens barn. Behandling av selve pasienten er likevel hovedprioritet. Arbeidet med barn som pårørende ses på som en ekstraoppgave, som igjen er vanskelig å finne rom til i en hektisk arbeidshverdag.

Dersom fokuset skal bli en innarbeidet rutine må man samarbeide mer målrettet. De barneansvarlige beskriver sin rolle som en slags vaktbikkje funksjon, som er veldig sårbar og skjør. De mener at dersom ingen hadde fått delegert ansvaret som barneansvarlig hadde fokuset på barn vært en mindre prioritet. Arbeidet blir noe

diffust hvor man forventer at noen skal dra lasset. Ansvaret er stort å sitte med, samtidig som fallgruven er desto større dersom ikke de barneansvarlige holder fokuset oppe.

Oppfølging av barna blir et minimum. Opplysninger om barna blir systematisk registrert og man ønsker, samt forsøker, å tematisere foreldrerollen og inkludere barna. Opplevelsen er at dette kan være vanskelig, og utfordrende å få til, i en hektisk hverdag med svært syke pasienter og mange ulike arbeidsoppgaver.

## **Langtidsbehandling**

Langtidsbehandling representere en annen type kontekst for et barnefokusert arbeid enn ved akutt og døgnenhet. Her er de minste barna innlagt sammen med sin rusmisbrukende forelder. Ulikhetene omhandler lenger varighet på innleggelsene, forhold som skaper større muligheter for handlingsinnsats ovenfor barn som pårørende, og muligheten til å jobbe mer helhetlig med fokus på hele familien. Ved langtidsbehandling skapes det rom for å jobbe med prosessarbeid, siden man både i form av tid og muligheter øker innsatsen. Den viktigste forskjellen er at barn og foreldre er innlagt sammen, og at arbeidet med å styrke foreldrenes omsorgskompetanse ligger i institusjonens faglige mandat.

På langtidsbehandling tilbyr man behandling til foreldrene i forhold til rusmisbruk, psykisk helse og foreldrefunksjoner, med mentalisering som fagramme. Samtidig har barna tilbud i barnehage den tida mor eller far er i behandling. Dette er med på å vektlegge familieperspektivet som er et veldig viktig. Det er med på å skille konteksten til langtidsbehandlingen, fra poliklinikk og døgnenheten, fordi man jobber direkte med barna, mens foreldrene er til behandling.

Når pasienten legges inn er det svært ofte utført et forarbeid i forhold til utredning av barnas situasjon i forkant. Varigheten på innleggelsene skaper muligheter til å gjøre en grundigere innsats ovenfor barn som pårørende.

Som barneansvarlig jobber man innenfor denne konteksten som en engasjert og tilstedeværende person, med interesse og erfaringer fra arbeid med barn som pårørende. Som barneansvarlig er man i stor grad involvert i det barnefokuserte arbeidet, parallelt med voksenbehandlingen. Ved langtidsenheten jobbes det utfra tverrfaglige grupper som følger opp, og sørger for, at alle pasienters mindreårige barn blir tematisert. Her jobber en parallelt både med barn og behandling av foreldre. I denne enheten utelukkes ikke det ene fra det andre, fordi familieperspektivet råder sterkt. Når barneansvarlige beskriver sin rolle, så vektlegges det slik:

”Vi er en integrert del av behandlingstilbudet til foreldrene. Så vi er ingen adskilt enhet. Så vi må ses i sammenheng med den voksnes behandling”

### **4.3.1 Familieorientert behandling**

Arbeidet med barn som pårørende blir i denne konteksten sett på som et tverrfaglig teamarbeid og som en del av behandlingen av foreldrene. I følge barneansvarlige jobber hver profesjon systematisk, både i forhold til foreldrenes rusproblem, og samtidig med et barnefokuseret hjelpearbeid. Familieorientert behandling ser viktigheten av å jobbe på individnivå, men ikke isolert sett. Her ser de på det som viktig, i kombinasjon med et familieperspektiv, en forståelse om at dersom mor eller far har problemer, er det hele familiens problem. Behandlingsperspektivet for den voksne ses opp mot barna, og barneperspektivet ses i kombinasjon med foreldrenes problemer.

Behandlingsmetodene man jobber med innenfor denne enheten er mentaliseringsbasert terapi, med tilknytningsteori som grunnlag. Mentalisering kan sees på som et verktøy som er med på å forstå barnets forutsetninger, og hvordan man indirekte kan hjelpe barna gjennom foreldrene. Familieorientert behandling handler om å jobbe på ulike plan, både i forhold til foreldrene, i forhold til barna, med tanke på en bevisstgjøring og ivaretagelse av begge parter, og styrke dem sammen:

”I barnehagen jobber vi mye med foreldrefunksjoner, foreldrene er mye i barnehagene sammen med ungene. Vi har gruppetilbud til foreldre og barn. Samspillgrupper som er et gruppetilbud der alle foreldrene er sammen med ungene sine, og der vi har ”minding the baby” i fokus. I tillegg kan foreldrene komme opp i barnehagene å få



individuell veiledning, eller bare være dammen med ungene sine. Det å senke terskelen for å spørre eller be om hjelp, samtidig som vi jobber med konkrete problemstillinger”

Profesjonene har et tett samarbeid hvor bruk av teamsamtaler er viktig. Man har utarbeidet et kartleggingsverktøy i forhold til hver enkelt pasient, hvor det står nedfelt konkrete problemstillinger som gir profesjonene en føring på hva de skal jobbe utfra, med henhold til pasienten. Barneansvarlige legger vekt på at institusjonene har noen tydelige felles mål og visjoner som alle jobber etter, og hevder det bidrar til kontinuitet i arbeidet slik at man drar i samme retning, istedenfor at hver profesjon har sin agenda:

”Felles, eller utgangspunktet alltid for all jobbingen er at det er en sånn MBT formulering. Som går på hva de skal jobbe med. Alt vi jobber med er nedfelt i den MBT formuleringen, som gir en føring for hva vi skal jobbe med felles, som for eksempel foreldrefungering”.

#### **4.3.2 En integrert behandling av foreldre og barn**

Barneansvarlige har opparbeidet systematisk og grundig kunnskaper om barn som pårørende. De har lang erfaring i å inkludere barna og å tematisere foreldrerollen med pasientene. Barnefokuset er innarbeidet i avdelingen både via ledelsen og gjennom behandlerne. Konteksten legger her til rette for at man ikke skal overidentifisere seg med barna, eller med foreldra, fordi de ulike profesjonene jobber på tvers. Man organiserer ikke arbeidshverdagen slik at noen profesjoner kun er satt til å jobbe med behandling av foreldrene, mens noen profesjoner kun skal jobbe med barna:

”Jeg tror at de fagsystema forankret i institusjonen er viktigere enn at det er noen som er helt klart barnas talsperson. Fordi det er jo også vi som organisasjon som helhet, altså hvordan vi håndterer bekymringer, styrker og strev vi ser. Hvordan vurderer vi det samla sett. Det nytter seg lite hvis jeg som barneansvarlig mener noe, også er det noe annet i gruppeterapi, eller i voksenbehandlingen. Også ser jeg at med den fleksible bruken vi har med at vi er nede, og vi er oppe, som vekslende gruppe, at pasienter ser oss i ulike sammenhenger. Det tror jeg er med på å styrke det barnefokuset”

Via dette utsagnet ser man verdien av integrert behandling blir sterkt vektlagt. Barneansvarlige forteller at de jobber både med voksenbehandling, samtidig som de også jobber i barnehagen, som en vekslende gruppe. Barneansvarlige ser barn som pårørende som en del av foreldrenes behandlingstilbud, og dermed ser man og viktigheten av det barnefokuserte arbeidet. Ulikt fra poliklinikken og døgnenheten ser ikke de barneansvarlige at mangel på tid, eller ressurser, er noe hinder for dem i deres utførelse av jobben. De barneansvarlige mener at tankegangen forutsetter at alle profesjonene selv tar del i det barnefokuserte arbeidet, for å sikre integrering. Allerede ved innleggelse blir barna tematisert, og man setter i gang en behandlingsprosess som kartlegger situasjonen til foreldrene i forhold til barna, for å finne mål som skal jobbes med:

”Vi bruker et konsept som heter ”Circle of Security”. Og vi bruker familiemodellen. Også har vi og mange som er skolerte i den gruppemodellen. Og fordi vi jobber med mentaliseringsbasert, så er det mange som har det med i hodene sine. Slik vi jobber er at vi tar et slik ”working modell of child” intervju ofte. Eller et sånn skjema som måler refleksiv funksjon hos foreldrene da. Også tar vi frem et rom, og skårer. Vi gjør en kartlegging av tilknytningsstrategiene og hvordan barnet bruker foreldrene sine. Også bruker vi det å jobbe med videre. Og da gir vi en generell opplevingsdel på tilknytning. Hva det er, og hvilke ønsker og mål de kunne tenke seg å jobbe med for sine barn. Også går vi inn å jobber med det aktuelle, først gjennom å øve på observasjonsferdigheter hos foreldrene. På videomaterielle som er standardisert, men også ved å bruke klippa fra det fremmedrommet og vise det. Også etter hvert går vi inn å ser på underbrukt kapasitet som de bruker for lite eller for mye av. Også jobber vi mot det målet at de skal se annerledes på barnet sitt. Det er veldig nytting”

Utsagnet viser et tydelig fokus på foreldre –barn samspill. Det barnefokuserte arbeidet fordeles på flere personer som gjør arbeidsoppgavene som en del av sitt ordinære arbeid. Det barnefokuserte arbeidet får tid, og det bidrar til at man blir trygg på rollen sin både ovenfor foreldre og barn. Barnefokuserert arbeid har status og blir prioritert i systemet, dette blir en kultur på arbeidsplassen. Den barneansvarlige ser viktigheten av å ha fagsystem godt forankret i institusjonen, både i forhold til trygghet og kompetanse.

Ansvar som barneansvarlig blir i denne kontekst ikke utskilt som en egen viktig rolle, for at det barnefokuserte arbeidet skal bli prioritert, selv om de har en primærrolle i å sørge for at barneperspektivet blir ivaretatt. Alle profesjoner innehar en rolle og et ansvar for å sikre at barna blir ivaretatt. Samtaler om barnet sin situasjon

ses på som viktig for at barn og deres behov skal bli et fokus. Barnearbeidet tematiseres ikke som en trussel for alliansen i denne konteksten, men som et selvsagt og grunnleggende arbeid. Barneansvarlige viser til at pasienter som ofte er svært syke, og har levd over lengre tid med sin sykdom, trenger grunnleggende hjelp til å se barnas situasjon og risiko, og hvordan foreldrenes sykdom påvirker barna. Ved integrert behandling ser man i tillegg viktigheten av å tematisere hva pasientene, som foreldre selv, kan gjøre for å styrke barn – foreldre relasjon.

### **4.3.3 Oppsummering**

Den barneansvarlige arbeider innenfor en behandlingsenhet som driver langtidsbehandling. Den barneansvarlige innenfor langtidsbehandling har en annen modell for det barnefokuserede arbeidet. Dels skyldes det, kontekstuelle forhold som at barn og foreldre er innlagt sammen over tid. Det i seg selv representerer større muligheter for det barnefokuserede arbeidet. Man ser pasienten og barnet som en naturlig del av behandlingsarbeidet, og ikke som opposisjon til hverandre. Barn og foreldre blir sett på som viktige aktører og noe man ønsker å ha et familieperspektiv på. Til forskjell fra både poliklinikken og døgnenheten ser ikke den barneansvarlige spørsmål om tid, ressurser eller trussel for behandlingsalliansen som en utfordring.

## Kapittel 5 Diskusjon: Ulike forutsetninger

Studien handler om hvordan barneansvarlige blir hemmet, eller fremmet i sin måte å utøve et godt barnefokustert arbeid på, innenfor ulike strukturelle rammebetingelser i deres arbeidskontekst. Studien fokuserer på ulike faktorer som påvirker de barneansvarliges arbeidshverdag, og hvordan det får konsekvenser for barn som pårørende.

Barneansvarlige innenfor poliklinikken og døgnenheten var enige om at barnefokuset måtte prioriteres, men likevel viser mine funn at det er store begrensninger innenfor arbeidskonteksten. "Systemet" viser til tydelige begrensninger for hva som er mulig å utrette for pasientens barn innenfor en sykehuskontekst. I denne studien har jeg forsøkt å beskrive, og å forstå, hvordan de barneansvarliges ulike arbeidsrammer påvirker det barnefokusterte arbeidet ved å kategorisere tre ulike enheter. Både poliklinikken og døgnenheten viser noe av de samme utfordringene, men likevel kommer det frem ulikheter. Langtidsenheten representerer en helt annen type arbeidskontekst, som skiller seg ut fra de to andre i forhold til det barnefokusterte arbeidet.

Barneansvarlige som jeg intervjuet var alle oppmerksomme på risikoen ved å vokse opp med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre, og hvordan barn kan belastes i forhold til foreldrenes sykdom. Alle så viktigheten i arbeidet med pasientens barn, og mente at det måtte ha et større fokus og høyere prioritet. Poliklinikken og døgnenheten viser også til at pålegget med barneansvarlig er en nødvendig og viktig måte å sikre forhøyet fokus på barna, og en ordning som bidrar til nødvendig forankring for pasientens barn. Uten det nye lovpålegget fryktes det at barneperspektivet kan forsvinne i mengden av andre oppgaver man tillegges som profesjon innenfor psykisk helsevern. Langtidsenheten viser derimot til en annen forståelse. Her påpeker man at fagsystemene forankret i en institusjon er viktigere enn at noen har en definert rolle som barnas talsperson. Barneansvarlige mener at det er viktigere hvordan man som organisasjon jobber mot samlet mål, samlet sett. Denne enheten mener det hjelper lite dersom det er en, to, eller tre barneansvarlige som

holder det barnefokuserte arbeidet i fokus, så jobber resten av de ansatte mot andre mål. Arbeidet med pasientens barn blir både innenfor poliklinikken og døgnenheten definert som en ekstraoppgave. Årsak til denne definisjonen er begrensninger både i form av tid, travel arbeidshverdag, og syke mennesker. Fokuset innebærer arbeid som stjeler tid, og de fleste av de barneansvarlige føler at de ikke klarer å strekke til, både innenfor behandlingsarbeidet med pasientene og oppfølgingsarbeid ovenfor barna.

*Poliklinikken* som har en travel arbeidshverdag, med stort antall pasienter, arbeider etter en slags medisinsk kunnskapsforståelse. Det er her tydelig at det alltid har vært den syke pasienten som har vært i fokus, og dermed representerer fokuset på barna et perspektivskifte. I poliklinikken var ikke arbeidet med å forankre et barnefokus satt i system. Barneansvarlige hadde en klar bevissthet rundt barna til pasienten, og viste til hvor alvorlig det kan være å vokse opp med foreldre som er psykisk syke eller rusmiddelavhengige. Hva som ble gjort i form av konkrete tiltak eller samtaler, var langt mer tilfeldig og diffust. Ivaretagelsen av behandlingsalliansen og lojalitet til pasientene var svært viktig for de barneansvarlige, og de var redde for at arbeid med pasientens barn kunne føre til forstyrrelser av den terapeutiske alliansen.

Barneansvarlige ser i tillegg utfordringer i forhold til å komme i posisjon, for å få foreldrene i dialog omkring barnas omsorgssituasjon. Tema som innebærer foreldrerollen er et sårt tema for mange, og å behandle temaet med varsomhet er viktig. Jeg tolket det slik at noen av de barneansvarlige var redde for å tematisere foreldrerollen med pasienten, nettopp fordi det er et sårt emne for foreldrene. For å stille spørsmålsteget ved foreldrerollen, kreves det både trygghet, kompetanse og tillit. I tilfellene hvor foreldrene selv tok initiativ til å tematisere barna, og deres egen foreldrerolle, var det lettere for de barneansvarlige å følge opp videre. Dersom foreldrene selv ikke ønsket å snakke om sine barn, eller viste avstand til å snakke om deres foreldrerolle, ble det raskt oppfattet som problematisk å drøfte barnas situasjon. Under en poliklinisk kontekst er pasienten kun inne til en samtale om gangen, derfor er det viktig å bygge opp tillit, og å fokusere på hva pasienten selv ønsker å få hjelp til. Hva man vektlegger i dette møtet blir en prioriteringssak, og svært ofte vektlegges tida til pasientens sykdomsforståelse.

Som Myrvoll (2013) viser til i sin avhandling, samsvarer dette mye med oppfatningen barneansvarlige har av tema i min studie. Barneansvarlige begrenses i forhold til sin praksis ovenfor barn som pårørende. Systemet legger føringer og krav som påvirker det barnefokuserte arbeidet. Barneansvarlige påtar seg et ansvar for barn som pårørende innenfor institusjonens rammer, og det representerer et minimum. Utfordringene ligger i forholdet mellom systemets krav, og mandatet til å utføre sin rolle som barneansvarlige. Barneansvarlige er involvert, og viser til samtaler innenfor temaet pasientens foreldrerolle, og noen ganger får man gjennomført samtaler med barna. Innehaverne av ansvarsrollen uttrykker bekymring, men det tilbys ikke noe mer. Barneansvarlige setter ikke store spørsmålsteget for å utfordre systemets praksis, eller utvidelse av eget ansvar, men innehar holdninger om at slik er det (Myrvoll, 2013).

De barneansvarliges arbeidskontekst viser hvordan behandlingseffektivitet og utbredt sykdomsforståelse synes å forsterke en medisinsk tankegang. Arbeidskonteksten viser til stimulans av det dominerende perspektivet pasienten i fokus, mens barne- og familieperspektiver marginaliseres. Selv om de barneansvarlige viser til kritikk ved kontekstuelle forhold, i forhold til det barnefokuserte arbeidet, blir de tydelig styrt av systemkravene. Tydelige medisinske og individfokuserede krav, samtidig med systemkrav, begrenser muligheten til hva som kan gjennomføres i samtaler, ovenfor foreldre og barn i en poliklinisk kontekst.

Barneansvarlige ved *døgnerheten* jobber på mange måter innenfor samme travle kontekst som ved poliklinikken. De barneansvarlige viser til frustrasjon over systembegrensningene, som påvirker graden av det barnefokuserede arbeidet. Likevel åpner konteksten, innenfor en døgnerhet, for større muligheter til å tematisere foreldrerollen, enn ved en poliklinikk. Ved døgnerheten er pasienten som regel innlagt en uke eller to, og dette skaper muligheter for bedre annerkjennelse av problemene, barna blir mer synlig. Døgnerheten gir mer tid til å opparbeide tillit hos pasienten, som igjen er høyst viktig i en behandlingsprosess. Barneansvarlige gis større handlingsrom for hvordan man kan arbeide mot en mer barnefokuseret tilnærming. Døgnerheten som system gir andre muligheter til å arbeide med

pårørende, gjennom mer tid og lettere tilgjengelighet av foreldre og barn. Disse grunnlagene øker muligheten for å komme i posisjon til å hjelpe, ovenfor den enkelte forelder, samtidig som de barneansvarliges rolle og innsats ovenfor barn som pårørende blir lettere.

Barneansvarlige ser viktigheten av å være flere som har fokuset på barna. Dersom man alene som barneansvarlige skulle opprettholde barnefokuset, mente de at barneperspektivet fort kunne glippe. De viser også til, på samme måte som de barneansvarlige ved poliklinikken, at det var nødvendig med personell som innehar kompetanse, og et spesielt ansvar, slik at barnefokuset blir prioritert. Barneansvarlige uttrykker at noen ansatte vegrer seg for å snakke med pasienten om barna. De barneansvarlige stiller seg gjerne som støttepartnere for andre ansatte, dersom det var behov for det. Barneansvarlige var opptatt av at de ikke skulle gjøre alt arbeid i forhold til barna alene. Likevel viser refleksjonene til at i praksis var det som regel de barneansvarlige som tok på seg ansvaret for dialogen med barna, og videre oppfølgingsarbeid.

Barneansvarlige på både poliklinikken og døgnetenheten fortalte om situasjoner hvor de var bekymret eller urolige for barna. Utsagnene fortalte om en mor som var psykisk syk og ekstremt overbeskyttende ovenfor sitt barn. I følge informanten kontrollerte moren alt han gjorde, og hadde strenge begrensninger i å la barnet utfolde seg. De fortalte om mødre som av utmattelse ikke orket å gjøre ting med barna, og om tydelige konflikter mellom foreldrene. Barn av foreldre med langvarige psykiske problem, eller rusmiddelavhengighet, har utfordringer som gir innlysende gode grunner til bekymring for barnets vel, noe som ikke var uvanlig i deres behandlingskontekst. Barneansvarlige viser via sine utsagn urovekkende varselsignal, men usikkerhet og mangel på løsninger er fremtredende når foreldrene ikke vil at barna skal inkluderes, eller informeres.

Det finnes helt klare likheter mellom mye av det Myrvoll (2013) beskriver om adskilte behandlingsforløp, og det informantene beskriver. Behandlingsforløpet for

pasienten og barna blir på mange måter adskilt, både ved poliklinikken og døgnerheten. Man har et individuelt behandlingsforløp med fokus på pasientens sykdom, og et eget behandlingsforløp med fokus på barn som pårørende. Hovedvekten blir lagt på det individuelle behandlingsforløpet hos pasienten (Myrvoll, 2013). Ved at behandlingsforløpene splittes og deles fører dette igjen til et fordelt hjelpeapparat. Konsekvensen av en slik fordeling er at man ikke får samlet kompetansen, og kunnskapsperspektivet utfordres i forhold til hva som prioriteres. Et tverrfaglig og godt forankret teamarbeid, for alle ansatte, ville ført til en gjensidig trygghet i arbeidet med barn som pårørende. Barneansvarlige viser til hvordan det barnefokuserte arbeidet blir begrenset, og at barnefokuset kommer i konkurranse med det dominerende pasientfokuset. Barneansvarlige innenfor både poliklinikken og døgnerheten tematiserer i mindre grad barnas situasjon, kun ved alvorlige bekymringer.

*Langtidsenheten* representerer en annen type struktur i det barnefokuserte arbeidet. Barneansvarlige argumenterer for viktigheten av et familieperspektiv i behandling av foreldrene og barn. Hovedmålet er å gjøre foreldrene rusfrie og samtidig hjelpe de å være trygge omsorgspersoner. Arbeidet med barn som pårørende blir sett på som et naturlig ledd i behandlingsarbeidet. Familieperspektivet, som de barneansvarlige tydelig bemerker, viser at ved å tenke på denne måten er det en klar sammenheng mellom det som skjer med foreldrene og det som skjer med barna. Barneansvarlige ser klare utfordringer i at oppgaven med å ivareta barn som pårørende blir knyttet til egne barneansvarlige. Dette vil føre til negative resultater i behandlingsarbeidet, som igjen da fører til delte ansvarsområder. Det anses som lite hensiktsmessig at foreldrene har en behandler og barna en annen. Barneansvarlige mener at barna bør ha et stort fokus, spesielt for alle involverte behandlere og ansatte, så lenge man jobber med en familieorientert behandling. Prinsippene bygger på et systemarbeid, fremfor individarbeid. Fokuset er å utvikle felles og helhetlige forståelser for barnas situasjon, og hvordan man best mulig kan bistå barnet og familien sammen.

Barneansvarlige anerkjenner pasientens behandlingsforløp i forhold til to perspektiv. Man ser viktigheten av å jobbe med sykdommen, samtidig som man anser viktigheten av å styrke foreldrefunksjonen, dens forløp, med fokus på barn som pårørende. Man



utelukker ikke det ene fra det andre, fordi man er opptatt av et familieperspektiv. Barnefokusert arbeid blir sett på som et prosessarbeid. Tiden må brukes på foreldrenes sykdom, hvor gode samtaler er viktig, styrking av foreldrerollen må prioriteres, og barnet må kartlegges. Selv om den barneansvarlige er den som har størst muligheten, innenfor sin kontekst, til å utrette mest i forhold til barn som pårørende, er barneansvarlige den som uttrykker mest bekymring for barna. Årsaken til dette kan være fordi man kommer tettere innpå barna, og pasientene i sin foreldrerolle, enn det de andre barneansvarlige på poliklinikken eller døgnenheten gjør. Den barneansvarlige sine bekymringer er i hovedsak for barna som er innlagt. Barneansvarlige sin forståelse viser til at selv om man under deres kontekst får utrette mye mer på et dypere plan for barn som pårørende, sitter man likevel igjen med en følelse av at man kunne gjort så mye mer. Barneansvarlige innehar en automatisk bekymring for barn som vokser opp med psykiske lidelser eller rusmiddelavhengighet, tross godt barnefokusert arbeid. Bekymringene er særlig knyttet til barna som trenger videre hjelp og oppfølging, etter oppholdet. Grunnlaget til bekymringene er at disse familiene trenger tett oppfølging over tid, spesielt i saker hvor man ser at barnevernet er veldig tilbaketrukket.

Det er tydelig at den barneansvarlige berøres i møte med barna det gjelder. Det føles et stort ansvar ovenfor barna som er innlagt. Barneansvarlige berøres av barnas sårbarhet og utsatte posisjon. Mye av bekymringene oppstår siden man daglig ser barna, man kommer tett innpå, og kan tydelig se hvordan de berøres og påvirkes av foreldrenes sykdom. Langtidsenheten har tette samarbeid innad og dette er også mye av årsaken til at det føles så nært, derav mer bekymringer. Ved poliklinikken begrenses man i forhold til å se barna, derfor forsvinner den automatiske innebygde bekymringen for alle barn, utover et minimumskrav.

Ut fra konteksten til langtidsbehandlingen kan man undres over hva rollen som barneansvarlig skal være i enheten, siden barnefokusert arbeid er nokså intrigert. Barneansvarlige sin rolle blir noe uklar, og inntrykket jeg satt igjen med etter endt intervju, er det nødvendig med egne barneansvarlige innenfor deres enhet? Alle behandlere hadde et fokus på barna, og den barneansvarliges rolle skilte seg ikke mye

ut fra hvordan de andre behandlerne jobbet. Likevel er man lovpålagt å ha egne barneansvarlige.

Inndelinger av kontekstforhold viser til noen interessante ulikheter i tilnærming til det barnefokuserte arbeidet, samtidig som forskningsmateriale også viser til en del felles utfordringer og muligheter som de barneansvarlige står ovenfor. Langtidsenheten er den som skiller seg mest ut fra de andre. Ulikhetene vises gjennom et intrigert barnefokus som følges over tid, der de barneansvarlige inngår som et team rundt barna og foreldrene. Barneansvarlige på de to andre enhetene viser til mange felles utfordringer i form av begrensninger. Utfordringer er mangel på tid, stort antall pasienter, travel hverdag, og en utbredt sykdomsforståelse. Ved poliklinikken er det sjelden barneansvarlige møter eller snakker direkte med barna, fordi tidspresset gir minimale muligheter til å sikre oppfølgingsarbeidet av barn som pårørende. Ved døgnenheten er mulighetene litt større for å treffe barna, og samtale med barna forekommer oftere. Likevel er barnesamtalene alt de klarer å få til innenfor deres kontekst. Etter min vurdering utfører både poliklinikken og døgnenheten et barnearbeid som kan sies å oppfylle minimums kravene som forventes gjennom lovverket. I tillegg kan de klare å redusere eller begrense risikoen for barn som klarer seg bedre, og som kun har behov for informasjon eller samtale. Når det gjelder barn med foreldre som er alvorlig eller langvarige syke, mener jeg at det må vurderes om dette kanskje ikke er godt nok, at det trengs ytterligere tiltak. Det vil selvfølgelig være et situasjonsbetinget spørsmål om hva som er godt nok for et barn, men utover det er jeg ganske sikker på at mange barn trenger noe mer en kun en samtale.

## **Kapittel 6 Hva skal til for at rollen som barneansvarlig skal fungere bedre?**

Ut i fra mitt intervjumateriell kom det tydelig frem fem punkter som de barneansvarlige mente måtte til for at rollen deres som barneansvarlige skulle fungere bedre. Disse fem punktene omhandlet samarbeid, forankring i enhetene, jevnlig faglig påfyll, for lite ressurser i form av for få barneansvarlige, og muligheten til å følge pasienten og barna ut på hjemmebesøk.

Selv om rollen som barneansvarlig blir prioritert, fortalte likevel de barneansvarlige om et krevende og utfordrende arbeid i å ivareta pasientens barn. Mange av de barneansvarlige viser også til bekymring ved å utfylle sin rolle som barneansvarlig, samtidig med å ha pasienten i fokus. Barneansvarlige fortalte at det trengs mer tiltak for at rollen som barneansvarlig skal få et større og viktigere fokus enn i dag. Følgende vil jeg diskutere betydningen av punktene fra analysen.

### **6.1 Samarbeid**

Alle de barneansvarlige fortalte om viktigheten av et godt samarbeid. Dette omhandlet både samarbeid innad i enheten, mellom profesjonene og de barneansvarlige, samt utad mellom ulike instanser. De barneansvarlige var opptatt av en arbeidskultur der alle skulle ta del i det barnefokuserte arbeidet, men at de barneansvarlige kunne være en støttefunksjon ved behov for råd eller veiledning. Alle var bevist på viktigheten av barn som pårørende, spesielt de barneansvarlige som har en ekstra funksjon i å ivareta barna. Likevel viser det seg at samarbeid i praksis ikke er like enkelt, spesielt i forhold til samarbeid tverrfaglig mellom de ulike instansene. De aller fleste barneansvarlige påpekte at samarbeid er noe de kan bli bedre på. I dagens samfunn har de ulike profesjonene forskjellige og varierende muligheter for observasjon og kartlegging ut fra sin rolle og institusjonstilhørighet (Erdal & Galvin, 2007). Tverrfaglig samarbeid vil være en støtte for profesjonene ute i yrkesfeltet når de står ovenfor belastende, kompliserte, eller vanskelige saker som arbeid med barn som pårørende representerer. Det er viktig at de ulike yrkesgruppene og instansene blir mer synlige ovenfor hverandre, slik at de kan dele sin kompetanse og derav arbeide mer helhetlig for å nå barns behov. De ulike instansene sine

spesialiserte kunnskaper kan samles, og bidra til å utvikle en felles forståelse om hva som er viktig å gjøre i forhold til konkrete situasjoner. I følge Erdal & Galvin (2007) er det en ressurs for barnet dersom det er samarbeid mellom de ulike instansene, fordi det vil kunne skape bedre kvalitet på hjelpen barnet og familien blir tilbydt. I tillegg vil det øke kompetansen og kunnskapen hos de ulike profesjonene, fordi de kan dra nytte av hverandres kunnskaper. En instans alene vil i de fleste tilfeller ikke råde over den kompetansen, eller de ressurser, som er nødvendig.

## **6.2 Forankring**

Forskning, erfaringer og opplevelser er at profesjoner ofte innehar en bekymring for pasientens barn, men i den daglige praksis vises det til diffus og tilfeldig oppfølging av barn (Aamodt & Aamodt, 2005; Halså, 2008; Mayberg & Rupert, 2009; Kufås, 2013). Det vises også til at det er ikke er en innarbeidet rutine i å ivareta barna. Bevisstheten av barna er tilstede, men overføringen til praksis er heller utfordrende, den tradisjonelle praksis er fokus på pasienten. Ivaretagelse av pasient samtidig som å ha fokus på barna krever en omstillingsprosess som forutsier et perspektivskifte hos de barneansvarlige. I tillegg er det svært viktig at det ikke er kun de barneansvarlige som har et nødvendig barnefokus, det må integreres i hele enheten. De barneansvarlige forteller at rollen som barneansvarlig er et relativt nytt pålegg, og det er fremdeles slik at folk lurer på hva funksjonen innebærer. Det etterlyses klare funksjonsbeskrivelser slik at ikke arbeidet med barna blir tilfeldig, hvilke saker som det jobbes videre med, og hvilke ikke. Barneansvarlige vil ha fast prosedyre for barn som pårørende. Alt handler om å ha det på agendaen, samtidig som fokuset må løftes og derav bli en intrigert rutine fra toppledelsen og ned. Dersom det kun er en eller to barneansvarlige som jobber med barna på avdelingsnivå, mens de resterende holder et annet fokus, vil det bli utfordrende å holde barnefokuset på et høgt nivå. Det må bli en forankret rutine som alle profesjonene innehar, samtidig med at organisasjonens formål definerer barna som et prioritert område.

## **6.3 Faglig påfyll**

Informantene viste til at samtaler med pasienten om deres omsorgsevne var vanskelig, fordi det representerer et sårt og følsomt tema. Samtidig fortalte mange at samtaler

med barn kunne være vanskelig. Selv om de fleste barneansvarlige viste til at det var en viktig del av jobben, uttrykker de likevel at det ikke alltid var like lett. Slik jeg forstår denne ambivalensen omhandler den særlig tre forhold. Det første dreier seg om mangel på faglig kompetanse om barn (Aamodt & Ammodt 2005; Mayberry & Peupert, 2009). Kompetanse for å være i stand til å møte barn som kanskje selv ikke klarer å se faren i situasjonen, krever kunnskap og kvalifikasjoner. Dersom en ikke har en grunnleggende forståelse for at barn kan lide som følge av foreldrenes problem, kan forsømmelse av barnet fort være et faktum.

Det andre omhandler en mer diffus form for utrygghet eller usikkerhet knyttet til fremgangsmåte i ulike situasjoner knyttet til foreldre og barn, spesielt i situasjoner hvor foreldrene viser motstand til å inkludere barna. Alle er kjent med at dersom en ikke har grunnleggende kompetanse om et gitt tema, kommer usikkerheten. Dette kan trekke paralleller til barn som pårørende og føre til tilbakeholdenhet hos de barneansvarlige, eller at de ikke klarer å handle, tolke, eller se at barn lider som en følge av at usikkerheten overtar situasjonen. Ofte er situasjoner knyttet til barn omfattende, og kunnskap om hvordan man snakker med barn er ikke noe man tar for gitt. Nødvendigvis er det ikke den faglig kompetansen som er mangelfull, men i mange tilfeller tror jeg det ofte beror på den personlige kompetansen, en er ikke sterk nok som person til å håndtere slike vanskelige situasjoner.

Det siste dreier seg om mangel på gode rutiner, prosedyrer, eller retningslinjer for de barneansvarlige. Flere av de barneansvarlige savner en støttefunksjon, som kunne gjort arbeidet med barn som pårørende mer systematisk og innarbeidet. Som eksempel nevner de beskrivende retningslinjer om hvordan man skal gå frem i ulike situasjoner, og fremgangsmåter ved ulike saker. Dette for å unngå at arbeidet blir overlatt til tilfeldighetene, eller blir situasjonsavhengig. Det handler om å gjøre tematikken viktig. Dersom man har konkrete mål eller beskrivelser å forholde seg til, tror jeg automatisk at foreldre og barn blir høyere tematisert, og prioritert.

Alle de barneansvarlige var opptatt av faglige oppdateringer, og innser viktigheten av dette. Kurs og foredrag blir sett på som nødvendig for deres rolle som barneansvarlig. Det å dele erfaringer og å motta faglig påfyll skaper trygghet. Selv om de har samlinger to ganger i året, etterlyser de oftere samlinger og mer faglig utvikling.

## **6.4 For ”få” barneansvarlige**

Lovpålegget om barneansvarlig setter ikke noen krav om hvor mange barneansvarlige man skal være innenfor hver enhet (Helsedirektoratet, 2010). Det vises til i mitt intervjumateriell at de fleste praktiserer kun med en barneansvarlig. De barneansvarlige påpeker under intervjuet at ønske om å være flere med barnefokus ville bidratt til å styrke deres rolle som barneansvarlig på arbeidsplassen, samtidig som at det er lettere å holde fokuset oppe dersom man er flere. Det kan være en utfordring å stå alene om rollen som barneansvarlige, siden individfokus råder sterkt (Halsa, 2008). Det å være flere kan bidra til trygghet og inspirasjon, fordi man har noen å dele erfaringer med, samtidig som det kan være nyttig for kontinuitet og kvalitet.

## **6.5 Følge de ut på hjemmebesøk**

Noen av de barneansvarlige forteller at de skulle ønske de kunne vært flinkere til å reise på hjemmebesøk til pasientene og barna. Hjemme hos familiene kan en se så mye mer enn hva man gjør på enhetene. Ved enhetene blir det ofte en kunstig situasjon som gjør det vanskelig å både se og handle, fordi man blir adskilt fra sitt trygge hjemmemiljø. Det er særlig tre forhold som trekkes frem, som hindrer de barneansvarlige i å utføre mer hjemmebesøk. Det første omhandler de barneansvarlige selv. Hjemmebesøk utfordrer den tradisjonell praksis, siden man alltid har vært vant til å jobbe med pasientene innlagt. Det andre handler om kapasiteten på arbeidsplassen, man har ikke ressurser eller muligheter nok til å jobbe ambulerende. Det siste de barneansvarlige drar frem omhandler pasienten, tryggheten i å invitere behandlere hjem. Noen kan synes det blir for nært, og foretrekker å skille hjem og behandling.

## Kapittel 7 Avslutning

Tema for dette studiet har vært hvordan barneansvarlige innenfor poliklinikk, døgnenhet, og langtidsenhet ivaretar barn som pårørende. Jeg intervjuet fem barneansvarlige, derav to personer innenfor poliklinikk, to innenfor døgnenheten og en innenfor langtidsenheten. Felles for disse barneansvarlige er ansvaret med å følge opp pasientens barn. De barneansvarlige viser til at barna trenger mer omfattende oppfølging, og har en tydelig bevisstgjøring av hvilke konsekvenser det kan ha for et barn å vokse opp med psykisk syke eller rusmiddelavhengige foreldre.

Tross et slikt ansvar viser de barneansvarlige til ulike begrensninger innenfor deres arbeidskontekst. Analysen identifiserte ulike faktorer som jeg mente hadde innvirkning på hvordan de barneansvarlige kunne utøve sin rolle, og hvilke dilemmaer de barneansvarlige opplever ved å ivareta pasientens barn.

De barneansvarlige innenfor poliklinikken argumenterte med en travel arbeidshverdag, et høyt antall pasienter, og en dominerende medisinsk kunnskapsforståelse med fokus på pasientens tilstand. Ved poliklinikken har den syke pasienten tydeligvis alltid vært i fokus, og dermed representerer fokuset på barna et perspektivskifte. Ved poliklinikken var ikke arbeidet med å forankre et barnefokus satt i system, og i tillegg legger konteksten begrensninger i mulighet for endringer.

De barneansvarlige innenfor døgnenheten jobber på mange måter med den samme travle konteksten som ved poliklinikken. De viser også her til frustrasjon over systembegrensninger som i stor grad påvirker det barnefokuserede arbeidet. Likevel åpner konteksten, ved en døgnenhet, for større muligheter til å tematisere foreldrerollen, enn ved en poliklinikk. Ved døgnenheten er pasienten som regel innlagt en uke eller to, og dette skaper muligheter for bedre anerkjennelse av problemer, og barna blir mer synlig.

Langtidsenheten representerer en annen type struktur i det barnefokuserede arbeidet. Barneansvarlige argumenterer for viktigheten av et familieperspektiv i behandlingen av foreldrene og barn. Hovedmålet er å gjøre foreldrene rusfrie, og samtidig hjelpe de til å fungere som trygge omsorgspersoner. Arbeidet med barn som pårørende blir sett på som et naturlig ledd i behandling av foreldre.

I mitt datamateriell trer ulikhetene og begrensninger i de barneansvarliges muligheter til å utøve sin rolle, innenfor de ulike kontekstene, tydelig frem. Til tross for slike ulikheter og begrensninger utfører de barneansvarlige sine lovpålagte arbeidsoppgaver. Selv om poliklinikken og døgnenheten beskriver en arbeidskontekst som gir minimale arbeidsforhold, for å sikre barnas nødvendige oppfølging, er allikevel den minstestanderen for oppfølgingen tilstede.

I forhold til å utøve sin rolle som barneansvarlig har mitt forskningsprosjekt gitt tydelige signal på hvilke begrensninger som foreligger innenfor de ulike kontekstene. Det er tydelig at individfokus og den medisinske dominans er gjeldende i praksis. Fokuset er på pasienten, og det er pasientens problemer som i hovedsak prioriteres. Dersom barna til pasientene skal bli et høyere prioritert fokus, kreves det endringer innenfor de ulike kontekstene. De barneansvarlige viser til bevisstgjøring omkring viktigheten av arbeidet med barn som pårørende, men dessverre skaper ikke arbeidskonteksten større muligheter til å utrette et slikt arbeid, og det blir derav nedprioritert.

Hensikten med dette forskningsprosjektet har vært å utforske de barneansvarliges rolle i det barnefokuserede arbeidet. Mitt forskningsprosjekt har ikke som formål å skape presedens for hvordan praksisen kan endres, eller for hvordan barn som pårørende kan bli en høyere prioritert. Mitt ønske er derimot at mine erfaringer kan skape diskusjoner ute i praksis. Mitt ønske er at noen av mine belyste problemstillinger kan bidra til refleksjon og bevisstgjøring ute i praksis.



## Litteraturliste

Almvik, A & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelighet – barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker*. Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap, 50. Trondheim: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.

Bekkehus, M. (2012). *Resillians – hvorfor klarer noen barn seg på tross av risiko?* Oslo: Psykologisk institutt

Borge, A. I. (2007) *Resillians i praksis. Teori og empiri i et norsk perspektiv*. Oslo: Gyldendal

Bunkholdt, V. & Sandebæk, M. (2008). *Praktisk barnevernsarbeid*. (5.utg.) Oslo: Gyldendal Norske Forlag AS

Barnsbeste (2014). Hentet fra: [http://www.nrk.no/livsstil/\\_tar-ikke-barna-pa-alvor-1.11492639](http://www.nrk.no/livsstil/_tar-ikke-barna-pa-alvor-1.11492639)

Cleaver, H., Unell, I. & Aldgate, J. (1999). *Children's Needs – Parenting Capacity: The impact of parental mental illness, problem alcoholic and drugs use, and domestic violence and childrens development*. London. The Stationary Office.

Ekeland, T. (2001) *Evidensbaserte illusjoner?* Tidsskrift for Norsk Psykologforening

Galvin, K. & Erdal, B. (2007). *Tverrfaglig samarbeid i praksis: til beste for barn og unge i kommune-Norge*. Kommuneforlaget.

Grimsgaard, C. (2008). ”Jeg vet du bare vil det beste for barna dine”. Kvinnelige helsearbeideres opplevelser og erfaringer i tilknytning til å snakke med psykisk syke mødre og barna deres”. Masteroppgave i profesjonsetikk. Det teologiske fakultetet. Universitetet i Oslo.

Gjertsen, P. Å. (2013). *De usynlige barna*. Oslo: Fagbokforlaget

Hansen, F. A. (2012). ”Familieorientert rusmiddelbehandling: Hvordan inkludere familien i behandling: Hvordan kartlegge og vurdere barnas situasjon og hjelpebehov”. Skien: Borgestadklinikken.

Hansen, F. A. (1995). *Barn som lever med foreldrenes rusmisbruk*. Oslo: Ad Notam Gyldendal

Haugeland, B.S.M, Ytterhus, B, & Dyregrov, K (red). (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag

Haugland, B.S.M (2012). Familiefingering og psykososiale problemer hos barn av alkoholmisbrukende foreldre. I Haugland, B.S.M., Ytterhus, B, & Dyregrov (red), *Barn som pårørende* (s. 82-106). Oslo: Abstrakt forlag.

Halsa, Astrid (2008). ”Mamma med nerver”. En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager. Trondheim: Norges teknisk – naturvitenskaplige universitet. Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. Institutt for sosiologi og statsvitenskap

Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende*. (Rundskriv IS-5/2010). Oslo. Direktoratet.

Helsedirektoratet (2011). *Nye tall om barn som lever med foreldre som er psykisk syke eller har rusproblem*. Oslo

Jacobsen, D. I (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring: innføring i metode for helse- og sosialfagene*. Høyskoleforlaget

Killén, K., (2004). *Sveket. Omsorgsvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Killén, K., (2010). *Risiko – omsorgssvikt – samspill – tilknytning*. Oslo. Kommuneforlaget

Killén, K. & Olofssen, M (2003). *Det sårbare barnet. Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget AS

Kufås, E. Lund, K, & Myrvoll, L. R. (2001). *Pasienter har også barn: Hvordan sikre barneperspektivet når mor eller far er innlagt i en voksenpsykiatrisk akuttavdeling?* Prosjektarbeid. Blakstad sykehus/Redd barna Norge.

Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervjuet*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.

Kvello, Ø (2010). *Barn i risiko. Skadelige omsorgssituasjoner*. Gyldendal akademisk

Lauritzen, Camilla., & Reedtz, Charlotte. (2014). Barn får ikke oppfølging de har krav på. Hentet fra: Kunnskapsenter for barn og unge.

Maybery, D. & Reupert, A. (2009). *Parental mental illness: A review of barriers and issues for working with families and children*. Journal of psychiatric and mental health nursing.

- Major, E, Dalgard, O, S. & Mathisen, K, S. & Nord, E. & Ose, S & Rognerud, M. & Aarø, L. (2011). *Bedre føre var... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.* (rapport 2011:1). Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt
- Meazek, P.J. & Haggerty, R. J (red) (1994). *Reducing risk for mental disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research.* Washington D.C: National Academy Press
- Mevik, K. & Trymbo, B. E. (2002). *Når foreldrene er psykisk syke.* Oslo: Universitetsforlaget
- Myrvoll, L. R (2013). ”Tidstyvene” – Barn som pårørende. En kvalitativ studie av hvordan behandlere ved en psykiatrisk avdeling forstår og handler for å ivareta mindreårige barn som pårørende. Masteroppgave i sosialfaglig arbeid med barn og unge. Høgskolen i Lillehammer. Avdeling for helse- og sosialfag.
- Norvoll, R. (2013). *Samfunn og psykisk helse. Samfunnsvitenskaplige perspektiver.* Oslo: Gyldendal Norske Forlag
- NOU 2012:5. *Bedre beskyttelse av barns utvikling.* Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet
- NOU 2012:1. *Til barns beste. Ny lovgivning for barnehagene.* Oslo: Kunnskapsdepartementet
- Ot.prp nr 84 (2008-2009). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m.* (oppfølging av born som pårørende)
- Rossow, I. & Moan, I. S. & Natvig, H. (2009). *Nære pårørende av alkoholmisbrukere – hvor mange er de og hvordan de berøres?* (Sirus, rapport nr 9/2009). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Ryen, A. (2002). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid.* Fagbokforlaget.
- Skervving, A. (2005). *At synliggjøre de usynlige barnen: Om barn til psykisk sjuka foraldrar.* Stockholm: Forlagshuset Gothia
- Solbakken, B & Lauritzen G. (2006). *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer.* (Rapport nr 1/2006). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Stortingsmelding nr 30 (2011-2012). *Se meg! En helhetlig rusmiddelpolitikk alkohol – narkotika - doping.* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet

- Solbakken, B. & Lauritzen, G. & Lund, Ø. M (2005). *Barn innlagt sammen med foreldrene som er i behandling for rusmiddelproblemer*. (sirus-rapport 5/2005). Oslo: Statens institutt for rusmiddelforskning
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget Vingmostad & Bjørke AS
- Sverdrup, S., Myrvold, T. M & Kristofersen, L. B (2007). *Brukermedvirkning i psykisk helsearbeid: idealer og realiteter*. Oslo: Norsk institutt for by - og regionforskning
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*. Rundskriv IS-5. Oslo: Sosial og helsedirektoratet
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (2.utg.) Bergen: Fagbokforlaget
- Torvik, F.A & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser og alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport 2011:4). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode* (2.utg). Bergen: Fagbokforlaget
- Ytterhus, B. & Arve A. (1999). *Har kommunen et hjelpetilbud til barn av alvorlige psykisk syke foreldre?* Tidsskr. Nor. Lægeforen. Nr 18, 1999:119:2667-9
- Aamodt, L. G. & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Oslo: Barne- og familiedepartementet

# Vedlegg 1. Brev fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)

## Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS

NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

Astrid Halså  
Avdeling for pedagogikk og sosialfag Høgskolen i Lillehammer  
Postboks 952  
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 06.11.2013

Vår ref: 36111 / 2 / LB

Deres dato:

Deres ref:

### TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 30.10.2013. Meldingen gjelder prosjektet:

36111	<i>Utfordringene av å ivareta barn som pårørende i behandling av psykisk syke/rusavhengige foreldre</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Astrid Halså</i>
<i>Student</i>	<i>Trine Fjærestad</i>

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

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

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

Personvernombudet har lagt ut opplysninger om prosjektet i en offentlig database, <http://pvo.nsd.no/prosjekt>.

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 30.06.2014, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim

Lene Christine M. Brandt

Kontaktperson: Lene Christine M. Brandt tlf: 55 58 89 26

Vedlegg: Prosjektvurdering

*Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.*

*Avdelingskontorer / District Offices*

*OSLO* NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. [nsd@uio.no](mailto:nsd@uio.no)  
*TRONDHEIM* NSD, Norges teknisk naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. [kyrre.svarva@svt.ntnu.no](mailto:kyrre.svarva@svt.ntnu.no)  
*TROMSØ* NSD, SVI, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 64 43 36. [nsdmaa@sv.uit.no](mailto:nsdmaa@sv.uit.no)

Kopi: Trine Fjærestad Vardevegen 7 6885 ÅRDALSTANGEN



Utvalget rekrutteres via koordinator for barneansvarlige. Vi anbefaler at koordinator viderefremidler kontakten/informasjonen om prosjektet på vegne av student, slik at det legges opp til at informantene rekrutterer seg selv. Det bør da understrekes i informasjonsskrivet at student ikke kjenner de som forespørres sin identitet før de eventuelt samtykker til deltakelse. Alternativt legger vi til grunn at koordinatorene har anledning til å utlevere kontaktinformasjon dersom rekrutteringen foregår slik.

Ifølge prosjektmeldingen skal det innhentes muntlig og skriftlig samtykke basert på muntlig og skriftlig informasjon om prosjektet og behandling av personopplysninger. Personvernombudet finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet i henhold til personopplysningslovens vilkår. Setningen: "Opplysningene dere gir vil bli anonymisert, og deltakelsen er frivillig" kan gjerne omskrives til følgende "Opplysningene dere gir vil bli anonymisert i den ferdige masteroppgaven, og deltakelsen er frivillig". I samme avsnitt kan setningen "Det betyr at opplysningene som blir gitt under samtalen med meg vil bli oppbevart i tråd med personvernombudets reglement frem til sensur juni 2014" fjernes, da det holder å skrive at datamaterialet slettes etter endt sensur i juni 2014, og at opplysningene behandles konfidensielt.

Personvernombudet legger til grunn at behandlingen av personopplysninger er i samsvar med informasjonssikkerhetsmessige retningslinjer ved Høgskolen i Lillehammer. Vi anbefaler at koblingsnøkkelen oppbevares separat fra det øvrige datamaterialet.

Det er oppgitt i skrivet til utvalget at prosjektet skal avsluttes innen 30.06.2014, og ombudet har justert dato for prosjektslutt i henhold til dette. Innsamlede opplysninger skal da senest anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/koblingsnøkkel slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. yrke, arbeidsplass, alder, kjønn) fjernes eller grovkategoriseres slik at ingen enkeltpersoner kan gjenkjennes i materialet.

## Vedlegg 2. Intervjuguide

### **Om informanten**

- Utdanningsbakgrunn, yrkeserfaring, arbeidsoppgaver

### **Organisasjon**

- Institusjonens kjerneoppgaver
- Problematikk
- Hvor mange er dikka
- Fagbakgrunn på de ansatte

### **Faglig bakgrunn**

- Hvorfor er du barneansvarlig
- Kompetanse på feltet - fordypning
- Dine oppgaver som barneansvarlig

### **Behandling**

- Hvor lenge har foreldrene vært i behandling
- Hva feiler foreldra – mor/far
- Kjem foreldrene igjen
- Er det oppfølging tiden etter behandling
- Fortell om familier dere har jobber med – hva har blitt gjort
- Hva tenker du er de største utfordringene til barna – gi eksempler

### **Rutiner**

- Når kjem dikka inn i bildet
- Når er dikka bekymra – når oppstår bekymring – gi eksempel
- Familier med barn – hva som har blitt gjort
- Hvilken hjelp kan dere tilby på arbeidsplassen
- Hva tenker dere at andre kan gjøre

### **Samarbeid**

- Samarbeid mellom - ansatte / utad evt hvordan
- Samarbeid mellom - døgn/vaktskifte evt hvordan
- Er det viktig med barneansvarlig på din arbeidsplass
- Har dikka veiledningsgrupper / refleksjon – barnas situasjon tematisert

### **Oppsummering**

- Hvordan opplever/tenker du omkring din rolle som barneansvarlig?
- Har din funksjon en betydning for at barn får det bedre?
- Hva kunne blitt gjort bedre / hva blir gjort bra?
- Hva tenker du er viktig/nødvendig hjelp og støtte for barna og familiene i vanskelige situasjoner