



”Tidstyvene” – Barn som pårørende

En kvalitativ studie av hvordan behandlere ved en psykiatrisk avdeling forstår og handler for å ivareta mindreårige barn som pårørende.

Lisbeth Rynning Myrvoll

Sammendrag

Denne studien fokuserer på hvordan behandlere i psykiatrisk spesialisthelsetjeneste tenker og handler i forhold til en gruppe barn som har foreldre med alvorlige psykiske vansker. Studiens problemstilling er hvordan ivaretar behandlere i voksenpsykiatrien oppfølging av pasientenes barn? Studien er ment som et bidrag inn i debatten om hvordan barn kan ivaretas og følges opp innenfor en voksenpsykiatrisk setting, behandlernes rolle i dette og hvilke utfordringer som finnes i dette arbeidet.

Studien er hermeneutisk orientert. Ni informanter, herav fem leger og fire psykologer, har gjennomgått et semistrukturert forskningsintervju som utgjør studiens empiri. Sju av behandlerne som er intervjuet jobbet i akuttpsykiatriske seksjoner, mens to arbeidet i en lukket langtidsavdeling for pasienter med kompliserte og sammensatte tilstander. Gjennom analysen identifiseres to bakenforliggende faktorer som hadde innvirkning på hvordan den enkelte behandler tenkte og handlet for at barna til pasienten skulle bli fulgt opp. Analysen førte meg i retning av 4 idealtypiske behandler typer som ble konstruert ut fra de to trekkene jeg vurderte å ha vesentlig betydning for mulighetene for det å jobbe barnefokuseret; den faglige forståelsen og de ulike kontekstene og strukturene den enkelte jobber innenfor. Kontekst og faglig forståelse spiller sammen og har betydning for hvordan de forstår sin egen rolle i det barnefokuserte arbeidet og hvilke faglige utfordringer og dilemmaer de trekker fram. De ulike forståelsesmodellene som jeg identifiserte i mitt materiale er en *biomedisinsk modell*, en *tradisjonell kontekstuell psykologiske modell* og en *systemteoretisk modell*. De fire idealtypene benevnes som *tradisjonsbæreren*, *den tilpassede behandler*, *den involverte behandler* og *utfordreren*.

Tradisjonsbæreren jobber i lukket akutt og har en faglig forståelse som er preget av en biomedisinsk modell. Et tydelig trekk ved tradisjonsbæreren er lojaliteten til systemet og pliktene systemet pålegger han i form av oppgaver og ansvar. Han støtter arbeid med barn som pårørende, men mener at dette arbeidet best ivaretas av kompetente medarbeidere, noe som medfører at han selv har svært begrenset erfaring med barnefokuseret arbeid. Denne arbeidsdelingen begrunnes i at det barnefokuserte arbeidet kan ta tid fra det direkte pasientarbeidet og samtidig forstyrre behandlingsalliansen – uttrykt som en potensiell spenningsflate.

Den tilpassede behandler arbeider i lukket akutt og den faglige forståelsen bygger på en tradisjonell psykologisk modell. Denne behandler type opplever frustrasjon over de rammene hun arbeider innenfor fordi det medfører at barnefokuset står i konkurranse til pasientfokuset. Som tradisjonsbæreren overlater hun mye av det barnefokuserte arbeidet til de barneansvarlige, men i motsetning til han mener hun at en slik arbeidsdeling kan føre til at behandlerne fraskriver seg ansvaret for pasientenes barn. Den tilpassede behandler type kan sies å representere en systemkritisk, men avmektig stemme.

Den involverte behandler arbeider ut fra en psykologisk forståelsesmodell med fokus på relasjonelle og kontekstuelle forhold, og kombinerer behandlerrollen med å være barneansvarlig. Som behandlerstype framstår han som berørt og forpliktet overfor pasientenes barn. Til forskjell fra den tilpassede og tradisjonsbæreren hadde han et tydelig forebyggende perspektiv på det barnefokuserte arbeidet. utfordringene for denne behandlertypen lå i det å gjøre et godt nok arbeid innenfor stramme tidsrammer. Han har erfart at noen barn kan behøve mer enn den minimumsinnsatsen og var bekymret for disse barna fordi han ikke hadde tilstrekkelig tid til å gjøre et godt overføringsarbeid.

Utfordreren arbeider innenfor en behandlingseenhet som driver langtidsbehandling og som har en systemteoretisk modell som sitt overordnede utgangspunkt. Med dette utgangspunkt sees samarbeid med pårørende og de ulike systemene og sub-systemene som pasienten og barnet inngår i, som en naturlig del av det terapeutiske arbeidet, og ikke som "en belastning og tidskonsumenter" slik det kan forstås innenfor en medisinsk sykdomsmodell. Denne behandlerstype argumenterer for at fagpersoner med høy faglig status innehar rollen som barneansvarlig, og arbeider indirekte med barn gjennom å intervensere i ulike systemer barnet inngår i.

Til tross for faglig ulikheter og at behandlingssammenhengene de arbeidet innenfor ga ulikt handlingsrom for å følge opp pasientenes barn, viser mine funn at systemtvangen og det medisinske paradigmes dominans medførte at tradisjonsbæreren, den tilpassede og involverte behandlertypen hadde minimale muligheter for å sikre at de barna som trenger videre oppfølging får det. Selv om behandlerne kommer i posisjon til å hjelpe barn og foreldre og får bygget opp en god relasjon til sårbare foreldre og pasienter, glipper det barnefokuserte arbeidet når ambivalente foreldre overføres til nye behandlere. Derfor ender alle disse tre behandlingstypene i realiteten opp med en individfokuseret praksis. De gjør det loven pålegger dem, men lite utover minimumsstandard. Utfordreren, med et systemteoretisk perspektiv og langt større handlingsrom, argumenterer for viktigheten av at behandlerne inngår i tverrfaglige samarbeidsgrupper rundt barna. Denne behandlertypen argumenterer for at psykologer og psykiatere må ut av sykehusene og aktivt melde seg på samarbeidet rundt pasientens barn.

Forord

Det er med jubel jeg setter sluttstreken for min masteroppgave! Det har vært en faglig og personlig reise som har begeistret og engasjert meg, men som til tider har vært så krevende at jeg har hatt tanker om å gi opp. Jeg hadde ingen anelse om hvilket arbeid som lå foran meg.

Kyndig og god veiledning fra Astrid Halsa har imidlertid hjulpet meg gjennom tvil og vanskelige perioder. Takk til deg, Astrid, for din tålmodighet og pedagogiske evne som gjorde at jeg underveis har beholdt troen på at jeg skulle klare å gjennomføre dette arbeidet. Din faglige kunnskap, tilgjengelighet og raushet på bruk av tid har gang på gang satt meg på sporet når avsporingen var et faktum. Jeg har lært mye underveis og ville ikke vært prosessen foruten, samtidig som jeg vet at jeg aldri ville ha klart å gjennomføre dette arbeidet uten deg. Læreprosessen har vart til jeg satte mitt siste punktum.

En stor takk til ledelsen for den psykiatriske avdelingen som inngår i studien, og som åpnet for at behandlere ved ulike seksjoner kunne delta. En spesiell takk de ni behandlerne som lot seg intervjuet og som på den måten ga meg mulighet til å få del i deres tanker, erfaringer og refleksjoner rundt oppfølgingen av barn som pårørende.

Takk også til de mange barn og foreldre som jeg har møtt gjennom mitt lange yrkesliv. Dere har vært mine viktigste læremestere og hovedmotivasjonen bak dette forskningsarbeidet. Dere fortjener kun det beste og at vi hjelpere anstrenger oss til det ytterste for å forstå og finne gode måter å bistå på!

Så en spesiell takk til Kari Lund, Elin Kufås og Anne Utvik som uunnværlige kollegaer og ”medsammensvorne” i en felles innsats overfor barn som pårørende i vårt distrikt. Dere har vært viktig for mitt faglige engasjement.

Til sist takk til min tålmodige ektefelle, til barn og barnebarn som har ventet på at bøker og PC skal ryddes vekk fra spisebordet og åpne for familiemiddager og min tilstedeværelse.

Bærum, den 31. oktober 2013

Lisbeth Rynning Myrvoll

Innhold

Kapittel 1 Innledning	1
1.1 Usynlige barn og fraværende hjelpere.....	2
1.2 Foreldres ambivalens og lojale barn.....	3
1.3 Helsepolitikk og lovendring	3
1.4 Fra lov til handling i en klinisk hverdag – min forskningsinteresse	4
1.5 Studiens problemstillinger og formål	6
1.6 Mitt profesjonelle engasjement.....	7
Kapittel 2 Kunnskapsstatus: Foreldreskap og psykiske lidelser	9
2.1 Psykisk sykdom som et tabubelagt og stigmatiserende fenomen	10
2.2 Barns erfaringer med å vokse opp med psykisk syke foreldre	11
2.3 Mødres erfaring med å være mor og psykisk syk	13
2.3.1 Samfunnsvitenskapelige studier	14
2.3.2 Fenomenologisk orienterte studier	16
2.4 Barrierer i det barnefokuserede arbeidet i voksenpsykiatrien	20
2.4.1 Den medisinske logikk	21
2.4.2 Tidspress og lite rutiner for samarbeid	22
2.4.3 Kunnskap og holdninger	23
2.4.4 Foreldres ambivalens og motstand hos barn og unge.....	24
2.5 Forebyggende hjelp for barn – lagspill med foreldre	24
Kapittel 3 Metode	27
3.1 Kunnskapssyn	27
3.2 Valg av metodisk tilnærming og design	29
3.2.1 Utvalg og informanter.....	30
3.2.2 Datainnsamling.....	33
3.2.3 Analyse	35
3.3 Metodekritikk.....	37
3.3.1 For-dommer	38
3.3.2 Gamle kjente	40
3.3.3 Om å forske på eget felt.....	40
3.4 Noen etiske refleksjoner	42
Kapittel 4 Resultater	44
4.1 Behandlingskonteksten.....	44
4.2 Tradisjonsbæreren	47
4.2.1 Lojalitet til systemet og begrensningens kunst	50
4.2.2 Barna – et arbeid satt ut på anbud til kompetente medarbeidere?.....	51
4.2.3 Dilemma: Min taushetsplikt – og vår opplysningsplikt til barnevernet	54

4.2.4 Oppsummering	55
4.3 Den tilpassede behandler	56
4.3.1 Barneansvarlige – en nødvendighet for at barna skal bli ivaretatt	59
4.3.2 På banen når det er bekymringer for barna	60
4.3.3 Allianse og prosessarbeid	63
4.3.4 Om å bli berørt som mor og behandler	63
4.3.4 Oppsummering	64
4.4 Den involverte behandler	65
4.4.1 Krisen som mulighet	66
4.4.2 Knapphet på tid og konsekvenser for kvalitet	68
4.4.3 Når foreldre ikke ser barnas behov – og barnevernet mangler kompetanse	70
4.4.4 Oppsummering	72
4.5 Utfordreren	73
4.5.1 Behandlers oppgave å være barneansvarlig	75
4.5.2 Samarbeid med ulike instanser rundt barna	77
4.5.3 Taushetsplikt, alliansebygging og prosess	79
4.5.4 Oppsummering	80
Kapittel 5 Diskusjon	82
5.1 Forståelse og kunnskap – makt, avmakt og motmakt	85
5.2 Det vanskelige oppfølgingsarbeidet i praksis	94
Kapittel 6 Avslutning	98
Litteraturliste	102
Vedlegg 1 – Brev fra Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD)	109
Vedlegg 2 – Intervjuguide	111

Kapittel 1 Innledning

Omfattende forskning viser at barn av foreldre med alvorlig psykiske helseproblemer har en signifikant større risiko for å utvikle problemer for egen del, både psykisk, kognitivt, sosialt og somatisk, både på kort og lang sikt, sammenlignet med familier hvor foreldrene ikke har psykiske helseproblemer (Rutter & Quinton, 1984; Rutter, 1986; Beardslee et al., 1983; 1998; Cleaver et al., 1999; Smith, 2004; Weissmann, et al., 2006). Enkelte studier viser at 40 % av barna til foreldre med alvorlig depresjon rammes selv av depresjon, før de fyller 20 år, tallet øker til 60 % ved 25 års alder (Beardslee et al., 1998). Weissman et al. (2006) har i sine oppfølgingsstudier over 20 år, vist at barn som vokste opp med foreldre med alvorlig depresjoner, hadde tre ganger så stor risiko for å utvikle rusproblemer, angst problematikk og alvorlige depresjoner. Studiene viste også at barna i større grad enn andre var belastet med somatiske sykdommer og høyere dødelighet. Denne forskningen viser at konsekvensene for barna er avhengig av sykdommens varighet og alvorlighetsgrad og hvordan livssituasjonen ellers er for foreldrene. Konsekvensene for barna vil også være avhengig av alderen på barnet når problemene oppstår. For sped- og småbarn vil problemene vise seg i form av tilknytnings- og samspillproblemer (Cleaver et al., 1999), mens hos skolebarn vil en se ulike former atferdsproblematikk (Rutter & Quinton, 1984). Beskrivelser gitt av voksne som har vokst opp med foreldre med alvorlig psykiske problemer, viser at barndommen ofte var preget av felles opplevelser av skyld, skam, isolasjon, ensomhet, uforutsigbarhet og taushet (Granath, 1996; Alhgreen, 1998; Kufås, 2005).

Risikoen gjelder barna som statistisk gruppe. De fleste barna klarer seg bra til tross for belastningene, uten at de får egne diagnostiserbare tilstander (Rutter & Quinton, 1984; Cleaver et al., 1999). Belastningene kan likevel ramme dem uheldig. De voksne informantene i Granath (1996) sin intervjustudie oppgir at de "har klart seg bra", men opplever at deres oppvekst har påvirket dem negativt og gitt dem vanskeligheter i relasjon til andre mennesker, til barn og til partnere. Selv om de hadde lært viktige ting gjennom å mestre utfordringene, opplevde de at prisen for denne kunnskapen kunne være høy. Faktorene som beskytter og som fremmer resiliens (motstandsstyrke) og mestring hos barna, til tross for belastninger, vil være avgjørende for om barna får problemer. I et perspektiv som vektlegger resiliens og mestring, vil også konsekvensene for barna henge

sammen med de helsefremmende og forebyggende innsatsene som tilbys barna og familiene innenfor ulike tjenester.

Rutter & Quinton (1984) viste allerede i 1984 i en longitudinell studie av psykiatriske pasienters barn, at barnas utvikling hang sterkt sammen med kvaliteten på relasjonen mellom barna og foreldrene. Andre studier viser også at dersom foreldrefungeringen er adekvat og hensiktsmessig i forhold til barnets behov og utvikling, så utgjør det ingen risiko for barn å vokse opp med foreldre som har psykiske lidelser (Berg-Nielsen, 2003). Foreldre med alvorlige psykiske problemer strever imidlertid mer enn andre med å ivareta oppdragerrollen. Det vil bl.a. ofte kunne oppstå forstyrrelser i foreldreatferd i form av redusert oppmerksomhet og interaksjon, økt konflikt nivå og redusert evne til å løse konflikter (Beardslee et al., 1997;1998; Cleaver et al., 1999; Berg- Nielsen, 2003; Smith, 2004), noe som er med på å forklare vanskene barna kan utvikle.

1.1 Usynlige barn og fraværende hjelpere

Til tross for betydelig kunnskap om barns utsatthet når foreldrene sliter med alvorlige psykiske helseproblemer, har barna nasjonalt i liten grad blitt fanget opp og hjulpet før de utvikler problemer. Flere har rettet søkelyset på voksenpsykiatriens manglende engasjement i pasienters barn og familie (Kufås et al., 2001; 2011; Mevik & Trymbo, 2002; Grøsfjeld, 2004; Kufås, 2005; Aamodt & Aamodt, 2005; Halså, 2008).

Dokumentasjon viser at barna har vært tilnærmet usynlige innenfor spesialisthelsetjenesten, men også i kommunehelsetjenesten (Ytterhus & Almvik, 1999). En rapport som for noen år siden dokumenterer situasjonen godt på landsbasis er *"Tiltak for barn med psykisk syke foreldre"* (Aamodt & Aamodt, 2005). Rapporten oppsummerer at tilbudet til barna av psykisk syke er mangelfullt, preget av tilfeldigheter og mangel på rutiner, uforutsigbarhet, manglende samarbeid og koordinering mellom de aktuelle tjenestene. I den grad det fantes et barnefokuseret forebyggende arbeid nasjonalt i voksenpsykiatrien, ble det hevdet at det skyldes "dyktige ildsjeler" med faglig kompetanse. I voksenpsykiatrien pekes det på fraværet av nettverks- og familieperspektiv som sentralt for at barna forblir usynlige, noe som sees i sammenheng med den overordnede tenkningen innenfor feltet som bygger på en medisinsk og individorientert kunnskapsmodell (ibid). De samme funnene gjenspeiler seg i internasjonal litteratur (Stanley et al., 2003; Reupert & Mayberry, 2007; Stallard et al., 2004, Solantaus & Toikka, 2006).

1.2 Foreldres ambivalens og lojale barn

Forebyggende arbeid over denne målgruppen er komplekst. Halsa (2008) drøfter i sin doktorgradsavhandling ”*Mamma med nerver*” flere og sammensatte grunner for at man ikke har nådd fram med hjelp til barn som har foreldre med psykiske problemer. Hun viser til et komplisert samspill mellom trekk ved hjelpeapparatet og trekk ved foreldrenes situasjon som medfører at barna blir usynlige, og derfor vanskelig å hjelpe. Mødrenes oppfattelse av barn som et privat foreldreansvar, stigmatiseringen og tabuiseringen av psykiske helseproblemer i vår kultur, gjør at de ikke selv ber om hjelp, men tvert imot prøver å skjule sine plager og venter i det lengste med å be om hjelp for barna. Sammen med individperspektivet i psykiatrien, mangel på kompetanse, mot og rutiner for å ta opp barns situasjon, og manglende rutiner for samarbeid mellom spesialisttjenester for voksne og kommunale tilbud til barn og familier, forblir barna usynlig og uten hjelp, ifølge Halsa (ibid). Det faktum at barns problemer ofte ikke blir synlige før de kommer i tidlig ungdomsalder, gjør det vanskelig å fange dem opp på et tidligere tidspunkt (Karevold et al., 2009; Frønes, 2010). Barn er også lojale og føler ofte et ansvar for foreldrenes problemer, skjuler det som er vanskelig og strekker seg langt, ofte på bekostning av egne behov (Glistrup, 2004; Sølvberg, 2011) Dette medfører at barna ikke blir kjent med egne følelser og behov. At barn og unge ønsker å fremstå som normale i det offentlige rom, spesielt overfor jevnaldergruppen, for å unngå stigmatisering belyses av Fjone et al., (2009) som beskriver ulike strategier de velger for å framstå som normale i egne og andres øyne. Problemer og belastninger forblir usynlig for barnet selv, for familien, nettverk og hjelpeapparatet.

1.3 Helsepolitikk og lovendring

En rekke helsepolitiske dokumenter fra slutten på 90 tallet gir gruppen barna, som har foreldre med alvorlige psykiske helseproblemer og rusavhengighet, en høy politisk prioritet. I rundskriv IS-5/2010 (Helsedirektoratet, 2010) ”*Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*”, anbefaler direktoratet, på grunnlag av den kunnskapen som finnes, at de instanser som har foreldrene til behandling identifiserer barna, støtter barna og foreldrene, og ved behov henviser dem videre til annen hjelp. I 2007 (Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet, 2007) varslet myndighetene en flerårig satsning på tvers av departementer og ulike tjenester på alle nivåer. Formålet var å utvikle en mer systematisk og samordnet tverrfaglig og tverrsektoriell hjelp i den

hensikt å forebygge problemer hos barna. Regjeringens politiske målsetting er å komme til med tidlig hjelp og sikre langsiktig oppfølging av barna og familiene (Helsedirektoratet, 2007). Midler ble fordelt til igangsetting av ulike prosjekter og økt forskningsaktivitet, med fokus på å utvikle forebyggende tiltak og praksiser. I januar 2010 ble det iverksatt endringer i lov om helsepersonell og i spesialisthelsetjenesteloven (Ot.prp. nr. 84 (2008-2009)). Helsepersonellovens § 10a pålegger alt helsepersonell en plikt til å bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand. Det er foreldrenes behandlere som i utgangspunktet er gitt plikten å bidra til at barna blir ivaretatt med hensyn til informasjon og oppfølging. Begrunnelsen er behandleres kjennskap til pasienten og situasjonen rundt, og et ønske om å hindre at innsatsen overfor barna løsrives fra behandlingen (ibid). Ifølge helsedirektoratets rundskriv IS-5/2010 (Helsedirektoratet, 2010) innebærer plikten at barna hjelpes gjennom at foreldrene hjelpes og støttes til å gi sine barn bedre omsorg. Spesialisthelsetjenesteloven § 3 – 7a pålegger helseforetakene og behandlingsinstitusjonene en plikt til å opprette egne barneansvarlige som systemansvarlige og pådrivere, som skal sikre at interessene til pasientens mindreårige barn blir ivaretatt (Ot.prp. nr 84 (2008-2009)). Ifølge rundskriv IS-5/2010 (Helsedirektoratet, 2010) er barneansvarliges oppgaver åpen. Det enkelte helseforetak skal definere ordningen og hvordan arbeidsfordelingen mellom barneansvarlig og behandler skal være.

1.4 Fra lov til handling i en klinisk hverdag – min forskningsinteresse

Utfordringene for voksenpsykiatrien, for behandlere og barneansvarlige, er å omsette lovens ord og intensjoner om en forebyggende innsats overfor pasienters mindreårige barn til handling i den kliniske hverdagen. Selv om helsepersonell har fått plikt til å identifisere barna og bidra til at barna og familiene får den nødvendige oppfølgingen, viser det seg at det kan være vanskelig å identifisere hvilke barn og familier som har behov for hjelp. Likeså kan det være utfordrende å komme til med hjelpen (Halsa, 2008). Det knytter seg usikkerhet til hvordan hjelpen skal utformes for å være til hjelp for den enkelte og for familien som helhet. Det er nokså uklart og lite systematisert kunnskap om hva

helsevesenet vet om disse barna og hva som gjøres mens foreldrene er syke, og hva som vil være nødvendig hjelp for å sikre barna en god utvikling.

Min forskningsinteresse er knyttet til disse spørsmålene: hvordan følges lovendringen opp i den kliniske hverdagen, - fanges barna opp og får de den nødvendige informasjon og oppfølging? Specialisthelsetjenestene er gitt et særlig ansvar gjennom sin forpliktelse til å utnevne barneansvarlige personell som skal ha et systemansvar og være pådrivere for at barn som pårørende blir fulgt opp. Derfor vil jeg se på hvordan behandlere ved psykiatriske døgnavdelinger ivaretar pasientenes barn og hvordan denne praksis begrunnes. Jeg har valgt døgninstitusjoner fordi pasientgrunnlaget her er mennesker som er alvorlig rammet av psykiske helseproblemer. Døgninstitusjoner vil således kunne være nøkkelinstanser når det gjelder å komme i kontakt med de mest utsatte barna og deres familier. Tall fra forskjellige undersøkelser viser at mellom 20 – 30 % av dem som blir innlagt i psykiatriske institusjoner har mindreårige barn (Halsa, 2008). Sannsynligheten for å finne informanter med erfaring og engasjement fra arbeidet fra foreldre med alvorlig psykiske problemer og deres mindreårige barn, er absolutt tilstede.

I oppgaven snakker jeg om foreldre som har alvorlige psykiske helseproblemer. Psykisk sykdom er slik jeg oppfatter det et tvetydig og problematisk begrep. Det rommer et vidt spekter av tilstander og diagnostiske kategorier med store variasjoner når det gjelder symptomer og uttrykksformer, alvorlighet og varighet, også innenfor samme diagnosekategori. Sykdomsbegrepet kan oppleves sykelliggjørende og stigmatiserende. Det framhever avviket og det unormale og lager et skille mellom oss som friske og de andre som syke. Sykdomsbegrepet bekrefter også den medisinskfaglige dominansen innenfor psykisk helsevern som fagfelt. Siden denne studien tar sitt utgangspunkt i en voksenpsykiatrisk behandlingskontekst hvor behandlere snakker om pasienter og psykisk sykdom, bruker jeg i denne oppgaven også sykdomsbegrepet. Psykisk lidelse blir også brukt for å variere språket.

Det er av spesiell interesse, slik jeg ser det, å få kunnskap om hvordan behandlere innenfor en døgnavdeling forstår og definerer sin rolle når det gjelder ivaretagelse av barn som pårørende. I denne studiens sammenheng er de voksne behandlere psykiatere/leger og psykologer. Leger og psykologer er profesjoner som tradisjonelt har det formelle behandlingsansvaret innenfor en voksenpsykiatrisk kontekst. De er yrkesgrupper med de

sterkeste faglige føringene på feltet. Dette på grunn av den makten som er gitt dem, både gjennom lovverket og tradisjoner. Deres forståelse av hva som er god behandling og aktuell praksis innenfor en behandlingsenhet, gjør dem til viktige premissleverandører innenfor sin enhet og vil være førende for de praksiser som utvikles, også når det gjelder den forebyggende innsatsen som rettes mot barn, slik jeg ser det. Dette synspunktet finner jeg støtte for hos Haugsgjerd et al., (2006, s 29), som gir leger, ved psykiatere, en nøkkelrolle når det gjelder forandringer i psykiatrifeltet, med henvisning til biomedisinske aspekter ved psykiske lidelser og til lover og forskrifter om ansvarsforhold. Innenfor en voksenpsykiatrisk kontekst har dette også vært yrkesgrupper som tradisjonelt og historisk har framstått som mindre engasjert i forhold til pasientens barn og familier.

Begrunnelsen for å velge den voksnes behandler som informant i denne studien, er flere. Litteraturgjennomgang viser at det finnes lite kunnskap om hvordan behandlere ser på egen rolle i ivaretagelsen av pasienters barn, hvordan de handler i praksis og hvordan egen praksis begrunnes. Å intervju de voksnes behandlere vil gjøre det mulig å få en kunnskap om i ivaretagelsen av barn som pårørende, i lys av de aktuelle behandlingsoppgavene som foreligger. Behandlernes erfaringer kan tilføre kunnskap og forståelse for mulighetene og begrensningene som finnes innenfor deres kontekst, slik de erfarer det, og derved representere en kunnskap som kan være nyttig for utvikling og utforming av forebyggende innsats overfor barn som pårørende i en voksenpsykiatrisk kontekst.

1.5 Studiens problemstillinger og formål

Jeg har følgende problemstilling for min studie:

Hvordan ivaretar behandlere i voksenpsykiatrien oppfølging av pasientenes barn?

Presiseringen av problemstillingen for studien uttrykkes gjennom følgende

forskningsspørsmål:

1. Hva er behandlernes syn på sin egen rolle/ansvar i oppfølging av pasientenes barn?
2. Hvordan tenker og handler behandlerne for at barna til pasientene skal bli fulgt opp?
3. Hvordan tenker, reflekterer og handler de i saker hvor de bekymrer seg for barnas omsorgssituasjon?

Studiens formål er å få kunnskap om hvordan behandlere i voksenpsykiatrien erfarer og handler overfor pasientens mindreårige barn når foreldrene er innlagt for behandling av

alvorlige psykiske helseproblemer. Gjenstanden for min studie er behandlere med et formelt behandlingsansvar for foreldrene og en lovpålagt plikt til å bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom kan ha som følge av foreldrenes tilstand. Det er altså forbindelsen mellom det å skulle ivareta et behandlingsansvar for foreldrene og samtidig ivareta plikten til å bidra til at barn som pårørende blir ivaretatt jeg vil undersøke nærmere. Med mindreårige barn forstås her barn og unge i alderen null til atten år. I denne sammenhengen er foreldrenes behandlere leger og psykologer. Annet helsepersonells erfaringer med ivaretagelse av barna vil ikke være gjenstand for undersøkelse i denne studien. Studien er ment som et bidrag inn i debatten om hvordan barn kan ivaretas og følges opp innenfor en voksenpsykiatrisk setting, behandlernes rolle i dette og hvilke utfordringer som finnes i dette arbeidet.

1.6 Mitt profesjonelle engasjement

Som sosionom med erfaring fra sosialt arbeid innenfor barneverntjenesten på 80 tallet, fikk jeg tidlig innsyn og engasjement i utsatte gruppers levekår og hvordan den sosiale arven kunne påvirke barnas helse, livsbetingelser og mestring av eget liv. Mange foreldre slet med ulike psykososiale belastninger og til dels store psykiske problemer, uten at det ble etablert et samarbeid mellom oss i førstelinjen og foreldrenes behandlere. Da en av foreldrene tok livet av sitt eget barn, ble det en skjellsettende opplevelse for meg, både personlig og profesjonelt. Ønsket om å bistå utsatte barn og deres foreldre med en tidlig innsats, både tverrfaglig og tverretattlig, ble et viktig anliggende for meg i mitt videre virke innenfor barne- og ungdomspsykiatrien, voksenpsykiatrien og psykiske helsetjeneste for barn og unge på kommunenivå.

I de siste 15 årene har jeg vært engasjert i forebyggende arbeid overfor målgruppen barn og unge som har foreldre som sliter med alvorlige psykiske helseproblemer, og har derved en betydelig nærhet til og engasjement i det tema som skal utforskes. Jeg har hatt samtaler med barn og foreldre, arbeidet med barn i grupper, gitt veiledning og deltatt i ulike prosjekter med tanke på å utvikle og implementere ulike intervensjoner rettet mot denne målgruppen barn. Jeg har vært ansatt ved den aktuelle psykiatriske avdelingen som inngår i studien som medarbeider i ulike prosjekt. Et av prosjektene hadde som mål å utvikle kunnskap, rutiner og metoder for et barnefokusert arbeid ved de tre akuttpostene i den

hensikt å styrke foreldrekompentansen og få barna i tale. Dette innebar et tett klinisk samarbeid mellom meg som prosjektmedarbeider og behandlingspersonalet og ga meg personlige erfaringer i det kliniske arbeidet innenfor en akuttpsykiatrisk kontekst, samt innsyn i behandlingspersonalets utfordringer, tanker og holdninger på den tiden. I ettertid fulgte jeg opp det barnefokuserte arbeidet som veileder over en periode. Dette arbeidet ga innsikt i at mange behandlere engasjerte seg lite i det direkte barnefokuserte arbeidet eller i den veiledningen som ble tilbudt, men i stor grad så ut til å overlate dette arbeidet til sykepleiere, sosionomer og annet pleiepersonell. Dette var i seg selv ingen ny innsikt, men for meg var det tydelig at det barnefokuserte arbeidet kunne lide av at behandlerne ikke i større grad deltok med sin kompetanse og var mer aktivt med i diskusjonene rundt barna og pasientene som forelder. Samtidig hadde de det faglige ansvaret og makt til å bestemme hva som skulle gjøres eller ikke. Unntakene var imidlertid flere og viste at behandleres engasjement, spesialkunnskap og relasjon til den innlagte forelderen kunne gjøre en positiv forskjell for hva det ble mulig å få til av samarbeid om barna, men også gi positive følger for det tverretatlige arbeidet og tilgang på ressurser ute i kommunene. Nysgjerrigheten min var økende, - hvorfor var det slik og hva tenkte behandlerne selv om sitt arbeid og ansvar knyttet til barn som pårørende? Gradvis vokste det fram en plan om at dette måtte bli tema i min masteroppgave.

Kapittel 2 Kunnskapsstatus: Foreldreskap og psykiske lidelser

Barn som vokser opp med psykisk syke foreldre er i utgangspunktet ikke behandlingstrengende, men mange har, som nevnt innledningsvis, behov for forebyggende innsatser. Profesjonelt arbeid i denne sammenhengen handler om helsepersonells målrettede innsats overfor barn som pårørende i en forebyggende hensikt. Forebygging handler om tiltak som settes inn før sykdom eller før det har oppstått et klinisk symptomnivå som krever behandling. Faglitteraturen argumenterer ofte for viktigheten av å komme til med en tidlig forebyggende innsats og knytter det ofte til barnets alder (Major et al., 2011). Tidlig intervensjon kan også forstås som tidlig i forhold til et oppstått behov, hvor tilgjengeligheten av den hjelp som behøves understrekes som helt vesentlig (Artaraz et al., 2007). God behandling til foreldre vil være en viktig forebyggende innsats overfor det enkelte barn og deres familie, men ikke alltid tilstrekkelig. Tilgangen på ulike og tilpassede hjelpetiltak for den enkelte forelder er viktig. Det faktum at alvorlige psykiske problemer både kan være langvarige og tilbakevendende, gjør at gode forebyggende strategier overfor en del av disse familiene vil kreve parallell og vedvarende innsats på flere områder.

Forebygging kan foregå på ulike nivåer hvor det skilles mellom universelle, selektive og indiserte forebyggende tiltak (Mrazek & Haggerty, 1994). Universelle tiltak rettes mot grupper i befolkningen uten at det er identifisert risiko, selektive tiltak retter seg mot grupper med risiko høyere enn gjennomsnittet, og indiserte tiltak settes inn overfor personer med høy sykdomsrisiko. Oppgavene helsepersonell har overfor barn som pårørende når foreldrene sliter med alvorlige og langvarig psykiske problemer, kan forstås som ”å styrke mulighetene for vekst og redusere belastninger for barn og unge” (Kufås, Lund, Myrvoll, 2011), og befinner seg i grenselandet mellom et selektivt og indisert forebyggende arbeid.

Spørsmålet er hva som er gode forebyggende tiltak for barns som vokser opp familier hvor mor eller far har en alvorlig psykisk lidelse. Jeg har søkt i internasjonal og nasjonal forskning for å finne ut hvilke problemer barn som vokser opp i slike familier har og hvilke tiltak hjelpeapparatet har utviklet for å møte barna og foreldrenes behov. Det finnes en stor

mengde forskning på barn som har foreldre med psykiske problemer. Overvekten av forskningen er basert på virkningen foreldrenes problemer får for barnas helse og voksnes oppfatning av barnas erfaringer. Det er få studier som inkorporerer barnas egne perspektiv. Mye av litteraturen undersøker synspunkter hos hjelpere, i motsetning til det å få fram synspunktene hos pasienter eller deres familier. Det å få fram erfaringer som barn og foreldre har, mener jeg er viktig for å kunne utvikle egnede hjelpetiltak. Stigma og tabu er helt avgjørende for å forstå foreldres og barns erfaring. Dette kapittelet starter derfor med en kort redegjørelse for hvordan stigma kan virke inn på foreldrerollen. Deretter en forskningsgjennomgang som tar utgangspunkt i kvalitative studier hvor barn og foreldres subjektive opplevelser har vært det søkekriteriet jeg har brukt for å finne litteratur. Etter det beveger jeg meg over i den profesjonelle kontekst. Jeg tematiserer hva forskningen sier om barrierer og vansker knyttet til å følge opp pasientenes barn. Avslutningsvis argumenterer jeg for at forebyggende hjelp for barn kan kreve et lagspill med foreldre.

2.1 Psykisk sykdom som et tabubelagt og stigmatiserende fenomen

Selv om det har skjedd en endring i synet på psykiske problemer i vårt samfunn, er det god grunn til å hevde at psykisk sykdom fortsatt er tabubelagt og forbundet med skam og stigma. I en norsk gallupundersøkelse (Rådet for psykisk helse, 2001), svarte 57 % av de spurte at de var helt eller delvis enige i påstanden om at psykisk sykdom er tabubelagt. En annen gallupundersøkelse om vanlige folks holdninger til psykisk sykdom, bekrefter at fordommene har sin rot i vanlige folks forståelse. 40 % av de spurte var helt eller delvis enige i at personer med psykiske sykdommer kan være farlige for omgivelsene, 30 % av de spurte var helt eller delvis enig i at personer med psykisk sykdom aldri ble kvitt sykdommen (Rådet for psykisk helse, 2001; Sosial- og helsedepartementet, 2000). Halså (2008, s. 22) viser til Bower som har gått gjennom forskningslitteratur i forsøk på å finne begreper hun mener kan bidra til å bestemme hva vi i vår kultur legger i begrepet "mental illness". Noen av begrepene Bower lister opp er *tap av ansvar*, *tap av kontroll*, *irrasjonalitet*, *sosial truende og forstyrret atferd*, begreper som ifølge Halså står i klar kontrast til verdier for god barneomsorg som kan beskrives med begrepene *forutsigbarhet*, *trygghet*, *innlevelse*, *struktur og ansvar*. Mødrene i Halsås studie fryktet et dobbelt stigma på grunn av kombinasjonen psykisk syk og foreldreskap. De følte skam og opplevde at det

å ha en psykisk sykdom hadde fått negative konsekvenser for deres selvopplevelse. Frykten for andres fordømming medførte at mange mødre strakk seg langt for å presentere seg utad som velfungerende og normale familier, noe som forhindret dem i å søke og å motta offentlig hjelp og støtte som foreldre (ibid). Også barna kan rammes av stigmatisering og opplever skam i forbindelse med foreldres psykiske problemer (Fjone et al., 2009).

2.2 Barns erfaringer med å vokse opp med psykisk syke foreldre

Ulike utenlandske kvalitative studier hvor barn og unge selv inviteres til å fortelle om sin situasjon og erfaringer, avdekker at mange barn strever med å forstå foreldrenes problemer, og at mangel på informasjon og kommunikasjon om problemene gir dem unødige belastninger fordi de bekymrer seg for sine foreldre. Yngre barn bekymrer seg for at foreldre kan dø, eldre barn for at de selv kan bli syke, og mange opplever at de kan være skyld i foreldrenes problemer. Barna kan også være redd for at foreldre skal ta sitt eget liv eller kunne skade andre i familien. De kan også oppleve skam og har erfaring med å bli ertet i forbindelse med foreldrenes sykdom. Mange påtar seg omsorgsoppgaver både for foreldre og yngre søsken. Bedre behandlingshjelp til foreldre står øverst på alle barns ønskeliste. Voksne støttepersoner i nettverket, venner og fritidsaktiviteter oppgis som vesentlige faktorer i barn og unges liv. (Fuge & Mason, 2004; Reupert & Mayberry, 2007; Stallard, Norman, Huline-Dickens, Salter & Cribb, 2004; Mordoch, 2010).

I en kvalitativ studie av 22 barn i alderen 6 til 16 år, viser Mordoch (2010) hvordan barna strever med å forstå psykisk sykdom og hvordan tausheten fra voksne gir opphav til misforståelser og belastninger. Det som fra foreldrenes side var ment som en beskyttelse, påførte i stedet flere bekymringer og forårsaket unødvendige emosjonelle påkjenninger. Barna forsto sykdommen basert på observasjoner av foreldrenes atferd, sporadisk informasjon fra familie og av og til fra lærere og rådgivere, i tillegg til brosjyrer, media og tilfeldigheter. Forståelsen ble til gjennom en prosess hvor de satte sammen fragmenter av informasjon for å skape mening. Mordoch (2010) konkluderer med at barn og unge behøver nok informasjon om mentale lidelser for å få hjelp til å leve med de betingelsene og omstendighetene de befinner seg i, og for å unngå emosjonelle belastninger, uheldige misforståelser og for at de skal få et håp for fremtiden.

Andre studier viser at informasjonsbehovet varierer. Stallard et al. (2004) viser i sin studie der 24 foreldre og deres 23 barn deltok, at ca 1/3 av foreldrene og barna ikke ønsket mer informasjon for barnas del fordi det kunne oppleves som en byrde. Barnas bekymringer for at mer informasjon kunne ha negativ effekt, ble oppfattet som et ekko av foreldrenes egen frykt.

I en norsk studie viste det seg at barna primært ønsket støtte fra nettverk og familie og ikke fra profesjonelle (Almvik & Ytterhus, 2004). I en annen norsk studie kommer det tydelig fram at de skammer seg over foreldrenes sykdom, har erfart eller er engstelige for å oppleve stigmatisering (Fjone et al., 2009), og derfor anvender ulike strategier for å framstå som normale i egne og andres øyne. På den måten er de med på å gjøre egne problemer og utfordringer med å vokse opp med psykisk syke foreldre usynlige.

Stallard et al. (2004) identifiserer i sin studie at barns bekymringer og ønske om endringer for seg og sin familie er knyttet til flere forhold, - foreldrene helse, relasjonelle forhold i familien og praktiske forhold knyttet til bopel, økonomi og praktisk oppfølging av barna, for eksempel skoleskyss. Forhold knyttet til skoleprestasjoner og oppfølging av skole, var det barna i denne studien bekymret seg mest for, nest etter bekymringer for foreldrenes helse. Ungdommene i Fudge & Mason (2004) studie etterlyser mer støtte og forståelse for sin situasjon i skolen og ønsker at lærere blir bedre informert og mer innlevende.

Spørsmålet om familiesamtaler med foreldrenes hjelpere kan være nyttig besvares ikke entydig av 25 ungdommer i alderen 13 til 20 år i en studie gjennomført av Fudge & Mason (2004). Noen mente det kan være nyttig for å få informasjon, redusere misforståelser og forvirring, og for å bedre kommunikasjon i familien. En ønsket seg separate møter for å kunne snakke fritt og for å unngå å bekymre andre i familien. De som ikke så verdien av familiesamtaler, var bekymret for at de kunne belaste den syke forelderen, eller at samtalene kunne bli truende eller utløse bekymringer hos andre familiemedlemmer. Noen mente at de allerede visste nok. Andre igjen var engstelige for at situasjonen kunne bli verre etter samtalen, når helsearbeideren ikke var tilstede. Fugde & Mason (2004) minner om viktigheten av å ha fokus på styrker og fordeler barna kan erfare ved å vokse opp i sine familier, og spør 55 barn og unge om hva det beste ved å vokse opp i sine familier var. Med unntak av to av barna, som svarer at det ikke finnes noen fordeler med å vokse opp i sine familier, blir de øvrige svarene en påminner til forskerne om at til tross for strev og utfordringer, opplever barn fordeler og gode ting ved å vokse opp i sine familier.

Studiene gir barn og unge en tydelig stemme. Bedre hjelp til den psykisk syke forelderen står øverst på de flestes ønskeliste. Deres erfaringer og opplevelser av hva som er egne og familiens behov og hva som vil være hjelpsomt, gir anvisninger til hjelpeapparatet om å gå bredt ut og gjøre en felles innsats på flere områder samtidig. De viser til hvordan egne påkjenninger ikke bare henger sammen med informasjon og hva de selv forstår og kan mestre, men også henger sammen med hvordan de øvrige medlemmene har det og hvordan dette spiller sammen med familiens materielle forhold og tilgang på nødvendige ressurser. Det pekes på at alle i en familie kan ha behov for rådgivning og emosjonell støtte og at både praktisk og økonomisk hjelp til familiene er viktig. Familie og andre støttepersoner i nettverket erfares som de viktigste hjelperne for de fleste barn og unge, og viser til viktigheten av å arbeide indirekte med barn og unges nettverk for å sikre at de både får den informasjon og støtten de behøver. Studiene viser også at barnas erfaringer og synspunkter på hva som kan være hjelpsomt for dem og deres familier, variere i stor grad og krever en individuell og åpen tilnærming. Ikke minst krever det et godt og tillitsfullt foreldresamarbeid hvor foreldrene gis muligheter til å drøfte barnas behov, men også egen frykt og ambivalens for å åpne opp for det som følger med informasjon og dialog. Som Stallard (2004) viser i sin studie, var barnas bekymringer for at informasjon kunne ha en belastende effekt, et ekko av foreldrenes egen bekymring. Dersom foreldrenes ambivalens og frykt bearbeides, vil det med all sannsynlighet gjøre flere barna mer åpen for informasjon og dialog i familien (Pihkala & Johansson, 2008).

2.3 Mødres erfaring med å være mor og psykisk syk

Det siste tiåret har det vært publisert mange studier som handler om foreldreskap og psykiske helseproblemer. I nesten alle disse studiene er det mødre som er informanter og det er mødrenes opplevelser av å være mamma og psykisk syk som blir tematisert. Denne oppgaven gir ikke rom for å diskutere hvorfor det er slik, men som Halså (2008) peker på i sin avhandling, er moderskap noe annet enn faderskap. Normene knyttet til moderskapet og faderskapet er forskjellige, og disse forestillingene påvirker hvordan foreldreskapet utformes og hvilke konsekvenser psykisk sykdom får for en mor og en far. Jeg velger derfor i det følgende å begrense forskningsgjennomgangen til mødrenes opplevelser.

Blegen, Hummelvoll & Severinsson (2010) har foretatt en litteraturstudie hvor de gjennomgår 19 utvalgte internasjonale artikler som beskriver ulike studier i perioden fra

1998 til 2009, i den hensikt å få en kunnskapsstatus om mødre med mentale helseproblemer og de utfordringene de møter i sin rolle som mor. Litteraturstudien identifiserer tre hovedtemaer: mødrenes sårbarhet som mødre, deres frykt for ikke å bli oppfattet som gode nok mødre og deres bekymringer for at barna kunne utvikle psykiske problemer. Denne litteraturgjennomgangen viser, ifølge forfatterne, at det har skjedd et skifte fra å studere mødrenes kliniske symptomer og medisinske diagnose som individuelle problemer, til å studere en bredere kontekst som inkluderer andre faktorer som har mer innflytelse på mødrenes mentale helseproblemer, mødrenes foreldrefungering og på barna.

2.3.1 Samfunnsvitenskapelige studier

I sosiologisk orientert forskning er temaene preget av hvordan samfunnsmessige, kulturelle og strukturelle forhold påvirker mødrenes opplevelser og peker på hvordan mødre møter disse strukturelle forholdene. I doktorgradavhandlingen ”Mamma med nerver” drøfter Halså (2008) hvordan de 16 mødrene som inngår i studien, møter utfordringene med å forhandle sin identitet som ”mamma” og som ”psykisk syk”, og hvilke konsekvenser det får for hvordan de tenker om hjelp til sine barn. Mødrenes strev med å tilfredsstille kravene til foreldrerollen beskrives av Halså som en ”normalitetskamp”. Det handlet om, på tross av egne psykiske problemer, å klare å følge opp barna emosjonelt og praktisk. Halså beskriver mødrenes ambivalens i møte med hjelpeapparatet og gapet mellom mødrenes ønsker om å være gode empatiske mødre, og de erfaringene de hadde med ikke å kunne leve opp til egne og andres forventninger. Problemene og vanskene de opplevde i sin omsorgsrolle ble av mødrene definert som et privat anliggende for familien, ikke noe de skulle henvende seg til velferdstjenestene med.

Halså ser på mødre som velferdsaktører, ikke som passive mottakere av velferdstilbud, og forstår deres handlinger som strategiske. Mange mødres vegring mot å ta imot hjelp for sine barn må derfor ikke forstås som at de ikke ønsker hjelp eller ikke forstår at barna kan bli påvirket negativt, men som et uttrykk for en ambivalens som kan knyttes til tabu, skam og engstelse for negative og stigmatiserende holdninger som er knyttet til psykisk sykdom i vår kultur. I følge hennes analyser opptrer mødre strategisk for å beskytte seg mot tap av anerkjennelse i egne og andre øyne. Halså hevder at mødre med psykiske helseplager var underlagt, og underla seg selv, mistankens blikk. Som aktører inngår de i og handler

innenfor sosiale strukturer som allerede ligger der og som de gjør sitt beste for å tilpasse seg.

Funnene i engelsk studie (Stanley, Penhale, Riordan, Barbour & Holden, 2003) bekrefter hvordan mødre med psykiske problemer vegrer seg for å be om hjelp, både for egen og barnas del, fordi de frykter stigma og for å bli vurdert som dårlige mødre og dermed miste omsorgen eller kontakten med barna. Som en del av en større studie ble 11 mødre med alvorlige psykiske problemer, som både hadde med kontakt med barnevernet og psykisk helsetjenester, dybdeintervjuet om sine erfaringer med tjenestene. Et hovedfunn i denne studien var at mødrene snakket varmt om hjelpen og støtten de fikk av de psykiatriske sykepleierne i kommunen, og mødrenes uttalelser viser at de hadde stor tillit til denne profesjonsgruppen. Når det gjaldt kontakten med barnevernet var erfaringene motsatt. De opplevde denne kontakten som truende og umyndiggjørende. De opplevde at de ble møtt med mistro, at de hadde liten mulighet til å påvirke beslutninger og følte seg anklaget og nedvurdert. Forskerne konkluderte med at mødrene opplevde samarbeidet med barnevernet som stressende og belastende. Et forhold de mener kan ha betydning for dette, er de symptomene psykisk sykdom gir. De stiller spørsmål om deprimerte personer er spesielt sårbare når det gjelder tvangsaspektet ved barnevernssystemet, og derfor ute av stand til å utnytte mulighetene for et *"partnerskap"* med barnevernet. Depresjonen er i seg selv en faktor som bidrar til lav selvaktelse og nedvurdering av en selv.

Studien gir, ifølge forskerne, en pekepinn på behovet for at tjenester bør følge mødre og familiene parallelt, og at voksenalderpsykiatrien ikke må trekke seg ut og overlate det foreldrestøttende arbeidet til barnevernet alene. Familiene behøver både en psykologisk støtte til foreldrene og en oppfølging av barnets velferd når foreldre sliter med psykiske problemer. Barnevernet ser ikke ut til å være i stand til å gi den emosjonelle støtten foreldrene behøver. Forskerne konkluderer med at mødrenes *doble identitet*, som psykisk syk og mamma, krever et dobbelt fokus. De mener at mange problemer med å levere effektive tjenester til familier hvor mødre har psykiske problemer, ser ut til å komme fra problemer med å opprettholde et dobbelt fokus på kvinnene. Mødrene må sees både som voksne med sine egne behov og som foreldre med ansvaret for å tilfredsstille behovene til barn og garantere for deres sikkerhet. Denne doble identiteten mødrene foreslås møtt av to nøkkelpersoner, en fra barnevernet og en fra helsetjenesten, som danner et team som kan sikre et dobbelt fokus og sørge for det nødvendige samarbeidet mellom tjenestene.

I disse sosiologiske studiene er det tydelig å se at kvinnenes identitet som mamma og som psykisk syk er vevd sammen og ikke kan skilles fra hverandre. I Halså (2008) sin forskning viser dette seg ved mødrenes strev med å framstå som verdige og gode mødre, samtidig som de er tynget av skam og skyldfølelse fordi de ikke makter å oppfylle de normative kravene som stilles til moderskapet. Stanley et al. (2003) bruker begrepet *dobbel identitet* for å vise noe av det samme fenomenet og vanskene kvinnene opplever med å være psykisk syk og mamma. Denne forskningen kan leses som mødrenes identitetsarbeid. Som strategiske aktører skjuler de sin egen tilkortkomning og forsøker å vise fram mestring og normalitet. I egne øyne er de først og fremst mødre. Morsrollen er i hjertet av mødrenes identitet. Behandlingssituasjoner kan sees på identitetskonstruerende hendelser ifølge Skatvedt (2013, s109), som viser til Goffman. Det å inkludere barn og foreldreskap er en måte å tilskrive pasienten en identitet som et vanlig menneske, ikke bare som pasient.

2.3.2 Fenomenologisk orienterte studier

Den fenomenologiske orienterte forskningen har også fokus på personer med psykiske lidelser, men først og fremst som mennesker. Disse studiene tar utgangspunkt i kvinnenes eksistensielle liv og deres levde erfaring. De drøfter moderskapet i lys av eksistensielle behov som handler om det å være menneske, finne mening og overvinne skam, skyld og fortvilelse. I denne litteraturen legges det vekt på at det ikke er mulig å skille mellom det å være kvinne og mamma, og at omsorgen for barn er en fundamental del av det å være kvinne og menneske. Et slikt eksistensielt og fenomenologisk perspektiv åpner dørene for at forskere og praktikere kan se det som kan beskrives som mødrenes nakne kamp for å framstå med verdighet, og for å ta tilbake kontrollen over livene sine og over de forholdene som er bestemmende både for barnas og egen mentale helse. Jeg vil i det følgende redegjøre for to norske fenomenologisk orienterte studier som setter fokus på mødrenes levde erfaringer i møte med utfordringer knyttet til det å ha alvorlige psykiske helseproblemer og samtidig skulle være mødre (Blegen, Hummelvoll & Severinsson, 2012; Tjoflåt & Ramvi, 2013).

Blegen et al. (2012) har gjennomført en kvalitativ eksplorerende studie hvor fem mødre med ulike psykiatriske diagnoser blir bedt om å fortelle om sine erfaringer med å være mor og samtidig ha psykiske helseproblemer. Mødrenes erfaringer blir forstått i lys av *kampen* for å være mødre på den måten de ønsket å være, for å få anerkjennelse som mor, og for å

kunne være åpne og ærlige i relasjoner til andre. De beskriver en hverdag hvor sykdommen stjeler energi og oppmerksomhet, og hvor de prøver å balansere egne emosjonelle vansker og behov, for eksempel innleggelse og medisiner, opp mot barnas behov for forutsigbarhet, nærhet og tilknytning. De beskriver kampen med selvmordtanker og ønsket om å forsvinne, men hvor barnas behov for dem blir en kraftfull motivasjon til å fortsette kampen for kontroll. Mødrene har behov for å bli anerkjent som mødre, for å slippe masken og være seg selv og be om hjelp, men har samtidig en usikkerhet for konsekvensene ved å være åpen. Derfor skjuler de problemene sine og anstrenger seg for å gjøre de riktige tingene. Forskeren beskriver det som om mødrene befinner seg i et *"indre eksil"*, innelukket i sitt eget sinn, og som grunnleggende ensomme i sitt strev.

Relasjonen til barna gir håp, mot og vilje til å kjempe mot sykdommen, og for å være tilstede i omsorgen for sine barn. Når de samtidig opplever at den psykiske smerten forhindret dem i å være bekræftende og empatisk tilstedeværende overfor barna, fører det til skam, en konstant skyldfølelse og frykt for å skade barna. De opplever å være mislykket som mødre og mindre verdifulle enn andre mennesker.

Mødrenes sinn beskrives av forskerne som en *"slagmark"* mellom det å være der for barna og ikke å gå under for de negative kreftene psykisk lidelse kan representere. Det konkluderes med at det er av vesentlig betydning at hjelpere innenfor det psykiatriske feltet forstår mødrenes eksistensielle smerte og erfaringer, for å kunne etablere en trygg relasjon hvor mødrene kan åpne seg med sitt strev. Jeg ser det som sentralt at denne forskningen, som bygger på mødrenes subjektive erfaringer, får fram at det å ha omsorg for barn bidrar til håp og tilfriskning. Barn er ikke bare en omsorgsbyrde, men kan, dersom mødrene blir møtt på sine opplevelser og behov som mødre, være en viktig motivasjon for å bli frisk. Mødrene behøver støtte som øker deres kontroll i rollen som mødre. Det å møte de eksistensielle behovene til kvinnene som mødre, sees som viktig for deres egen bedring og tilfriskning, men også viktig for å fremme barnas mentale helse og velferd. Dette er også poeng som fremheves i Tjoflåt et als studie, som jeg vil redegjøre for nedenfor.

Tjoflåt et al. (2013) har gjennomført en fenomenologiske orientert studie hvor seks foreldre (fem mødre og en far) gjennomgår et dybdeintervju. Fokus settes på de levde livserfaringer foreldre med bipolar lidelse har i møte med utfordringen det er å være alvorlig psykisk syk og samtidig skulle være foreldre. Studien, som tar utgangspunkt i et

recovery (tilfriskning) -perspektiv på bipolar lidelse, tar for seg to fenomener: 1) å mestre foreldrerollen med en bipolar lidelse; og 2) foreldrenes tilfriskning (recovery) fra lidelsen. Denne studien setter fokus på hvordan personer som rammes av psykiske lidelser forstår sykdommen og lærer seg å mestre den. For mange kan det ta lang tid å forstå hva som feiler dem og akseptere en diagnose og mestre konsekvensene, noe som får betydning for hvordan de forholder seg til sine barn. Studiens hovedfunn er at foreldrene gjennomgår en forandrings- og utviklingsprosess som styrker foreldrefungeringen og deres personlige tilfriskningsprosess. Denne utviklingen kan ta tid, for noen flere år. For å bli bedre må en først akseptere og forstå sykdommens og dens konsekvenser, få rett diagnose og riktige medikamenter, utvikle selvrespekt og identitet og knytte seg til verden igjen. Etter hvert og gradvis, erverver foreldrene seg en erfaringsbasert kunnskap som gjør det mulig å mestre sykdommen og å oppleve tilfriskning.

Studien viser også foreldrenes avhengighet til sine barn. Foreldrene beskriver rollen som foreldre som viktig og meningsfull, en rolle de ikke ville vært foruten, og som er vesentlig i egen tilfriskningsprosess. Forholdet til barna blir beskrevet som nært. Omsorgen og ansvaret blir et incitament til å klare hverdagen og ”kjempe for sin helse”, til ikke å gi opp eller begå selvmord, og til å vinne tilbake kontrollen over eget liv. Barna behøver dem. Forskerne ser foreldrenes behov for sine barn som gjensidige ved at barn også behøver sine foreldre. Denne ”avhengigheten” sees som naturlig og sunn, under forutsetning av positive samspillkvaliteter. Studiens funn tyder på at ”avhengigheten” inkluderer aspekter som fremmer foreldrekapasiteten og ”recovery-i-bipolar” lidelse.

Tidsdimensjonen og foreldrenes avhengighet av barna sees på av forskerne som paradoksale dimensjoner, fordi de inkluderer både positive og negative implikasjoner. For barna representerer tidsdimensjonen en risiko for at de selv kan utvikle emosjonelle og psykiske problemer. Tidlig og effektiv behandling blir derfor viktig for å redusere barnas risiko og mulig stigmatisering av foreldrene og familiene. Ifølge forskerne må hjelpere legge til rette for en åpen og positiv dialog fra det første møtet, med den holdningen at det ikke er mulig å vite hvordan denne ”reisen” (tilfriskningsprosessen) blir for denne forelder og barna. Det er viktig å spørre og lytte for å vite hvilken unik erfaringsbasert kunnskap den enkelte forelder selv har for hva som er utfordrende og hva som er styrkende i eget liv, og hva hun tenker hun kan gjøre for seg selv. Hjelpen må inkludere en støtte til familien for å redusere stress og skape forutsigbarhet, og et samarbeid om barna for å følge

med på hvordan den gjensidige avhengighet kan påvirke barna i vanskelige tider. Her gjenkjennes fokus på foreldrenes doble identitet. De møtes både som foreldre som skal ta vare på sine barn og som mennesker som sliter med en alvorlig psykisk lidelse. Forskerne setter også fokus på behovet for å utvikle praksis i feltet som kombinerer og sammenholder kunnskap om hva som styrker foreldrekapasiteten, ivaretagelsen av barna og fremmer tilfriskningsprosessen hos den syke forelder.

I et eksistensialistisk perspektiv er det vanskelig å skille mellom mødre som syke og mødre som mamma. Barn er meningen med livet, det som gjør livet verdt å leve og som gjør at mødre holder ut, står opp hver dag og forplikter seg til å klare hverdagen. Barn gir bekræftelse og glede, samtidig som omsorgen kan oppleves som en byrde. Kampen mellom å mestre egen lidelse, og rollen og forpliktelsene knyttet til det å være mor, er både utmattende og belønnende. Barn beskrives som et vesentlig incitament for mødre til å komme seg ut av sykdom eller holde seg frisk. Avhengigheten sees på som naturlig og sunn, forutsatt at barna blir ivaretatt. Det eksistensielle perspektivet løfter mødre inn i en annen diskurs enn den medisinske. I den medisinske diskurs kan barnet omtales som medisin for mor eller som en beskyttelsesfaktor mot å begå selvmord. Som en del av eksistensen betyr barn noe mer. Det tilhører eksistensen, - det å være menneske med skyld, angst, skam, glæder, gjensidighet og forpliktelser, - det som er med på å gi livet innhold og verdi.

Oppsummert viser forskningsgjennomgangen at psykisk syke mødre er en sårbar gruppe som forholder seg til kulturelle krav og forventninger. Som subjekter møter de negativ sosial normer og fordommer, og de forholder seg til disse. Dette har konsekvenser for hvordan de forstår egen lidelse, hvordan de tenker om hjelp i foreldrerollen og hvem de anser som gode hjelpeinstanser. For å gi god hjelp og støtte til foreldrene, viser denne forskningen at det er helt sentralt å forstå mødrenes ambivalens til å tematisere egen rolle som foreldre og til å motta hjelp og støtte til sine barn. En fenomenologisk forskning representerer en motstemme til den medisinske logikk. I følge denne forskningen er det helt sentralt å se pasientene som mennesker og ikke bare som en diagnose. Behandlere i voksenpsykiatrien møter mødre med utfordringer som er knyttet opp til deres indre og ytre livs-verden.

2.4 Barrierer i det barnefokuserte arbeidet i voksenpsykiatrien

I begrunnelsen for å lovfeste spesialisthelsetjenestens plikt til å ha en funksjon som barneansvarlig, ligger en politisk erkjennelse av at oppfølging av pasientenes barn kan forsvinne dersom plikten kun legges på den enkelte helsearbeider. Barneansvarliges hovedoppgave er i følge loven å sette arbeidet med barn og pårørende i system og «fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn »(Ot.prp. 84 (2008-2009). Gjennom denne bestemmelsen er ansvaret for pasientenes barn forankret på systemnivå. En slik bestemmelse kan, i følge internasjonal forskning, være av stor betydning fordi det finnes mange systemiske, faglige og menneskelige faktorer som hemmer helsepersonells mulighet for å følge opp pasientenes barn å gjøre det nødvendige arbeidet som følger av helsepersonell lovens § 10 – plikten til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Det finnes omfattende forskning som søker å gi svar på hva som hemmer eller hindrer helsepersonell sine muligheter for å støtte psykisk syke foreldre i deres foreldrerolle.

I det følgende vil jeg presentere nyere forskning som tar for seg helsearbeideres erfaring med familiesentrert og barnefokusert arbeid med barn. Hva sier denne forskningen om hvordan ansatte i voksenpsykiatrien ser på sin rolle og sitt ansvar i møte med pasienters barn? Hvilke erfaringer har de gjort seg og hvilke barrierer hindrer eller reduserer muligheten for et slikt arbeid? Det meste av denne forskningen er kvalitative studier hvor informantene i hovedsak er sykepleiere, miljøpersonell eller en blanding av ulikt helsepersonell. Det er sjelden at leger og psykologer er informanter, derfor har det ikke vært mulig å finne ut hva spesifikt leger og psykologer med behandlingsansvaret mener og erfarer.

Maybery & Reupert (2009) har gjort en systematisk litteraturgjennomgang av forskningslitteratur og rapporter som tematiserer hva helsearbeidere i voksenpsykiatrien mener har betydning for deres mulighet til å følge opp pasientenes barn, med særlig vekt på barrierer som hinder arbeidet. 28 forskningsbidrag er inkludert i litteraturgjennomgangen. I analysen av disse bidragene finner de 5 kategorier av barrierer: De tre første handler om institusjonelle og faglige barrierer knyttet til hvordan psykiatrien er organisert, faglig forståelse og mangel på samarbeidsrutiner, helsepersonelles kunnskap og holdninger, de to siste om barrierer knyttet til foreldre og barn. Stallard et al. (2004) har gjort en tredeling i sin studie om hva som hindrer helsepersonell å bidra til se barns behov når foreldrene har

psykiske helseproblemer, - trekk ved det psykiatriske systemet, foreldrene og barna. I det følgende bygger jeg på disse to studiene, samt noen norske studier, for å vise hvor komplisert og vanskelig forebyggende arbeid for barn med psykisk syke foreldre kan være.

2.4.1 Den medisinske logikk

Psykisk helsevern for voksne er et svært komplekst system som består av tjenester på ulike forvaltningsnivåer og som bygger på et mangfold av til dels motstridende kunnskapsgrunnlag (Ramsdal, 2013). I Norge medførte opptrappingsplanen for psykisk helsevern en ekspansjon og differensiering av de psykiatriske tjenestene. Gjennom reformen ble det en tydelig tredeling av psykiatrisorgens med omfattende utbygging av kommunale lokalbaserte tjenester, oppbygging av distriktpsikiatri sentere (DPS) og en effektivisering av spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern. Siden konteksten for min studie er behandlere i voksenpsykiatrien, vil mitt utgangspunkt for å drøfte barrierer ta utgangspunkt i spesialisthelsetjenesten.

De spesialiserte sykehustjenestene i psykiatrien er redusert i omfang, omorganisert, spesialisert og modernisert (Ramsdal, 2013, s. 219). Sentralsykehusene har ansvar for akuttpsykiatri og for de som trenger opphold i lukkede avdelinger og som er alvorlig psykisk syke. I den spesialiserte psykiatrilsetjenesten er liggetiden kort, og primæroppgavene til de spesialiserte sykehusene er diagnostisering, medisinerer, behandling og videreføring til andre i behandlingsskjeden.

Det naturvitenskapelige paradigme med diagnostisering og sykdomsorientert forståelse er det dominerende innenfor spesialisthelsetjenesten nasjonalt (Ekeland, 2001; Ørstavik, 2008; Aarre, 2010; Norvoll, 2013) og internasjonalt (Gladstone, 2010; Norvoll, 2013). Den biomedisinske modell dominerer hvor den faglige forståelsen fokuseres på det syke organet, og i psykiatrien er dette hjernen. Gladstone (2010) bruker metaforen "broken brain" for å beskrive hvordan man innenfor den biomedisinske diskursen tenker og snakker om psykiske lidelser. Innenfor denne tradisjonen er man opptatt av å finne medisiner som kan hjelpe pasienten og fokuserer i liten grad på pasienten som et meningssøkende individ som lever i en sosial sammenheng. I følge Norvoll (2013, s.17) innebærer den biomedisinske retningen en sterk grad av individualisme og kropp sjel – dualisme, der det er de kroppslige prosesser som blir gitt forrang.

Flere studier trekker fram at den medisinske faglige forståelsen hemmer det barnefokuserte arbeidet (Dean & Macmillan, 2001, Korhonen et al., 2008, (i Maybery & Reupert, 2009); Stallard et al., 2004). Det faglige fokuset er på pasienten, og barnas behov oversees eller prioriteres ikke. I denne tenkningen defineres de hjelpetrengende som pasienter og ikke foreldre (Stallard et al., 2004). Holdninger om at familien kan være årsaken til pasientens problemer er også identifisert som en mulig hindring. En rekke undersøkelser trekker også fram at helsepersonell er redd for at behandlingsalliansen med den syke pasienten kan bli ødelagt dersom de tematiserer foreldrerollen i behandlingen (Maybery & Reupert, 2009; Stallard et al., 2004; Grimsgaard, 2008)

2.4.2 Tidspress og lite rutiner for samarbeid

I den internasjonale litteraturen nevnes mangel på rutiner for å kartlegge om pasienten har barn som en grunnleggende barriere (Maybery & Reupert, 2009). Dette er ikke så aktuelt i Norge siden de fleste sykehus nå har rutiner som innebærer at de kartlegger om pasientene har barn, barns alder og eventuelt hvem som tar seg av barna når mor eller far er innlagt på et psykiatrisk sykehus (jfr. det nye lovverket). Å undersøke hvordan pasientene fungerer i foreldrerollen, informere og snakke med barn og eventuelt sikre at barn blir fulgt opp av andre instanser er tids- og ressurskrevende. Både norsk og internasjonal litteratur legger vekt på at psykisk helsevern er preget av stor arbeidsmengde og mangel på tid til å samarbeide. Dette er forhold som hemmer familiearbeidet (Stallard et al., 2004; Byrne et al., 2000 (i Maybery & Reupert, 2009), og var også hindre.

Mangel på samarbeidsrutiner med relevante tjenester som kan følge opp barna, er et annet tema som går igjen i norske og internasjonale studier (Halsa, 2008; Aamodt & Aamodt, 2005; Cleaver et al., 1999; Stanely et al., 2003; Meyberry & Reupert, 2009). I den grad det samarbeides med for eksempel barnevernet, er dette fra sak til sak. Voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien jobber ofte med personer fra de samme familiene, men samarbeider lite. Jørgensen & Slørdahl (2007) har gjennomført fokusgruppeintervjuer av ansatte både i voksenpsykiatrien og barne- og ungdomspsykiatrien. Studiens målsetting var å undersøke betingelsene for at hjelp til barn og familier kan gis i et samarbeid. Hensikten var å synliggjøre hva som kunne hemme eller fremme et slikt samarbeid. De beskriver hvordan fagfolk fra begge miljøer deler de samme bekymringene for barna, og erkjenner et felles ansvar for barna og familiene. Informantene ser nødvendigheten av å samarbeide om

familiene dersom det skal bli mulig å gi en helhetlig hjelp. De som arbeidet i voksenpsykiatrien ga imidlertid uttrykk for at de opplevde et sterkt press om å prioritere det som var definert som deres primæroppgaver. I følge Mayberry & Reupert (2009) fører mangelen på kontakt til at det oppstår uklarheter i ansvarsfordeling og oppfølging av saker. Det som hindrer samarbeid er mangel på programerklæringer, avtaler og rutiner, bemanningsmangel, stor arbeidsmengde og hyppig utskiftning av personell.

2.4.3 Kunnskap og holdninger

Selv om helsearbeidere anerkjenner viktigheten av å arbeide med familien, rapporteres det om klare ferdighets- og kunnskapsmangler. Problemet ser ikke primært ut til å være knyttet til saker hvor det er mistanke om omsorgssvikt eller overgrep. Da inntreer meldeplikten og sakene sendes til barnevernet. Manglene knytter seg til å arbeide med barn, foreldre- og oppdragelsesspørsmål og familiesamtaler, til en generell kunnskapsmangel om barns utvikling og aldersmessig behov og hvordan en skal vurdere foreldres fungering (Dean & Macmillan, 2001 (i Mayberry & Reupert (2009); Cleaver et al., 1999).

Helsearbeidernes generelle holdninger kan også være en barriere. En norsk studie viser at helsearbeidere ønsker å snakke med mødre om deres barn, men samtalen blir ofte svært overfladiske (Grimsgaard, 2008). Hun har intervjuet 17 kvinnelige helsearbeideres opplevelse og erfaring knyttet til det å snakke med psykiske syke mødre om barna deres. Samtalene bar i hovedsak et preg av enten å være en type kartleggingssamtale eller en mer uformell samtale i den hensikt å bli kjent med mødre. Grimsgaard hevder at forståelsen for hvorfor det kan være så følsomt og vanskelig for helsearbeidere å samtale med mødre om barna deres, kan knyttes til kulturens tradisjonelle og idylliserende morsbilde. Morsrollen kan betraktes som en grunnleggende side ved kvinners identitet. Ifølge et slikt bilde vil mødre alltid det beste for sine barn fordi moderlig omsorg er naturgitt og derfor alltid god. Dette bringer fram et dilemma når helsearbeiderne erfarer at mødre ikke gir god omsorg til barna fordi kulturelle normer definerer det de ser som ikke-eksisterende (ibid., s. 94).

2.4.4 Foreldres ambivalens og motstand hos barn og unge

Litteraturen om barrierer handler også om foreldrenes ambivalens og barn og ungdoms motstand mot å bli involvert i profesjonelle kontekster. Stallard et al. (2004) har intervjuet 24 foreldre med psykiske lidelser og sier at sykdommen av og til medfører at foreldre kan være opptatt av egne behov og ha vanskeligheter med å fokusere på barnas behov. I tillegg vil noen foreldre ikke erkjenne de mulige påkjenningene sykdommen deres utsetter barna for. Frykten for barnevernet og at barna kan bli tatt fra dem er også et tema som går igjen i forskningen (Stanley et al., 2003; Halså, 2008; Meyberry & Reupert, 2009).

Oppsummert viser forskningen at det er en rekke faglige, organisatoriske, kulturelle forhold som kan virke inn på og ha betydning for hvordan behandlere i voksenpsykiatrien tenker og handler i forhold til sine pasienters barn. De jobber i et medisinsk system dominert av en biomedisinsk tenkning, med strenge produksjonskrav og med kort liggetid for sine pasienter. De representerer det ytterste leddet i behandlingsskjeden og er pålagt et omfattende samarbeid med de andre leddene i kjeden. Spørsmålet jeg drøfter videre i denne oppgaven handler blant annet hva slag grunnarbeid de gjør for å sikre at barna blir ivaretatt når foreldrene er innlagt. Et slikt grunnarbeid mener jeg er nødvendig for å sikre at foreldrene er klare til å bli sendt videre som foreldre i behandlingsskjeden - ikke bare som pasienter.

2.5 Forebyggende hjelp for barn – lagspill med foreldre

Konsekvensene foreldrenes psykiske lidelser får for barna avhenger av alvoret og varigheten av foreldrenes psykiske problemer, om det finnes andre belastninger i familien, barnas alder og om det finnes beskyttende faktorer i barnas miljø (Skjerfving, 2005). Det er viktig å merke seg at forskningslitteraturen viser til store individuelle variasjoner når det gjelder konsekvensene og at de aller fleste barn og unge klarer seg bra (Rutter & Quinton, 1984; Cleaver et al., 1999; Smith, 2004). Det betyr at forebygging på selektivt nivå krever en høy etisk bevissthet. Tiltak settes inn mot grupper av familier og barn som på statistisk nivå har større risiko enn andre for å utvikle problemer. Det er viktig å huske at det er snakk om sannsynligheter. Man kan ikke vite verken hvordan det vil gå eller hvordan den aktuelle risikoen, foreldrenes psykiske problemer, vil virke inn på akkurat dette barnet og denne familien. Utfallet handler om hvordan ulike risikofaktorer spiller sammen, og hvilke

beskyttende faktorer som finnes i barnets miljø. Barn som pårørende og deres familier utgjør ingen homogen gruppe. Det krever at barna og familiene må møtes som enkeltindivider og enkeltfamilier, hvor behov for hjelp og støtte utforskes i samarbeid med dem det gjelder. Det betyr at en rekke tiltak og måter å bistå på må være tilgjengelig. Verktøykassen til hjelpere må være så stor at det er mulig å hjelpe barn og familier på den måten som er mest hjelpsom for dem på det aktuelle tidspunktet. Et godt forebyggende arbeid krever individuell tilpasning, en trygg relasjon, prosessarbeid og riktig timing og samarbeid med andre. Nøkkelen for å komme til med en forebyggende innsats overfor barn er først og fremst en tillitsfull relasjon til foreldrene. Det handler om å forstå ambivalensen og frykten for stigma og for å bli vurdert som dårlige foreldre.

Moran, Ghate & van der Merwe (2004) har foretatt en gjennomgang av mer enn 2000 internasjonale artikler og fagbøker for foreldrestøttende tiltak. Tiltakene er ikke spesifikt rettet mot foreldre med psykiske helseproblemer, men funnene er likevel relevante i denne sammenheng fordi det å få til samarbeid med sosialt sårbare foreldre er så tydelig i fokus. Uavhengig av tiltak dreide suksesskriteriene seg om å få foreldrene med på laget. Forskningsgjennomgangen drøfter flere forhold som er av avgjørende betydning for å få foreldrene med i et samarbeid. Kort oppsummert handlet det om hjelperens kompetanse, evne til å lytte til foreldrenes behov, og viktigheten av å bruke tid på å bygge en allianse med foreldrene før tiltaket starter. En ikke-hierarkisk relasjon preget av gjensidighet, varme og forståelse var vesentlig, samtidig som hjelpen må oppleves som nyttig og meningsfull og verdt å engasjere seg i for foreldrene. Likedan var det viktig at det fantes alternative støttende tiltak å velge mellom. Det samme tiltaket passer ikke for alle. Det foreldrestøttende arbeidet beskrives å foregå i faser som har sine spesielle utfordringer. Utfordringene handler om å få tak i foreldrene (*getting parents*), deretter å få til en samarbeidsrelasjon som varer (*keeping parents*), og få foreldrene engasjert slik at de blir i samarbeidet (*engaging parents*). Når man har fanget opp barn og familier som behøver hjelp, er utfordringen i neste omgang å bygge opp et trygt og tillitsfullt samarbeidsrelasjon til foreldrene og å ”klargjøre” foreldrene til å ta imot hjelp. Deretter handler det om å gjøre ulike hjelpetiltak tilgjengelig og meningsfullt for foreldrene å engasjere seg i. I Moran et al. (2004) sin språkdrakt handler det som hjelper å overbevise og engasjere foreldrene, samt forholde seg aktivt til de ulike utfordringene som ligger i de ulike fasene. Ellers kan man miste foreldrene. Foreldre må oppleve samarbeidet og tiltakene som meningsfulle og verdt å engasjere seg i. Dette viser at foreldrestøttende arbeid krever et samarbeid og et

prosessarbeid med innsats over tid fra hjelperes side, for å lykkes. Foreldrene behøver trofaste hjelpere på lag som holder tak i familiene over tid. Mange familier hvor foreldre sliter med alvorlige psykiske heleproblemer har sammensatte behov for hjelp. Et foreldrestøttende arbeidet krever også en økologisk tilnærming med respekt for at familien kan stå overfor flere utfordringer (Artaraz et al., 2007). Fokus må ikke bare være på familiens indre liv, men på forhold i konteksten som skaper problemer. Ofte må slike problemer løses først, noe som viser at timing og ikke minst samarbeid med andre instanser er vesentlig for å nå fram med en samlet forebyggende innsats.

I en svensk undersøkelse om foreldres erfaringer med en familieintervensjon som har som mål å forbedre dialogen i familien når foreldre er psykiske syk, peker Pihkala & Johansson (2008) på viktigheten av å forstå foreldrenes ambivalens og sårbarhet som foreldre for å få til en god arbeidsrelasjon. Foreldrene i undersøkelsen forteller at de grudde seg for å høre hva barna hadde å fortelle og fryktet hvordan de selv ville klare å ta imot barnas spørsmål og reaksjoner. De tvilte på om samtaler og informasjon ville være bra for barna. Skam og skyld og frykten for stigma kom opp som tema hos alle foreldrene i undersøkelsen og ble beskrevet som et hinder for deltakelse. Forskerne ser det som viktig at dette er tema som eksplisitt tas opp før intervensjonen starter. Videre kommer det fram at timing av tilbudet var viktig. De verste symptomene hos foreldrene måtte ha roet seg, ellers var det ikke mulig å fokusere på barna og deres behov. Intervensjonen kunne tilbys senere, men de måtte ikke bli presset. Hvis intervensjonen ble tilbudt for tidlig, ville foreldrene respondere med forsvar og benektning. Det å forebygge problemer for egne barn var et sterkt motiv for å delta i familieintervensjonen. De var også kommet til et punkt hvor det var viktig å gjennomføre samtale for egen helses skyld. Foreldrenes ambivalens kom tydelig fram i foreldrenes måte å uttrykke seg på om intervensjonen og sine erfaringer. De fryktet samtalen, samtidig som de lengtet etter en dialog med sine barn (*"longing and fearing for dialog with the children"*). Utfordringene for hjelpere er ifølge forskerne å få snudd foreldres ambivalens slik at de deltar i forebyggende program. Dette krever tid, prosess og timing og kunnskap og forståelse for foreldrenes ambivalens.

Kapittel 3 Metode

Problemstillingen i denne oppgaven er hvordan behandlere i voksenpsykiatrien, i denne sammenhengen leger og psykologer med det formelle behandlingsansvaret for foreldre med alvorlige psykiske helseplager, oppfatter sin egen rolle og ansvar i oppfølgingen av pasientenes mindreårige barn. Hvordan tenker de og handler de for at barna til pasientene skal bli fulgt opp slik loven pålegger dem, spesielt der hvor de bekymrer seg for barna? Det finnes lite kunnskap fra norske forhold om dette. For å få belyse problemstillingen, valgte jeg en kvalitativ tilnærming hvor samtaler med et utvalg behandlere skulle gi meg mer innsikt og forståelse for hvordan dette så ut fra deres livsverden og perspektiv.

Innledningsvis i dette kapitlet vil jeg gjøre rede for vitenskapelig bakgrunn. Hvordan en posisjonerer seg vitenskapsfilosofisk vil ha betydning for hele studiens metodologi. Videre vil jeg si noe om metodevalg og forskningsdesign, utvelging av informanter, hvordan undersøkelsen ble gjennomført og bearbeiding av datamateriell. Til slutt kommer en vurdering av kvalitetskrav og etiske betraktninger

3.1 Kunnskapssyn

I det følgende vil jeg prøve å redegjøre vitenskapsteoretisk for det ontologiske og epistemologiske utgangspunktet i min studie. Deretter vil jeg si noe om studiens konkrete metodiske arbeid.

Hva som defineres som kunnskap og hvordan en kommer fram til denne kunnskapen, er sentrale spørsmål innenfor vitenskapsfilosofi. Dette er spørsmål av epistemologisk karakter. Studiens problemstillinger handler om fenomenære opplevelser og erfaringer, om hvordan behandlerne selv forstår, erfarer og forholder seg til pasientenes barn. Det vil si at det er behandlernes egne *subjektive opplevelser og erfaringer* som utgjør empirien i min undersøkelse, og som jeg har forsøkt å forstå i det analytiske arbeidet. Fenomenologiens interesse for å illustrere hvordan mennesker opplever sin livsverden er egnet som utgangspunkt for å studere sosial praksis. Sosiale fenomener forstås her ut fra aktørens egne perspektiver og beskrivelser (Kvale & Brinkmann, 2009). Den virkelige ”virkeligheten” er den mennesker oppfatter. Fenomenene blir studert innenfra og nedenfra. I denne studien har jeg undersøkt hvordan behandlere erfarer, tenker og handler i møte

med pasienten som forelder. Hva vil det si å ha denne oppgaven, hvordan løser de den og hvilke dilemmaer og utfordringer møter de i dette arbeidet, og hva gjør de når de bekymrer seg for barnas omsorg?

En fenomenologisk beskrivelse eller reduksjon, krever imidlertid at en setter til side (”å sette i parentes”) sin egen forforståelse, slik at en når fram til en fordomsfri forståelse av fenomenene som skal framstå i sin essens (ibid s. 46). Fenomenologien utgjør derfor ikke en tilstrekkelig forståelsesramme for denne studien, slik jeg ser det. Det er etter min mening ikke mulig å hente ut kunnskap på en kvalitativ måte uten å se seg selv som en medskaper av den kunnskapen som produseres. Filosofen Hans Skjervheim (1996) har bl.a. rettet sterk kritikk mot objektivismen og menneskesynet i positivistisk vitenskap i sitt essay ”Deltakar og tilskodar”. Der hevder han at det ikke finnes et studieobjekt i samfunnsforskningen fordi studieobjektet er selv et subjekt. Det finnes heller ikke noen nøytral forsker i form av en objektiv tilskuer. 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 utenfor som tilskuer.

Mitt arbeid, slik jeg vurderer det, må forstås innenfor en hermeneutisk orientert tradisjon. Mennesket er som vesen meningskapende og deres handlinger og aktiviteter er meningsbærende. Menneskelige handlinger og aktiviteter er flertydige og må fortolkes for å forstås. Det er gjennom mine fortolkninger at ”virkeligheten” blir tilgjengelig. Hermeneutikk forstås tradisjonelt som kunsten å forstå og fortolke, og kan forstås både som en metode og en ontologi, altså forståelsen av forståelsen. I vitenskapelig sammenheng er hermeneutikk læren om fortolkning og omhandler hvordan et vitenskapelig materiale skal fremstå som meningsfullt. Forforståelse eller forståelseshorisont er et begrep innefor den hermeneutiske tradisjonen som kan forstås som tolkninger og forståelser som ”allerede er der”. Gadamer introduserte begrepet for-dom, og viser til at vår forståelse er avhengig av visse for-dommer. Enhver forståelse må forstås ut fra det erfaringsgrunnlaget en har. Det er ikke mulig å møte verden for-domsfri og uten forutsetninger. Den hermeneutiske sirkel er kjernen i hermeneutikken som forskningsmetode og forutsetter forforståelse. Uten forforståelse kommer ikke tolkningsprosessene i gang. I følge denne tenkningen er erkjennelsesprosesser subjektive og skjer i sirkelbevegelser på ulike nivå; fra subjektet ut til objektet og tilbake igjen; fra del til helhet og tilbake igjen; og ved spørsmål - svar - sirkelen hvor fenomenet svarer helt eller

delvis, noe som igjen fører til nye eller reviderte spørsmål, som igjen leder til nye svar (Kvale & Brinkmann, 2009, s.69; Gilje & Grimen, 1995, s.148; Haugsgjerd et. al, 2006, s. 55).

Som helsearbeider bringer jeg med meg en forforståelse som har vært utslagsgivende for valg av problemstillinger og hvordan jeg har valgt å tilnærme meg dem. Samtidig har jeg et ønske om å få kjennskap til informantenes subjektive livsverden slik den fremstår for dem. I møte med mine informanter er det viktig at jeg er meg bevisst min forforståelse og går inn i en dialog, hvor det er deres mening som kommer frem. Ifølge Halså (2008) kjennetegnes den hermeneutiske tradisjon ved at en studerer mennesker i deres naturlige setting, og prøver å forstå eller fortolke fenomenene ut fra den meningen folk gir dem. Om forskning innenfor denne tradisjonen sier Halså:

”Det interessante er ikke å finne essensen av et fenomen, men finne ut hvordan og hvorfor aktørene ser ting slik de gjør det. Det epistemologiske grunnlaget innefor disse tradisjonene er å se den sosial virkeligheten som sosialt konstruert, mennesket er et menende vesen, og det er meningssøking eller intensjonaliteten som utgjør menneskets vesen” (Halså 2008, s. 39).

Dette innebærer at det ikke finnes en sannhet, men mange sannheter. Handlinger er flertydige og kan tolkes og forstås på mange måter. Sannheten og virkeligheten blir konstruert og definert gjennom samhandling mellom forsker og informanter, to kyndige aktører (Halså, 2008). Kunnskapsutvikling, som felleskonstruksjon og samhandling mellom forsker og informant, kan sees på som et møte mellom to erfarings- og forståelseshorisonter som danner utgangspunkt for utviklingen av en tredje måte å forstå det som skal forstås.

3.2 Valg av metodisk tilnærming og design

Problemstillingen og forskningsspørsmålene handler om å få tilgang til de voksnes behandleres egne erfaringer og forståelse av hvordan de ivaretar pasientene mindreårige barn. Metoden må fange inn behandlerens opplevelser, forståelse og tolkninger på en slik måte at forskeren forstår fenomenene fra informantens perspektiv. Dette kan best gjøres ved å gå inn i en dialog med informantene. Ifølge Kvale et al. (2009, s. 21) gir det kvalitative forskningsintervjuet en privilegert tilgang til menneskers grunnleggende opplevelser av sin livsverden. Å få frem betydningen av folks erfaringer og avdekke deres opplevelser av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et uttalt mål. Kvalitativ

metode får frem mangfold og nyanser fordi den sikter mot nyanserte beskrivelser gjennom det sagte ord og ikke tall (ibid). I tillegg til å være en metode som var egnet til å belyse problemstillingen, ble den også valgt ut fra mine forutsetninger og ressurser. I forkant av studien leste jeg meg opp på aktuell litteratur som jeg fant gjennom snøballmetoden, ved gjennomgang av litteraturlistene fra nyere artikler, bøker og ulike forskningsrapporter som hadde fokus på barn som pårørende, på foreldre som sliter med alvorlige psykiske problemer og aktuelle forebyggende og helsefremmende tiltak for målgruppen. Gjennomgang av aktuelle rapporter, rundskriv og veiledere som redegjorde for myndighetenes helsepolitiske føringer og intensjoner i forbindelse med lovendringene som skal sikre at barn som pårørende bistand, ble også foretatt. Jeg var opptatt av å oppdatere og supplere den kunnskapen jeg allerede hadde om emne på feltet. I forbindelse med innhenting av egne data, erfarte jeg et nytt behov for å sette meg inn i teorier og litteratur som kunne være hjelpsom i den videre analysen og forståelse av de fenomenene som ble synlig i mitt empiriske materiale. Dette anskueliggjør den hermeneutiske sirkelens bevegelse fra data til teori og tilbake igjen, eller det som Wadel (1991) beskriver som en ”runddans”, og som medvirket til at jeg kunne se noe annet eller noe mer, og på den måten utvide forståelsen som grunnlag for videre analyse og tolkning av materialet.

Denne vekslingen mellom empiri og teori omtales av Thagaard (2003, s. 174) som abduksjon, en posisjon mellom induksjon og deduksjon, og som beskriver det dialektiske forholdet mellom teori og data. Det vises til Ragin som fremhever betydningen av dette dialektiske forholdet ved å vise til at kvalitativ forskning, på linje med annen forskning, er preget av et samspill mellom deduktiv og induktiv tilnærming. Forskerens forståelse kan knyttes både til etablert teori og til de oppfatningene som forskeren danner seg om meningen hun finner i datamaterialet. Den deduktive tilnærmingen innebærer at forskeren etablerer en analytisk ramme med utgangspunkt i teori. Den induktive delen av virksomheten knyttes til de bildene (”images”) som forskeren konstruerer av meningsinnhold og mønstre. I samspillet mellom inspeksjon av data og inspirasjon fra ideer forankret i etablert kunnskap, utvikler forskeren sin forståelse (ibid).

3.2.1 Utvalg og informanter

Jeg valgte å henvende meg til en psykiatrisk avdeling i egen region, som jeg hadde god personlig kjennskap til, for å rekruttere informanter ved avdelingens akuttseksjoner og en

spesialseksjon for sammensatte lidelser. Grunnene var flere. Seksjonenes pasientgrunnlag var mennesker som er alvorlig rammet av psykiske helseproblemer, enten de befinner seg i en akutt krise hvor poliklinisk behandling vurderes ikke å være tilstrekkelig, eller de er i behov av omfattende utredning og behandling for alvorlige tilstander ved en lukket spesialseksjon over tid. Jeg hadde kunnskap om at avdelingen og det aktuelle sykehuset over mange år hadde vært opptatt av arbeidet med pasientens barn og utvikling av rutiner og praksis for å bistå barna og foreldrene. Jeg var også kjent med at avdelingen hadde en ordening med barneansvarlige ved de ulike seksjonene, en ordening som for akuttseksjonenes del hadde eksistert i over ti år. Til sammen betydde dette at det med all sannsynlig fantes medarbeidere og potensielle informanter med mye erfaringer og engasjement i den problemstillingen jeg ønsket å studere. Som tidligere ansatt ved avdelingens akuttseksjon, og senere veileder og kommunal samarbeidspartner rundt forebyggende tiltak for barna av pasienter og deres familier, håpet jeg også på en velvilje til min person som forsker inn i deres behandlingsmiljø. Det var av tidsbegrensende årsaker viktig å få til en rask rekruttering.

Jeg ønsket et strategisk utvalg på åtte informanter, to fra hver av de fire behandlingseenhetene som jeg ønsket å inkludere i studien, med lik fordeling av kjønn og profesjon. Begrunnelsen var en forståelse av at profesjon, kjønn, erfaring og kontekst, i denne sammenhengen, kan utgjøre bakgrunnsvariabler av betydning både for forståelse og analyse. Variasjonen kunne gi et variert og mangfoldig materialet for å besvare forskningsspørsmålet på en best mulig måte. Målet var å få to representanter fra hver av seksjonene/behandlingseenhetene, henholdsvis en psykolog og en lege. Det endelige utvalget hadde en slik fordeling.

Målet var også å rekruttere informanter som hadde en viss erfaring fra arbeidet med foreldre med alvorlig psykiske helseproblemer, og som var opptatt av studiens tema. Jeg endte opp med et utvalg bestående av ni informanter, derav fem leger, fire psykologer, fordelt på fem kvinner og fire menn. Utvalgsmetoden var strategisk og pragmatiske orientert, med et lite innslag av snøballprinsippet, da jeg ble tipset å ta kontakt med en behandler som var spesielt erfaren og engasjert i det aktuelle tema. Jeg erfarte en villighet til å delta i studien. Av de ni som lot seg rekruttere, var fire helt ukjente personer for meg.

Aldersmessig fordelte informantene seg fra 34 til 67år, hvorav seks informanter var 50 år eller eldre, de øvrige fire var mellom 34 og 40 år. Fem av ni hadde mellom 13 til 18 års erfaring i det voksenpsykiatriske feltet, flere ved den sammen avdelingen som de nå arbeidet i. To var fagansvarlige innenfor sine seksjoner. To av informantene skilte seg noe ut med hensyn til yrkeserfaring som kan være viktig å nevne her. Dette var to av de yngste informantene med minst erfaring fra det voksenpsykiatriske feltet. Den ene hadde erfaring fra arbeidet i en familiepoliklinikk knyttet til et psykiatrisk sykehus, og den andre hadde erfaring fra å prøve ut en samtalemodell overfor foreldre med fokus på barna ved en psykiatrisk poliklinikk og som teammedarbeider i et forebyggende familieteam. Dette var erfaringsbakgrunner som preget deres bidrag inn i intervjuene.

For å rekruttere informantene tok jeg telefonkontakt med avdelingens leder som jeg kjente fra tidligere ansettelsesforhold. Henvendelsen ble møtt med velvilje. På oppfordring sendte jeg en skriftlig henvendelse som skulle forelegges avdelingens lederteam. Jeg fikk en rask positiv tilbakemelding med beskjed om at tema for oppgaven var viktig og spennende. Min skriftlige henvendelse ble distribuert til de ulike seksjonslederne, som igjen informerte de aktuelle behandlerne ved sine enheter. Behandlerne ble i e-post, med kopi til meg, oppfordret til å ta imot utfordringen å stille til intervju rundt et viktig tema, og bedt om å ta kontakt direkte med meg. Det ble opplyst om min tidligere veilederfunksjon inn i akuttseksjonene. En behandler meldte umiddelbart et ønske om å delta. Jeg kontaktet en annen behandler fra samme seksjon med spørsmål om å delta i et pilotintervju som etter hvert ble inkludert i studien.

Jeg tok deretter initiativ til å gjennomføre tre informasjonsmøter med de øvrige seksjonene, da jeg etter en uke ikke mottok flere tilbakemeldinger. Til disse møtene utarbeidet jeg et eget informasjonsskriv. Møtene bar frukter. Jeg fikk en liste over aktuelle navn og ble oppfordret til å ta kontakt med den enkelte ut fra navnelista. Ut fra en strategisk tankegang om å sikre et likt utvalg av kjønn og profesjon, og to deltakere fra hver av de to enhetene, valgte jeg ut passende personer fra listen. Der jeg hadde et valg mellom flere personer, valgte den som jeg visste var fast tilknyttet seksjonene. Det gikk relativt lett å rekruttere fra listen, bare en ønsket ikke å delta. En annen av behandlerne fra listen tok selv kontakt og etterspurte deltakelse. Vedkommende ble inkludert da en annen kollega fra samme seksjon plutselig trakk seg på grunn av sykdom.

På forhånd hadde jeg kontaktet Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) for å sjekke behovet for en spesiell godkjenning av denne studien. Jeg fikk tilbakemelding om at en slik godkjenning ikke var nødvendig før jeg startet intervjurunden (vedlegg 1). Dette ble alle behandlerne informert om før intervjuet startet.

3.2.2 Datainnsamling

Målet med et kvalitativt forskningsintervju er å innhente beskrivelser fra informantens livsverden. Det handler om å bestrebe seg på å se verden og ulike fenomen ut fra hans eller hennes perspektiv. Det er beskrivelsen av informantens erfaringer som vil utgjøre empirien i studien. Forskningsintervjuet må sees på som en mellommenneskelig situasjon hvor to personer møtes i en samtale om et tema som de begge er interessert i. Kunnskapen konstrueres i skjæringspunktet mellom (inter) intervjuerens og den intervjuedes synspunkter (Kvale & Brinkmann, 2009). I en slik situasjon er det viktig å etablere en kontakt og en trygghet som gjør det mulig for informantene å snakke så åpent som de ønsker om det aktuelle tema. Min erfaring er at forskningsintervjuet på mange måter ligner andre profesjonelle samtaler fra mitt virke som kliniker i ulike sammenhenger. Dette var ikke helt overraskende, men likevel uventet å erfare at likheten var såpass stor. Kvale & Brinkmann (2009) støtter en slik erfaring, og hevder at det er vanskelig å trekke klare grenser mellom forskningsintervjuet og det terapeutiske intervjuet. Begge handler om å få mer innsikt og forandring. Der det terapeutiske intervjuet legger vekt på personlig endring, legger forskningsintervjuet vekt på den intellektuelle innsikten. Min evne til å lytte og holde tilbake egne meninger og reaksjoner og bevare den ”bevisste naiviteten” ble utfordret.

Et kvalitativt forskningsintervju er kjennetegnet av at det er semistrukturert. Det vil si at tema og spørsmål det skal samtales om er planlagt på forhånd, og at siktemålet er å gi informasjon som gjør det mulig å besvare studiens problemstilling. Samtidig skal det åpnes opp for andre tema og en fleksibel prosess, som tilpasses situasjonen. Det vises til den ikke-styrende tilnærmingen denne type intervju skal ha (Kvale & Brinkmann, 2009). Jeg utarbeidet en intervjuguide med hovedtema og forslag til underspørsmål som kan sies å utgjøre en del av min forforståelse og virkelighetsoppfatning (vedlegg 2). Spørsmålsguiden ble prøvet ut i et pilotintervju og fungerte tilfredsstillende, med noen endringer. Blant annet ble noen spørsmål presisert og omformulert. Informantene ble gjennomgående spurt

om å beskrive eksempler på hva de faktisk gjorde når de i varetok pasientenes barn i ulike sammenhenger. Dette åpnet opp for tema, fenomen og dilemmaer de var spesielt opptatt av. Dette ble igjen fulgt opp med spørsmål fra meg. Det samme gjaldt et gjennomgående spørsmål om utfordringer i arbeidet, slik de så det.

Å få eksempler fra informantenes praktiske kliniske arbeidet så jeg på som viktig for å få kunnskap og forståelse for hva de faktisk gjorde for å ivareta barna, ikke bare en generell beskrivelse av hvordan de pleide å gjøre det. Praksiseksempelene ga mulighet for en helt annen innsikt og mulighet for å reflektere sammen over de dilemmaene de sto i, og de handlingsvalgene som ble foretatt. Svarene jeg fikk fra informantene ga meg en utvidet forforståelse, som ga ideer til utspørring og refleksjon i neste omgang.

Jeg hadde som mål å berøre alle tema i intervjuguiden og stille de viktigste spørsmålene til alle informantene, noe jeg mener jeg har klart å gjennomføre. Unntaket var enkelte fakta spørsmål som det var tilstrekkelig at en fra hver seksjon svarte på. Mange spørsmål ble imidlertid besvart gjennom praksiseksempler. Noen få synes det var vanskelig å komme med eksempler fra praksis, enten fordi det var vanskelig å huske eller fordi erfaringsgrunnlaget var begrenset.

Kvale og Brinkmann (2009, s. 52) viser til at verken forskningsintervjuet eller en terapeutisk samtale kan være en åpen samtale mellom likestilte parter. Maktforholdet er asymmetrisk. Makten er der selv om den ikke utøves med overlegg, og kan ikke elimineres fordi den tilhører det mellommenneskelige. Dette fordrer at intervjueren reflekterer over hvilken rolle makten har i produksjon av kunnskap og hvordan etiske forhold knyttet til denne asymmetrien kan håndteres etisk forsvarlig. Dette er vesentlig slik jeg ser det. Makt var tydelig i min rolle som forsker som definerer intervjusituasjon, tema og spørsmål, men også senere i de tolkninger og det analysearbeidet som utføres. Den makten jeg har i intervjusituasjonene kan, ifølge Kvale et al. (2009), møtes med ulike former for motkontroll, både i det skjulte eller mer åpent, for eksempel ved å holde informasjon tilbake, snakke utenom tema, stille spørsmål, eller åpen protest. Dette får konsekvenser for den kunnskap som produseres. Som mellommenneskelig fenomen kan også dette ha vært tilstede i min studie, slik jeg har reflektert rundt det i ettertid, om enn noe i det skjulte. Jeg erfarte makt gjennom min styringsrett, for eksempel ved å invitere til at praksis skulle beskrives gjennom eksempler. Det var ikke like lett for alle. Jeg erfarte

makt ved å kunne dvele og styre intervjuet i min retning når jeg ønsket det. Jeg erfarte også egen forsiktighet overfor enkelte informanter i noen sammenhenger. Dette har jeg i ettertid relatert til det asymmetriske maktforholdet som for eksempel finnes mellom meg som sosionom og en erfaren psykiater med autoritet. Med utgangspunkt i Bourdieu (Danielsen & Hansen, 1999) kan makt som fenomen forstås i lys av begrepet symbolsk kapital innenfor et kunnskapsfelt, for eksempel voksenpsykiatrien. Ulike profesjoner innehar ulik type symbolsk kapital i form av kunnskap som verdsettes, og har ulik forrang innenfor et aktuelt felt. I et slikt perspektiv forstår jeg min egen forsiktighet i dialog med en annen med større symbolsk kapital og definisjonsmakt. Kunnskap kan gå tapt fordi en setter sin egen kunnskap i skyggen, og lar tema og fenomen ligge uberørt. Jeg vil likevel presisere at jeg gjennomgående opplevde meg trygg og fri som forsker og intervjuer, både på bakgrunn av alder og mange års erfaring innenfor helsefeltet. Egen forforståelse og nærhet til tema og feltet bidro også til dette, og muligens trygget det også informantene.

Intervjuene ble gjennomført i egnede lokaler på den psykiatriske avdeling, enten på den enkelte informants kontor eller på et møterom. Det var satt av en og en halv time til hvert intervju. Vi klarte å holde oss innenfor tidsrammen i alle intervjuene. Intervjuene ble tatt opp på en opptaker med mikrofon som lå mellom oss på bordet. Pilotintervju ble gjennomført ca tre uker før oppstart av de øvrige intervjuene. De gjenstående åtte intervjuene ble gjennomført innenfor en måneds tid.

3.2.3 Analyse

Alle intervjuene ble transkribert ordrett med pauser og gjentakelser. Stilen var muntlig og ga en levende gjengivelse ved gjennomlesing. Selve transkriberingen ble en repetisjon og gjennomgang av intervjuet som jeg opplevde som en veldig viktig del av selve tolking og analysearbeidet. Dette fremheves også av Kvale et al. (2009) som ser transkriberingen som en tolkningsprosess i seg selv. Arbeidet med transkriberingen var mer omfattende enn jeg hadde forestilt meg, og det ble vanskelig å følge planen om å transkribere det siste intervjuet før jeg gikk i gang med neste. Jeg laget meg imidlertid en prosjektlogg som skulle hjelpe meg til å huske inntrykk, erfaringer og spørsmål og tanker, og som kunne være av nytte i den videre tankeprosessen, i tillegg kunne jeg lytte til lydopptakene.

Som en del av det analytiske arbeidet har jeg fortløpende satte meg inn i teorier og litteratur, som kunne være hjelpsom i analysen og forståelsen av de fenomenene som ble synlig i mitt empiriske materiale. Dette anskueliggjør den hermeneutiske sirkelens bevegelse fra data til teori og tilbake igjen, og som medvirket til at jeg kunne se noe annet eller noe mer, og på den måten utvide forståelsen som grunnlag for videre analyse og tolkning av materialet. Det dialektiske forholdet mellom teori og data omtales som tidligere nevnt i metode litteraturen som abduksjon (Thagaard, 2003, s.74).

I analysearbeidet benyttet jeg meg av systematisk tekstkondensering som metode (Malterud, 2011; 2012). Analysearbeidet beskrives praktisk i fire trinn som en analytisk reduksjon med skiftninger mellom dekontekstualisering og rekontekstualisering, - en sirkelbevegelse mellom deler og helhet. Først ble det transkriberte materialet på litt over 200 sider gjennomlest flere ganger for å gi meg et generelt inntrykk av helheten i materialet, og for å bli godt kjent med behandlernes stemme. Ut fra det generelle inntrykket identifiserte jeg noen foreløpige meningsbærende tema. Deretter gikk jeg dypere inn i materialet, og på en systematisk måte forsøkte jeg å identifisere, organisere og kode innholdet slik at det ga svar på forskningsspørsmålene mine. Setning for setning i de ulike intervjuene ble gjennomgått for å identifisere og sortere meningsenheter som hørte sammen. De ulike kategoriene fikk egen farge, og tilhørende sitater og meningsbærende enheter ble satt opp i en felles oversikt hvor jeg prøvde å danne meg mønstre, både i delene og i helheten. Tidlig i prosessen så jeg faglig forståelse og profesjon som viktig meningsbærende kategorier. Fagforståelsen fikk etter hvert en overordnet betydning for å forstå hvordan behandlerne forstår sin egen rolle i det barnefokuserte arbeidet, og hvilke faglige utfordringer og dilemmaer de trekker fram. Den viste seg hos behandlerne i ulike måter å snakke om egen rolle og ansvar på, og i ulike måter å tenke, handle og begrunne sin egen praksis overfor pasientens barn og familie på. Noen behandlere uttrykt eksplisitt sitt faglige ståsted, andre viste sin fagforståelse mer implisitt gjennom ulike utsagn og beskrivelser av praksis, arbeidsoppgaver og prioriteringer. Den faglige forståelsen var imidlertid ikke tilstrekkelig for å forstå. Konteksten og strukturenes betydning for praksis ble tidlig tydelig og var noe alle behandlere var opptatt av og snakket mye om. Det handlet om varighet på innleggelser, effektivitetskrav, faglige føringer og retningslinjer, arbeidsmengde og psykisk tilgjengelighet hos pasient, og hvordan dette satte grenser for hva det var mulig å gjøre innenfor sin kontekst.

Den systematiske tekstkondenseringen førte meg i retning av 4 idealtypiske kategorier. Som kvalitativt baserte kategorier er de fire idealtypiske behandlertypene konstruert ut fra de to trekkene jeg vurderte å ha vesentlig betydning for mulighetene for det å jobbe barnefokuset; den faglige forståelsen og de ulike kontekstene og strukturene den enkelte jobber innenfor. Behandlingskonteksten satte grenser, og faglig forståelse påvirker sterkt prioriteringen av det barnefokusede arbeidet. Kontekst og faglig forståelse spiller sammen og har betydning for hvordan de forstår sin egen rolle i det barnefokusede arbeidet og hvilke faglige utfordringer og dilemmaer de trekker fram. De ulike forståelsesmodellene som jeg identifiserte i mitt materiale er en *biomedisinsk modell*, en *tradisjonell kontekstuell psykologiske modell* og en *systemteoretisk modell*. De fire idealtypene benevnes som *tradisjonsbæreren*, *den tilpassede behandler*, *den involverte behandler* og *utfordreren*.

Typebeskrivelsene har sitt utgangspunkt i Max Webers idealtypetradisjon (Grønmo, 2004). Hovedpoenget med en typologisering er å fremheve typiske mønstre og sentrale variasjoner i det empiriske materiale. Idealtyper er en spesiell form for typologi som fremhever og beskriver de mest sentrale og utvalgte trekkene i en rendyrket og idealisert form. Trekkene som trekkes frem blir forstørret eller overdrevet, samtidig som andre kan tones ned. Det bestemmende er hva som fremstår som vesentlig og mest typisk, gitt et teoretisk utgangspunkt.

3.3 Metodekritikk

Kvalitative metode har gjennom årene vært utsatt for kritikk fra mange hold, blant annet fra de som ser den kvantitative forskningen som den eneste virkelige forskningen (Kvale & Brinkmann, 2009). Det begrunnes i at den kvalitative forskningen ikke lar seg måle og etterprøves på samme måte som den kvantitative. De ulike forskerne gjør ulike tolkninger, og funnene varierer avhengig av hvem som er forsker. En annen kritikk handler om problemene med å skille god forskning fra dårlig forskning (ibid). Kvale & Brinkmann (2009) betrakter det kvalitative intervjuet som et håndverk som stiller store krav til forskeren, både praktisk, kunnskapsmessig og etisk. Det vises til at kunnskapsoppfatningen går forut for metodespørsmålet, og at den kunnskapen som produseres gjennom et kvalitativt intervju baserer seg på en kunnskapsteoretisk erkjennelse av at det finnes mange ulike versjoner av virkeligheten som samtidig kan være gyldige. Med fokus på å forstå og beskrive, er dette en annen type kunnskap enn den vi vil finne gjennom en ren kvantitativ

tilnærming, hvor fokus er forklare og predikere. Torsteinsson (I: Johnsen, Sundet & Torsteinsson, 2000, s 198) påpeker at i debatten mellom positivisme og hermeneutikk, mellom naturvitenskap og samfunnsvitenskap, kan det se ut som vi må velge side, men at kunnskapsformene ikke utelukker hverandre. Det er viktig å ha et perspektivmangfold når det gjelder synet på kunnskap, og ha et forhold til hva de ulike paradigmenes definerer som kunnskap, nettopp for å holde blikket åpent for konsekvensene av de tilnærmingene vi velger.

Kvalitetsbegrepene *reliabilitet* og *validitet* innenfor kvantitativ forskning, er omdiskutert innenfor kvalitativ forskning. Kvale & Brinkmann (2009, s. 249) viser til at enkelte kvalitative forskere har ignorert eller avvist spørsmålet om validitet, reliabilitet og generalisering som undertrykkende positivistiske begrep. Dette er en diskusjon jeg ikke vil gå inn i. Jeg vil i stedet prøve å forklare begrepene, og deretter se på forhold i forskningsprosessen som kan si noe om reliabilitet, validitet og generaliserbarhet i egne resultat.

Direkte oversatt betyr validitet gyldighet eller styrke. Det handler om vi finner mening i teksten som faktisk sier noe om det vi ønsker å si noe om. Validitet tilhører ikke en bestemt del av masteroppgaven. Validitetskravet skal gjennomsyre hele forskningsprosessen og si noe om hvilke muligheter og begrensninger som ligger i min kvalitative undersøkelse. Validitet handler derfor om den håndverksmessige kvaliteten på undersøkelsen og innebærer en kvalitetskontroll i ulike faser. Forskerens dyktighet og troverdighet blir viktig. Det må hele tiden stilles spørsmål til kunnskapens gyldighet, hva er den gyldig om, hvorfor og under hvilke betingelser. Reliabilitetsbegrepet er nært knyttet til validitet, og blir oversatt til pålitelig og troverdig. Det handler om måten undersøkelsen er gjort i forhold til datainnsamling (Kvale & Brinkmann, 2009).

3.3.1 For-dommer

Ifølge hermeneutisk tradisjon er det ikke mulig og heller ikke ønskelig å se bort fra sin forforståelse eller sine fordommer ifølge Kvale et al. (2009), som viser til Gadamer's berømte påstand om at vi bare kan treffe velinformerte dommer på grunnlag av våre fordommer. Våre erfaringer, følelser og verdier og holdninger er med oss i møte med andre mennesker og ulike fenomen og representerer fordommene. Malterud (2011) viser hvordan

fordommer kan bli negative og fastlåste forestillinger som fungerer som skylapper og hindrer læring. Forforståelse kan gjøre blind.

Jeg har satt opp det Malterud (2011) kaller en ”selvangivelse” hvor forskeren skal forsøke å foregripe resultatene, og spørre seg selv hva en venter å finne før en har funnet ut noe som helst. Jeg forventet å finne at leger og psykologer, som behandlere i voksenpsykiatrien, har lite fokus på og engasjement i arbeidet med pasientens barn, ektefelle og deres familier. Med noen unntak, forventet jeg at det meste av arbeidet var overlatt til miljøpersonalet og barneansvarlige, fordi de verken så på det som en del av behandlingsarbeidet eller som sin prioriterte arbeidsoppgave. Jeg hadde en ide om at legene i mindre grad enn psykologene engasjerte seg i dette arbeidet, og at kvinner engasjerte seg mer enn menn. Dette var en forforståelse jeg hadde ervervet meg gjennom drøye tiår i arbeidet med barn og familier hvor foreldre har alvorlig psykiske helseproblemer, både som veileder og kliniker, men også fra faglitteratur om barn som pårørende.

Det er ikke mulig å tenke seg at undersøkelsen ikke har blitt påvirket av mine fordommer, på godt og vondt. Botemiddelet for å redusere den uheldige påvirkningen negativ fordommer kan ha, er ifølge Malterud (2011), at forskeren har et aktivt og bevisst i forhold til sin forforståelse og det som bringes inn i forskningsprosessen. Forskeren må innta en aktiv refleksiv holdning og lete etter konfrontasjoner med egne forestillinger, posisjoner og fordommer. Det handler om å forske på egen subjektivitet og være forberedt på å forkaste de vurderingene og resultatene en har kommet fram til.

Gjennom forberedelser til intervjuarbeidet, gjennomføringen av intervjuene, transkribering og bearbeiding og analyse av materialet, ble egne følelser, erfaringer, verdier, hypoteser og perspektiver tydeligere og mer bevisste. Jeg opplever at ”runddansene” har vært mange og likeså oppdagelsene. Jeg hadde vesentlig kunnskap å sette i spill. Forforståelsen og fordommene mine har selvfølgelig påvirket undersøkelsen både i positiv og negativ forstand. I analysekapittelet mitt har jeg brukt mye direkte sitater for å vise fram mitt datamateriale slik det kom frem i samtalene for å unngå at fordommene har overdøvet og dominert den kunnskapen som lå i det empiriske materialet. Egen subjektivitet har vært i fokus. Med veiledning, stor grad av nysgjerrighet og åpenhet, kombinert med et hjerte for både hjelpere i voksenpsykiatrien og barna, har jeg forhåpentlig klart å sette mine

fordommer tilstrekkelig i spill. Jeg har gjennom studien min både lært og sett noe annet enn det jeg opprinnelig så i starten.

3.3.2 Gamle kjente

Som tidligere veileder på det barnefokuserte arbeidet og en kommunal samarbeidspartner, var noen av informantene kjente for meg. Sjansen for at alle syv behandlerne fra akuttseksjonene hadde hørt ”min stemme” via barneansvarlige kolleger, var også absolutt til stede. Usikkerheten knyttet til meg som en mulig ”kritisk ekspert”, kan jeg heller ikke se bort fra. Det siste kan være tilfelle, selv om jeg ikke hadde vært kjent for informantene. Studier med dette tema kan ligne på moralisering og irettesettelse av psykiatrien, og derfor gjøre informantene skeptiske og tilbakeholdende med informasjon. En av informantene viste en slik type usikkerhet, slik jeg tolker det. Dette var en informant jeg ikke kjente fra tidligere. Jeg registrerte imidlertid ellers ingen forskjell i intervjusituasjonene mellom de som var kjente eller ukjente. Det kan også tenkes at kjennskapet til meg og mine erfaringer fra deres eget felt har bidratt til trygghet og tillit overfor meg som forsker.

Jeg var meget bevisst på å være formell i møte med alle og unngå ”smalltalk”. Det gjorde det mulig å gå rett på sak og holde seg til sakens tema gjennom alle intervjuet. Jeg sitter igjen med et hovedinntrykk av at informantene var åpne og meddelsomme om egne erfaringer og praksis. Jeg har fått et rikholdig material med mange beskrivelser og praksiseksempler fylt av mening og variasjon.

3.3.3 Om å forske på eget felt

Jeg har i hele mitt yrkesliv vært opptatt og engasjert i tema knyttet til barn og familier innenfor mitt arbeid i barnevernet, BUP, kommunehelsetjeneste for barn og i det voksenpsykiatriske feltet. Det tema som denne oppgaven handler om - *hvordan ivaretar voksenpsykiatrien og behandlere pasientenes barn* - har vært et tema jeg har vært opptatt av i 20 år. Ivaretagelse av utsatte barn er også en problemstilling som er nært knyttet til meg som mor og kvinne. Jeg går derfor inn som forsker og helsearbeider med stor nærhet og forforståelse. Nærheten ligger også i den ambisjonen jeg har i studien om å bidra til å utvikle kunnskapen på feltet, til beste for barna og de foreldrene det gjelder.

For forskning kan forforståelse bety både noe negativ og noe positivt, som jeg har drøftet ovenfor. I positiv forstand har forforståelse og nærheten i denne studien representert en positiv drivkraft og motivasjon for meg til å forske på dette feltet og med den aktuelle problemstillingen, slik Malterud (2011) påpeker at det kan gjøre. Nærheten og den forforståelsen, som jeg tar med meg inn i det feltet jeg skal forske på, kan også ha representert noen fordeler slik jeg ser det. Kunnskapen og nærheten har gitt meg en kunnskapsplattform som har gjort det mulig å finne fram til spørsmål, til å samtale med behandlerne om ulike tema og fenomen på en naturlig og mer informert måte. Vi har en felles fag- og erfaringsbakgrunn, og vi vet begge hva vi snakker om. Det kan bli lettere å få til en felles refleksjon rundt et felles interestetema, i en kontekst vi begge kjenner. Kunnskapen kan bli på lettere tilgjengelig.

Å skape distanse til det en skal studere er også viktig i vitenskapelig sammenheng. Jeg erfarte blant annet hvor lett det var å identifisere seg med behandlerrollen. Flere av intervjuene berørte meg følelsesmessig, både fordi utsagn og beskrevne praksiser viste uheldig konsekvenser for de barna og familiene som var involvert, men også fordi de synliggjorde de etiske dilemma behandlerne sto i. Jeg kunne til tider kjenne på en sterk lojalitet overfor behandlerne og et ønske om å finne og fremheve det positive de sto for i et vanskelig fagfelt og en tilsvarende uro for å finne noe negativt. Dette opptok meg i analysearbeidet en periode og gjorde det vanskelig å ta inn forholdet som et fenomen som rammet barna uten at det var hensikten. Dette er forhold som også Solheim (1994) trekker frem i sin hovedoppgave ”Kvar vart det av borna”.

Det å distansere seg kan også være vanskelig når en har overlappende tenkemåter og fagspråk. Det som sies kan lett tas for gitt, uten at det blir forklart eller presisert, og uttalelsene kan tas til inntekt for noe annet enn det vedkommende faktisk mente. Det kan også hende at en rett og slett ikke ser ting av gammel vane, noe som en utenforstående forsker kunne ha oppdaget fordi det sprang henne i øynene, eller også forstørret noe en tidligere hadde hengt seg oppi. Likeledes kan en som forsker på eget felt identifisere seg med bestemte løsninger slik at en ikke ser alternativene. Det kan handle om forforståelser og oppfatninger om hva som kan være god og mindre god praksis.

Dette er refleksjoner som jeg har gjort meg som forsker på eget felt, men jeg kan ikke si konkret i hvilken grad disse forholdene har påvirket studien. Jeg sitter likevel igjen med den opplevelsen at min nærhet og engasjement til det feltet jeg har forsket på har vært en

styrke, slik jeg nevnte innledningsvis i dette avsnittet, nemlig gjort det mulig å stille relevante spørsmål og medvirket til samtaler som generert rikelig informasjon som grunnlag for utvikling av kunnskap.

3.4 Noen etiske refleksjoner

Kvalitative studier innebærer menneskelige møter hvor normer og verdier utgjør vesentlige elementer i den kunnskapen som utveksles og skapes. Kravet til etisk refleksjon er til stede under hele forskningsprosessen og når funnene skal formidles. Kvale et al. (2009) framholder tre etiske prinsipp som jeg velger å trekke frem i denne sammenheng. *Det informerte samtykke* innebærer at informantene blir informert om hvordan studien skal gjennomføres, hva som er målsettingen og om det er noen fordeler eller ulemper knyttet til det å delta. *Konfidensialitet* er et annet viktig prinsipp som må ivaretas. Det tredje etiske prinsippet er hensynet til de eventuelle *konsekvensene* av en studie. Informasjonen jeg har innhentet gjennom intervjuene oppfatter jeg som sensitive opplysninger. Først og fremst gjennom de ærlige og til dels selvutleverende beskrivelsene av egen praksis og opplevelse av tilkortkomning, frustrasjoner i forhold til systemer, kunnskapssyn, kollegaer og samarbeidspartnere. Det å sikre konfidensialiteten og bruke kunnskapen på en respektfull måte er viktig. Jeg ønsker i størst mulig grad å ivareta den enkelte informants faglige integritet og ikke utlevere noen. Ved å formidle den kunnskapen jeg har fått, kan jeg likevel komme til å gjøre det.

Det å omtale en gruppe mennesker som alvorlig syke, eller med alvorlige psykiske helseproblemer, er i seg selv vanskelig. At de som gruppe som kan komme til å representere alvorlige belastninger for sine barn, er også problematisk. Det kan gi et inntrykk av at gruppen som sådan utgjør en fare for sine barn og at alle barna og familiene kan trenge hjelp, slik er det ikke. En kan glemme at dette handler om enkeltindivider og ulike familier med store forskjeller når det gjelder livssituasjon, påkjenninger og mulighet for mestring, også innenfor de ulike diagnosegrupper. Vi kan komme til å glemme at verken foreldrefungering eller psykisk helse er faste størrelser. Menneskene det gjelder kan også se seg selv på andre måter enn det vi gjør. Selv om vitenskapens har behov for typologiseringer, forenklinger og definerte tema, må en ikke miste av syne det enkelte individ, dets forståelse av seg selv og hva som er hjelpsomt. Forskingen skal bidra til at vi

finner ledetråder som kan bidra til nye ideer om hvordan ting skal forstås og møtes, forhåpentlig til beste for dem det gjelder.

Kapittel 4 Resultater

I dette kapitlet vil jeg redegjøre for hvordan behandlerne vurderte muligheter og begrensinger for å følge opp pasientenes barn. Med utgangspunkt i 4 idealtyper som jeg redegjorde for i metodekapitlet vil jeg i det følgende presentere mine funn. Hovedpoenget med en typologisering er som sagt å fremheve typiske mønstre og sentrale variasjoner i det empiriske materiale. Trekkene som tas frem blir forstørret eller overdrevet, samtidig som andre kan tones ned. Som beskrevet i metodekapitlet er de kvalitativt baserte kategorier, idealtypiske behandler typer konstruert ut fra to trekk jeg vurderer å ha vesentlig betydning for mulighetene for det å jobbe barnefokuset: den faglige forståelsen og de ulike kontekstene og strukturene den enkelte jobber innenfor. De fire idealtypene benevnes som *tradisjonsbæreren*, *den tilpassede behandler*, *den involverte behandler* og *utfordreren*. I det følgende beskriver jeg først kort sentrale kjennetegn ved behandlingskontekstene. Deretter har jeg organisert materialet etter de fire idealtypiske behandler typene, og gjennom å drøfte hvordan disse arbeider og hvilke utfordringer og dilemmaer disse står i, belyses de faglige forståelsesmodellene og rammene konteksten setter for barnefaglig arbeid på et mer detaljert plan.

4.1 Behandlingskonteksten

Behandlere som er mine informanter jobbet alle i samme helseforetak, men i tre forskjellige seksjoner; lukket akutt, åpen akutt og spesialseksjonen. *Lukket akutt seksjon* er en mottakspost med et øyeblikkelig hjelpetilbud til de dårligste pasientene, oftest i akutte kriser med psykoseproblematikk eller alvorlige depresjoner og suicidalitet.

Hovedoppgaven er å stabilisere pasientene slik at de kan ta imot hjelp fra andre deler av behandlingskjeden. Lukket seksjon er en mottakspost i akuttkjeden med øyeblikkelig hjelp plikt, og de fleste pasientene overføres til åpen akutt seksjon når skjermingsbehovet ikke er tilstede. Oppholdet på *lukket akutt seksjon* kan vare fra noen døgn, til ett par uker. På *åpen akutt* kan oppholdet vare fra to til tre uker, noen ganger seks til syv uker. Diagnostisering, medisinerer, behandling og videreføring til andre behandlingskjeden, er akutt seksjonenes viktigste oppgaver. Tall fra forskjellige undersøkelser viser at mellom 20 og 30 % av dem som blir innlagt i psykiatriske institusjoner har mindreårige barn (Kufås et al., 2011; Halså, 2008).

Spesialseksjonen er en lukket langtidsavdeling for pasienter med kompliserte og sammensatte tilstander. Pasientene kan streve med alvorlige psykose problemer, som regel schizofreni eller andre alvorlige psykiatriske tilstander, kombinert med rus, voldsproblematikk og somatiske sykdommer. Pasientene beskrives som svært syke med lavt funksjonsnivå ved innleggelse. Oppgavene i seksjonen består i omfattende utredninger og behandling. Overføringen til neste ledd i behandlingsskjeden beskrives som arbeidskrevende, med kunnskapsoverføring og tilretteleggelse for å sikre adekvat og tilstrekkelig oppfølging. Varighet på innleggelsen tilpasses individuelt, og varer fra to til seks måneder. Få pasienter ved spesialseksjonen har barn. Seksjonene er til enhver tid fullt belagt. De tre seksjonene er relativt likt bemannet. Psykiatere og psykologspesialister har det formelle behandlingsansvaret.

Behandlingen er basert på et tverrfaglig teamarbeid hvor ulike faggrupper har sine særskilte bidrag og oppgaver i en større helhet, med miljøet som ramme. Samordning skjer gjennom felles planlegging og informasjonsflyt mellom aktørene i ulike typer møter. Pasienter har sin egen behandler, samt en primærsykepleier/miljøkontakt med ansvar for det miljøterapeutiske arbeidet og praktisk iverksetting av behandlingsplaner. Miljøkontakten deltar på samtalene behandler har med pasienten for å sikre kontinuitet og oversikt. Miljøkontakten følger opp pasienten med ulike støttesamtaler, medisinerer, tilrettelegging av besøk og løpende kontakt med pårørende. Behandlere møter pasientene opptil flere ganger i uka, noen ganger daglig, i ulike typer samtaler og møter. Grupper, aktiviteter, pasientundervisning, psykomotorisk behandling, sosialfaglig hjelp og samarbeid med pårørende, inngår også i behandlingstilbudet.

Alle seksjonene har *barneansvarlig personell*. De to postene ved lukket akuttseksjon har organisert seg likt. Sosionomene og noen fra miljøpersonalet, fungerer som en gruppe barneansvarlige. De to sosionomene nevnes eksplisitt som spesielt synlige pådrivere som bistår med kartlegging, har samtaler med pårørende, og kontakt med hjelpeinstanser i kommunene. Ved åpen akuttseksjon er en behandler barneansvarlig sammen med seksjonenes sosionom og to fra miljøpersonalet. I spesialseksjonen har en behandler funksjonen som barneansvarlig. Oppgaven som barneansvarlig er gitt til personer som er spesielt interessert i temaet og som tar et ansvar i tillegg til sine andre arbeidsoppgaver.

Den psykiatriske avdelingen (tidligere sykehuset) som de ulike seksjonene inngår i, har hatt et engasjement i pasienters barn fra slutten av 1990 tallet. Det har vært jobbet systematisk og langsiktig med å utvikle praksis og rutiner for å ivareta barn som pårørende innenfor en voksenpsykiatrisk kontekst. For akuttseksjonenes del har rollen som barneansvarlig vært en ordning som har eksistert i godt over 10 år. Grunnlaget for ordningen var et metodeutviklingsprosjekt (Kufås et al., 2001, s. 26) som endte i en tilrådning om egne barneteam bestående av to sentrale fagpersoner ved hver seksjon, også benevnt som barneansvarlige. Disse skulle ha et særlig ansvar for å ha pasientenes foreldreoppgaver og barnas situasjon i fokus. De skulle ha ansvar for å etterspørre kartlegging av barnas situasjon, eventuelt gjennomføre dette selv, og for å bistå behandlingsteamet og pasienten i det praktiske barnefokuserte arbeidet.

Ordningen med barneansvarlige ble sett som en slags kompromissløsning i en travel akutthverdag som begrenset behandlernes handlingsrom. Forutsetningen var at det ble samarbeid tett med behandlere for å sikre en koordinert og integrert innsats. Intensjonen var også at barneansvarlige, som mer øvede og kompetente klinikere, kunne tilby seg å gå sammen med mindre øvede klinikere for å sikre overføring av kompetanse gjennom et praktisk samarbeid, som en type mester – lærling ordning. Arbeidet ble støttet opp med jevnlig veiledning og konsultasjon for barneansvarlige og de behandlerne som sto i de aktuelle saker det ønsket et fokus på. Etter lovendringen med krav om oppnevning av egne barneansvarlige er ordningen forsterket og ytterligere institusjonalisert.

Foreldre som legges inn ved seksjonene har alvorlig psykiske problemer. Ved lukket akuttseksjon befinner foreldrene seg i en akutt fase med sterke symptomer og behov for skjerming og tett behandlingsmessig oppfølging, før de overføres til åpen akuttseksjon etter at den psykiske tilstanden har stabilisert seg. Innenfor et relativt begrenset tidsrom, fra noen dager til noen uker, skal det samarbeides med pasienten og eventuelt andre omsorgspersoner for å finne ut om barnas omsorg er ivaretatt under innleggelsen, og om de har behov for oppfølging. Foreldre innlagt ved spesialseksjonen beskrives å ha sammensatte og kroniske tilstander som skal utredes og behandles i løpet av to til seks måneder.

Tradisjonsbæreren og den tilpassede behandler jobber begge innenfor en lukket akuttseksjon, en type behandlingskontekst som begrenser det barnefokuserte arbeidet blant

annet ved korte innleggelser og manglende psykisk tilgjengelighet hos foreldrene. Det som skiller disse to behandlertypene er at den ene har en biomedisinsk forståelsesmodell med fokus på behandling av individet som utgangspunkt for sitt arbeid, mens den andre har en psykologisk forståelsesmodell som vektlegger familie- og systemtenkning. *Den involverte behandler og utfordreren* som behandlertyper jobber begge innenfor kontekster som har et utvidet tidsperspektiv for behandling, sammenlignet med de forannevnte behandlertypene, riktignok i ulik grad. Den ene jobber ved en åpen akuttseksjon og den andre ved en seksjon for langtidsbehandling. Som behandlertyper skiller de seg fra hverandre med hensyn til sitt faglige utgangspunkt. Den ene jobber ut fra en psykologisk forståelsesmodell som vektlegger relasjonelle og kontekstuelle forhold, mens den andre vektlegger en systemteoretisk modell med fokus på de systemene, sub-systemer og relasjoner, som pasienten og barn inngår i. Nedenfor blir funnene rammet inn og presentert med utgangspunkt i disse fire typologiene. I to av idealtypene bruker jeg han, i de to andre hun. Min rasjonale var at flertall av kjønn bestemte benevnelsen, der det var likt ble det en hun.

4.2 Tradisjonsbæreren

Tradisjonsbæreren er en behandlerstype med medisinsk faglig ansvar ved sin seksjon, og med lang fartstid innenfor det akuttpsykiatriske fagfeltet som han har vært med å forme og utvikle over år innenfor en medisinsk orientert tradisjon (**derav benevnelsen tradisjonsbærer**). Tradisjonsbæreren har i hovedsak sitt virke ved *lukket akuttseksjon*. Med seksjonens *øyeblikkelig hjelp plikt* for pasienter i akutt psykisk krise med behov skjerming, krav om pasientflyt og raske utskrivninger og videreføring til åpen akutt, representerer lukket akuttseksjon på flere måter en spesiell kontekst for det barnefokusert pårørende arbeidet. I hovedsak betyr det redusert psykisk tilgjengelighet hos den enkelte foreldre. Kortvarige, hektiske behandlingsopphold begrenser det handlingsrommet og mulighetene for å komme til med et pårørende arbeid overfor pasientenes mindreårige barn, et arbeid som krever tid, prosess og timing. Lukket akuttpsykiatrisk seksjon som behandlingskontekst vil sette preg på utformingen av rollen overfor barn som pårørende.

Arbeidsoppgavene og den faglige forståelsen som legges til grunn for behandlingsarbeidet ved akuttseksjonen, knytter denne behandler typen an til de retningslinjene og det lovverket som finnes for dette arbeidet, og som beskrives å være *utredning, diagnostisering, behandling av psykiatriske pasienter og opplysningsarbeid overfor pårørende*. Det

medisinske utgangspunktet for arbeidet blir ikke eksplisitt uttalt under intervjuene, men framstår mer som et tatt – for - gitt utgangspunkt i måter arbeidet omtales på. Dette kan forstås i lys av at den medisinske sykdomsmodellen er den offisielle og overordnede, og dermed tatt – for - gitt modellen som psykiatrien og lovverket rundt akuttvirksomheten er basert på. Som behandlertype hegner tradisjonsbæreren om sin rolle som behandler for den individuelle pasient. Behandlingen ved lukket akutt blir beskrevet som ”brannslukning”, som jeg forstår som en type individuelt krisearbeid med fokus på å dempe symptomer og stabilisere mental ubalanse:

”På akutt er det slik at pasienten kommer inn og er i en veldig mental ubalanse, og da blir hovedfokus å forsøke å finne ut av hva kan være årsak til dette, hva feiler pasienten, og da gjøre noe med det. Og det er et ganske intensivt og lukket arbeid, for å si det på den måten”.

Tradisjonsbæreren legger vekt på at pasienten og symptomer ikke må forstås og behandles isolert, men sees i sammenheng med det ”sosiale livet”. Her blir samarbeidet med nærmeste pårørende omtalt som spesielt viktig, enten det gjelder ektefelle, barn, foreldre eller søsken som ”noen ganger kan være i en større krise enn pasienten”. Fokus for dette samarbeidet er først og fremst, slik det beskrives, å få tilgang til nødvendig informasjon fra nærmeste pårørende som kan forklare hvorfor pasienten har blitt syk, for eksempel avdekke hendelsesforløp eller manglende inntak av medisiner. Dernest skal samarbeidet sikre at pårørende får nødvendig informasjon, støtte og forståelse av pasientens psykiske tilstand og behandling, som igjen kan bidra til at ”båten bærer”(sitater) for familien, for eksempel i forbindelse med en utskrivelse, slik det uttrykkes her:

” ()sånn rent formelt så er det selvfølgelig at du skal legge forholdene til rette for en forsvarlig utskrivning. Og hvis noen skal utskrives til sin familie, så er ikke det en forsvarlig utskrivning hvis ikke familien er involvert på en eller annen måte. Ikke sant? Den er helt grei, den kan du forankre formelt. Men så vil det jo være å ivareta pårørendes behov for informasjon, for forståelse, for å tenke: hvordan skal vi forholde oss i tiden fremover? Og så vet vi jo at jo mer forståelse de har, jo mer informasjon de har, jo bedre er de i stand til å legge forholdene til rette for at en utskrivning ikke bare blir forsvarlig, men at båten bærer og det kommer noe godt ut av det”.

Familiearbeidet slik det beskrives av tradisjonsbæreren handler først og fremst om samarbeid med de voksne pårørende hvor fokus er på den syke pasienten. Den akuttpsykiatriske konteksten gir ikke rom for systematisk familiearbeid eller noe langsiktig arbeid med tanke på prosesser eller endring:

”Vi driver ikke med noe systematisk ordentlig familiearbeid, nei vi driver ikke med familierapi. Tenk deg våre opphold er typiske på en 14 dagers tid, noen ned i en uke, noen opp til tre uker, la oss si opp til fjorten dager, og i løpet av den tiden så kan du ikke drive med noe særlig systematisk langsiktig arbeid med tanke på prosesser og endring osv.

Det vil det bli andre instanser som vil ta seg av, etter oss. Men vi må se utfordringene og se behovet, og sørge for at noe er på plass når folk reiser fra oss”.

Som behandlertype opplever han at ivaretagelsen av pasientenes barn kan komme i konflikt med det som beskrives som den egentlige og klart definerte oppgaven, nemlig behandling, utredning og diagnostisering av psykiatriske pasienter. Uttrykk som ”en potensiell spenningsflate” og ”tette konflikter hele veien” brukes for å beskrive forholdet mellom de definerte pasientoppgavene og ”andre oppgaver som ikke direkte er knyttet til pasienten, som for eksempel ivaretagelse av barna”(sitater).

Korte og intensive behandlingsopphold for pasienter i ”veldig mental ubalanse”(sitat), kombinert med stor arbeidsmengde og gjennomstrømming av pasienter, setter grenser for hva seksjonen og denne behandlertype kan gjøre for pasienten som foreldre og for barn som pårørende. Det finnes ikke rom for å åpne for problemstillinger eller prosesser med fokus på familie og barnas spesielle behov. Forholdet mellom oppgaver og kapasitet blir et vanskelig dilemma, hvor tradisjonsbærerens svar blir å la barneansvarlige sammen med annet miljøpersonell ta et hovedansvar for ivaretagelse av pasientens mindreårige barn:

”()det som er sikkert er at hvis jeg på en måte skulle fulgt opp hva som er forventet av meg å gjøre, når det gjelder alt arbeidet, - dokumentasjon og vurderinger, differensialdiagnostiske vurderinger, medikamentvurderinger og alt det andre, så ville jeg ikke rukket mer enn halvparten, det er ikke mulig å få gjort alt, så noe må delegeres”.

Ivaretagelsen av behandlingsalliansen og lojaliteten til pasienten er et viktig anliggende for tradisjonsbæreren som behandlertype. Han er opptatt av hvordan hans ivaretagelse av barn som pårørende kan forstyrre eller føre til brudd i behandlingsalliansen som anses vesentlig for å kunne komme i posisjon til å hjelpe pasienten. De mest utfordrende situasjonene er hvor han som behandler må velge hensynet til barnet framfor pasienten, for eksempel ved omsorgssvikt, og hvor pasienten i verste fall kan begå selvmord:

”Og det er jo helt pyton for da kommer du i den posisjonen at du skal velge mellom pasientene og pasientenes barn. For prisen ved å avgi en så entydig uttalelse, enten fordi du selv ser at ” jeg har opplysningsplikt”, ()eller fordi barnevernet har vært inne allerede og ber deg om en spesialistuttalelse,()da kan du risikere at du totalt mister behandlingsalliansen med pasienten, og i verste fall så tar pasienten livet av seg, for eksempel. Det er sånne dilemmaer som det er få av, men de er helt redselsfulle. Og da skal du ikke sitte alene med det, men jeg blir jo likevel sittende med ansvaret og det følelsesmessige ubehaget, for å si det forsiktig”.

Utsagnet viser hvilke vanskelige og uunngåelige dilemma og følelsesmessige belastninger han erfarer å stå overfor når det gjelder spørsmål om omsorgssvikt. Opplevelsen av å måtte

velge mellom hensynet til pasienten eller barnet, sammen med erkjennelsen av at ens vurderinger uansett kan få alvorlige og til dels fatale konsekvenser for dem det gjelder, gjør ansvaret som behandler følelsesmessig tungt å bære. Det å samtale med pasientens barn og andre pårørende kan også forstyrre alliansen ifølge tradisjonsbæreren som påpeker viktigheten av å balansere mellom taushetsplikten overfor pasienten og informasjonsbehovet pårørende har. Det kan vise seg å være krevende i et direkte møte med pårørende når pasienten ikke ønsker åpenhet. Som behandler type fremholder tradisjonsbæreren hensiktsmessigheten ved at helsepersonell kan innta forskjellige roller for best mulig å kunne ivareta lojaliteten og alliansen til pasienten:

”Noen ganger så tenker jeg at det kan være hensiktsmessig at forskjellige kan ha litt forskjellige roller, noe med lojaliteten, altså at pasienten føler at de har en behandler som er deres behandler”.

Slik tradisjonsbærerens praksis viser seg i mitt materiale, er det imidlertid regelen at rollene er atskilte. Tradisjonsbæreren er sjelden eller aldri involvert i direkte samtaler med pasientens barn eller i samtaler med pasienten og den andre forelderen om barnets situasjon. Det gis et inntrykk av det å forholde seg direkte til oppfølgingen av barnas situasjon kan forstyrre behandlingsarbeidet på ulike måter.

4.2.1 Lojalitet til systemet og begrensningens kunst

Systemet forutsetter at behandlingen av den enkelte ikke skal gå utover tilbudet til andre pasienter som er i behov av øyeblikkelig hjelp og innleggelser. Som behandler har tradisjonsbæreren det fulle faglige ansvaret for den enkelte pasient, et ansvar som samtidig må tilpasses avdelingens og enhetens drift. Spenningen som ligger mellom den enkelte pasients behov og det å skulle ha et øyeblikkelig - hjelp - tilbud til de som måtte trenge det, må finne sin løsning innenfor teamene og seksjonene som det uttrykkes her:

” ()vi har jo ansvar i forhold til hver enkelt pasient, og vi har et systemansvar i forhold til å ivareta den funksjonen for vårt område, og det betyr jo også at vi har ansvar for en drift som gjør at vi kan ta imot og at vi kan dekke det, både at den enkelte får det den personen har behov for og så har vi ansvaret for at vi har kapasiteten nok til å dekke totalt innenfor de rammene som vi har. Og det er jo hele tiden en sånn spenning mellom den enkelte, det å ha muligheten til å tilby behandling til de som måtte trenge det. Vi kan ikke gi alt mulig, altså det gir noen begrensinger, men som jeg tenker også er det en helt grei ramme å forholde seg til”.

Utsagnene viser tradisjonsbærerens kollektiv forpliktelse og lojalitet for å bidra til at akuttseksjonen som system kan fungere etter intensjonen og er i stand til å tilby en akuttberedskap og akuttbehandling som er fleksibel, og som kan balansere mellom mange

hensyn. En slik lojalitet krever at behandlerne må ta innover seg og akseptere de begrensningene som ligger i kjølevannet av et slikt system. Som det sies: *”vi kan ikke gi alt mulig”*. Akuttpsykiatrisk behandling blir begrensningens kunst med en kollektiv norm om å holde fokus på pasienten og om å begrense seg til det akutte og avslutte i tide. Ivaretagelsen av barn som pårørende blir den oppgaven som marginaliseres, slik jeg ser det. Ikke bare fordi det er begrenset med tid, men også fordi dette ikke er deres egentlige oppgave. Dette kan også bli et strategisk valg for den enkelte behandler, fordi arbeidet med barn som pårørende ikke teller med når seksjonens faglige innsats skal evalueres:

”Ja hele systemet, hele helsevesenet, også hele psykiatrien, den er jo giret på, jeg hadde nær sagt i anførselstegn ”produksjon av pasienter” eller pasienter som kan skrives ut, - eller avsluttes for poliklinikk, det er det som er perspektivet, og hvis du gjør et fabelaktig barnearbeid, men ikke får fingeren ut på de andre tingene, da har du ikke gjort jobben din”.

Lojaliteten og de faglige forpliktelsene i forhold til den egentlige oppgaven, nemlig psykiatrisk behandling og utredning av alvorlig psykisk syke pasienter, og til akuttssystemet med lover og forskrifter om ansvarsforhold og et medisinsk forståelsesgrunnlag som styrer virksomheten, trer tydelig fram i materialet mitt. Dette er lojaliteter og forpliktelser som blir sterkt bestemmende for at det barnefokuserte arbeidet i neste omgang i praksis søkes skilt fra behandlerrollen og dens egentlige oppgaver. Et barnefokus kan på ulik måte forstyrre behandlingsarbeidet.

4.2.2 Barna – et arbeid satt ut på anbud til kompetente medarbeidere?

Tradisjonsbæreren omtaler pasientenes barn som voksenpsykiatriens ansvar, et arbeid som må ha fokus og prioritet, samtidig som egen praktiske rolle i dette arbeidet framstår som sterkt begrenset og i stor grad er overlatt til kompetente og selvstendige barneansvarlige. Tradisjonsbæreren definerer seg først og fremst som tilgjengelige teammedarbeider som kan trekke inn, for eksempel, ved alvorlig bekymringer for barna.

Tradisjonsbæreren hevder at barn som pårørende må både ha *”fokus og prioritet”* i den enkelte seksjon for at en skal lykkes å ivareta dem, hvis ikke kan de forbli usynlige eller borte i annet presserende arbeid. Spesielt er det lett å overse barn hvis foreldrene ikke ønsker *”å vise fram barna”* eller barna ikke er synlige eller en naturlig del av problemet.

Tradisjonsbæreren har erfart at arbeidet med barn som pårørende har blitt stadig bedre ivaretatt ved sin seksjon:

”Det har blitt fokusert på barn som pårørende på en stadig bedre måte. Når jeg begynte her var ikke barn så mye i fokus, de var ikke det. Så man har sett hvor viktig det er, også for pasienten, å vite at barna er tatt hånd om, at man har sett dem, registrert dem og spurt dem hva deres behov er, og litt avhengig av alder, naturligvis prøver å finne ut hva deres behov kan tenkes å være, og se det opp mot hva de selv ønsker”.

I intervjuene med denne behandlertypen kommer det til uttrykk positive holdninger for at barn som pårørende er et ansvar for voksenpsykiatrien, og at tidligere ansvarsfraskrivelse har vært uheldig. Det å overidentifisere seg med pasienten omtales av denne behandlertypen fortsatt som en stor utfordring i rollen som behandler. Jeg forstår overidentifisering som en type forsvar mot å ta innover seg barnets situasjon fordi nærheten til og identifiseringen med pasienten gjør barnets utsatthet usynlig for behandleren. Som behandler og forelder blir det vanskelig å ta innover seg at foreldre for eksempel kan være skadelig for sine barn. Det gir oss behov for å bagatellisere:

”(..) det er en del ting som vi synes er ubehagelig å ta innover oss og som vi har lyst til å bagatellisere, fordi vi tenker på oss selv som mødre og foreldre, og tanken på at det skal være noe annet enn idyll mellom foreldre og barn er i utgangspunktet provoserende, eller at foreldrene skal kunne skade barna er provoserende for oss, uansett.”

Når det snakkes om arbeid som gjøres for barn som pårørende, snakkes det ofte i vi - form, noe som forsterker inntrykket av at arbeidet har et felles fokus og prioritet. Lovendringene rundt barn som pårørende når foreldre er alvorlig syke oppfattes å ha gitt viktige signaler til fagfeltet, men har ikke nødvendigvis hatt betydning for egen praksis, slik tradisjonsbæreren uttrykker det. Jeg tolker denne uttalelsen slik at denne behandlertypen over år har jobbet innenfor en kontekst hvor det barnefokuserte arbeidet har funnet en form med barneansvarlige og annet miljøpersonell som rutinemessig tar et hovedansvar for de oppgaver som gjelder oppfølgingen av pasientenes barn. Tradisjonsbæreren kan derfor konsentrere seg om en tradisjonell praksis med hovedfokus på behandling og utredning av den innlagte forelder. Dette er en praksis som bekreftes av loven.

Tradisjonsbæreren som behandler type argumenterer for en praksis med egne barneansvarlige. Disse får et spesialansvar for den rutinemessige kartleggingen av barnas situasjon og behov, samt for den praktiske ivaretagelsen og oppfølgingen av barna som følger med en slik kartlegging, oftest sammen med annet miljøpersonell. Både barneansvarlige og miljøpersonell beskrives som spesielt kompetente medarbeidere med lang erfaring med et barnefokuseret arbeid innenfor den aktuelle konteksten, og med godt

kjennskap til de ulike oppfølgingstjenestene som finnes i kommunene. De beskrives som flinkere i det konkrete arbeidet med familier og barn enn tradisjonsbæreren selv:

” ()det er flere av sykepleierne som er mye flinkere enn meg til det konkrete familiearbeidet, og til hvordan en skal gripe an den konkret barneinformasjonen, for eksempel, mye flinkere enn meg(…)alt i alt så er barn som pårørendes interesser godt nok ivaretatt. At jeg har delegert eller overlatt det ansvaret til de som har det, er jeg komfortabel med.

Tradisjonsbæreren tillit til at barneansvarlige medarbeidere følger opp barn som pårørende på en tilfredsstillende måte er stor. Det vises til gode erfaringer fra samarbeidet med barneansvarlige over tid, og tilbakemeldinger fra fornøyde pårørende. Dette gjør det lett å delegere arbeidet med barn som pårørende til dem

Gjennom praksisbeskrivelse og utsagn viser han at han deltar og trekkes inn i drøftninger av barns behov og i det praktisk barnefokuserte arbeidet, når det vurderes å være

”relevant” for å ”ivareta helheten”:

”()der har jeg vært med i teamet som har identifisert behovet, og det vil si at noen må snakke med barna. Og så er det noen som har snakket med barna fra miljøet, - det har ikke jeg gjort, mens jeg har snakket med pasienten og jeg har snakket med ektefelle og hatt flere samtaler med dem. Og så har vi fått dette sånn omtrentlig på plass. Og så har vi gitt barna et tilbud om å komme inn i en gruppe, de ønsket ikke det. Vi har tilbudt dem noen å snakke med for sin egen del, uavhengig av denne innleggelsen, det ønsket de heller ikke. Men de snakket med vårt personale og vi følte at dette var så trygt og godt på plass og her skulle vi ikke snakke en pasientrolle på dem. De visste at hvis det var noe, ville det være mulig å komme dit eller dit”.

Eksemplet viser en sak hvor barns traumatiske opplevelser i forbindelse med et alvorlig selvmordsforsøk får fokus, og gjør samarbeid mellom barneansvarlig miljøpersonell og behandler relevant. Jeg tolker det slik at forelderens suicidalfare og barnas utsatthet og fare for å bli traumatisert, krever en helhetlig og samordnet innsats for å kunne ivareta alle parter på en god nok måte. Uroen for å indusere skyldfølelse hos foreldre når barns situasjon blir tematisert og de fatale følger det kan få for en krenkbar og suicidaltruet foreldre, gjør deltakelse fra behandler side viktig. Sammen snakker de med pasienten og den andre foreldereren som hjelpes til å se barnas behov for hjelp til å bearbeide en traumatisk opplevelse, og et eventuelt behov for hjelp fra BUP på sikt. Barneansvarlig sammen med miljøpersonell forbereder og gjennomfører samtaler med barna og den andre foreldereren, kartlegger og motiverer barna for deltakelse i grupper eller for samtaler for egen del. Tradisjonsbæreren ser det ikke som sin oppgave å samtale med barna og den andre foreldereren. Dette overlates til miljøpersonalet og barneansvarlige som innehar et

spesielt ansvar, erfaring og kompetanse i dette arbeidet. Som behandler type følger tradisjonsbæreren opp behandlingen av sin pasient og mulig suicidalfare.

4.2.3 Dilemma: Min taushetsplikt – og vår opplysningsplikt til barnevernet

Tradisjonsbæreren har begrenset kunnskap om, og lite eller ingen samarbeidserfaring med de ulike tjenestene som finnes for barn i kommunene, med unntak av barnevernet.

Manglende kunnskap og erfaring kan sees på som en naturlig følge av den tidligere nevnte arbeidsfordeling, hvor miljøpersonell og barneansvarlige i all hovedsak ivaretar oppfølging av pasientenes barn uten at tradisjonsbæreren selv trekkes inn i dette arbeidet.

Tradisjonsbæreren er orientert om at det foregår et oppfølgingsarbeid uten at han har full oversikt over eller egne erfaringer med dette arbeidet. Samarbeidserfaringer med barnevernet knyttes til tradisjonsbærerenes faglig og juridisk ansvar for pasientbehandlingen og forhold rundt pasientenes barn som kan utløse meldeplikt til barnevernet. Barnevernet nevnes av tradisjonsbæreren som den instansen det først og fremst er naturlig å tenke samarbeid med:

” ()det ligger i min posisjon å skulle ivareta det formelle og hvor alt det med jussen kommer inn, rettigheter og plikter, både etter pasientrettighetslov og helsepersonell- og spesialisthelsetjenestelov, så jeg tenker at barnevernet er vel det jeg først ville tenkt på”.

Utfordringene og dilemmaene når det oppstår bekymringer for omsorgen til pasientenes barn er flere, spesielt nevnes mange foreldres engstelse for barnevernet og enkeltpasienters overhengende selvmordsfare. De sakene som befinner seg i ”gråsonen” uten klar meldeplikt, beskrives som de mest kompliserte:

”Der hvor en har en klar meldeplikt, der er det jo helt greitt, der er det ikke komplisert. Men hva hvis det ikke er en meldeplikt, men hvor du er i den gråsonen hvor du er ganske så sikker på at egentlig så ville dette vært det beste for alle sammen? Men de vil ikke. Da skal du seile kloss opp til taushetsplikten din og bare vurdere det ganske nøye. Det er ikke morsomt å handle fordi man kan falle i den situasjonen hvor barnevernet beklager seg til helsetilsynet over at man ikke etterlever barnevernslovens krav. ()Det er den ene risikoen. Den andre risikoen er jo at du blir meldt til helsetilsynet, eventuelt direkte politianmeldt for brudd på taushetsplikten. Ja, og det skal man styre mellom”.

Kompleksiteten handler om flere forhold, slik jeg tolker tradisjonsbærerenes utsagn, og gjelder både det som kan være en vanskelig grenseoppgang mellom to ulike lovpålagte plikter og hvor han har et spesielt ansvar og kan bli anklaget for lovbrudd, men også om hvordan det skal bli mulig å trygge og motivere de aktuelle pasientene og deres familier til å ta imot hjelp fra barnevernet som de ville være tjent med, men på frivillig basis.

Tradisjonsbæreren erfarer at barnevernets framgangsmåte i enkelte saker som befinner seg i denne ”gråsonen”, ødelegger mulighetene for å komme til med en forebyggende innsats. Ved at barnevernet går sterkt ut og krever opplysninger de ikke har krav på, for eksempel utlevering av journal, skremmer de pasienten og presser ham som behandler ”inn i en situasjons hvor vi er pliktig til å være vår pasienten advokat” (sitat). Han erfarer å komme i en klemme hvor mye står på spill, hvor både pasientens fremtidig behandlingskontakt og kontakt med hjelpeinstanser for barna står i fare:

”Du kommer i skvis mellom pasientens totale avvisning og all kontakt med hjelpeinstanser for barna, du kommer i skvis mellom det og grenselandet mellom taushetsplikt og opplysningsplikt og innsynsrett, og hvor det skjærer seg på en sånn måte at barnevernet blir pasientens fiende, og skal vi overstyre det mister vi all behandlingskontakt med pasienten. De sakene er pyton”.

Som behandler type etterspør han en forsiktigere og mer inviterende framgangsmåte hos barnevernet som kan åpne en dialog som gir rom for å motivere utsatte og engstelige foreldre til å ta imot hjelp på et frivillig grunnlag, samtidig som han erfarer at uerfarne saksbehandlere med begrensede kunnskaper om psykiatri gjør det vanskelig. Mer samarbeid med barnevernet framstår ikke som noe alternativ. Han ser en lovendring på feltet som en ønskelig løsning:

”Det ville vært mye lettere hvis det, for eksempel, var et lovverk som sa at i det øyeblikk barnevernet ber om opplysninger så har du plikt til å gi det. Det ville gjort det mye lettere for oss. Og det kunne vi også formidlet til pasienten og si: ”ja men lovverket er sånn at når barnevernet henvender seg, så har vi plikt til å gi dette uansett. Selv om vi er sikre på at du er en god mor eller far, så har vi plikt til å gi dem den informasjonen. Og så ville det ligget på barnevernet at de forholdt seg skikkelig til disse taushetsbelagte opplysningene”.

4.2.4 Oppsummering

Gjennomgående viser funnene i møte med tradisjonsbæreren som behandler type at ansvaret for det direkte og praktiske arbeidet med oppfølging av barn som pårørende, i hovedsak overlates til barneansvarlige i samarbeid med annet miljøpersonell. Det framstår en tydelig oppgavedeling hvor oppfølging av barn som pårørende i praksis framstår som helt eller delvis atskilt fra tradisjonsbærerens oppgaver. Teamarbeidet, når det gjelder barn som pårørende i denne sammenhengen, framstår først og fremst som et flerfaglig teamarbeid hvor ulike fagpersoner rundt pasienten innehar ulik ekspertkunnskap og selvstendig ansvar for arbeidsoppgaver som løses. Disse oppgavene løses i tildels atskilte forløp, et behandlingsforløp med et individuelt og medisinsk fokus på pasienten og et pårørende forløp med fokus på barn som pårørende. Denne arbeidsdelingen begrunnes i at

det barnefokuserte arbeidet kan ta tid fra det direkte pasientarbeidet og samtidig forstyrre behandlingsalliansen – uttrykt som en potensiell spenningsflate. Et tydelig trekk ved tradisjonsbæreren er lojaliteten til systemet og pliktene systemet pålegger han i form av oppgaver og ansvar. Tradisjonsbæreren framstår derfor som en systembærer som støtter opp under og argumenterer i tråd med de rammene systemet gir, og for han oppstår det problemer når disse rammene støter mot hverandre. Dette viser seg for eksempel når barnevernet ber om opplysninger om pasienten og pasienten ikke ønsker et samarbeid med barnevernet. I slike situasjoner kan tradisjonsbæreren føle seg skviset mellom to lovverk, noe han opplever som et vanskelig dilemma. Oppsummert kan det sies at tradisjonsbæreren støtter arbeid med barn som pårørende, men mener at dette arbeidet best ivaretas av kompetente medarbeidere, noe som medfører at han selv har svært begrenset erfaring med barnefokuseret arbeid.

4.3 Den tilpassede behandler

Den tilpassede behandler har som tradisjonsbæreren sitt virke ved en lukket akuttseksjon. Hennes faglige forståelse bygger på en kontekstuell forståelsesmodell med fokus på system- og familietenkning og slik sett skiller hun seg fra tradisjonsbæreren. Når jeg har kalt henne **tilpasset**, skyldes det at til tross for et faglig engasjement for et familieperspektiv, tilpasser hun sitt arbeid til den konteksten hun arbeider i og det barnefokuserte arbeidet blir på mange måter til forveksling likt tradisjonsbæreren. I det følgende skal jeg vise hvordan denne behandlertypen argumenterer og hvilke utfordringer dette gir henne.

Hun legger vekt på at symptomer ikke må forstås isolert som noe som bare kan dempes med medisiner, men som uttrykk for noe, ofte for vansker og konflikter i familierelasjoner og som kan avhjelpes gjennom samtaler:

”Jeg har mye tro på samtaler, og at det har likeså god effekt som medisiner, og det å få satt ord på hva man tenker og opplever og kjenner, og hva som er vanskelig, komme litt til kjernen av problemene og snakke gjennom ting”.

Familieperspektivet omtales som et viktig perspektiv både for å forstå og hjelpe pasienten, men også i arbeidet med å følge opp pasientens barn:

”Jeg tenker jo at når en person blir syk og jeg vet at her er det snakk om en familie og med barn inne i bildet, så er det nærliggende å tenke helhet eller tenke kontekst med en gang, at jeg ikke bare tenker at her er det en isolert person (). Jeg må tenke her er det en familie som har det vanskelig. For det er en viktig person, mor eller far, som har blitt syk, og det

berører veldig. Så da vil jeg tidlig i prosessen spørre om det er greit om jeg ringer ektefellen og høre hvordan han opplever situasjonen, høre hans perspektiv, kanskje be han inn til samtale og så kan vi sitte sammen å snakke: ok hva er det som har skjedd nå med familien. Ha familieperspektivet der da, det er veldig viktig og til hjelp for pasienten og familien”.

Som behandlertype ønsker hun å ta et helhetlig ansvar for sine pasienter, og ser oppfølgingen av barnas situasjon og behov som pårørende som en del av denne helheten. Hun har både kunnskap og et ønske om å arbeide kontekstuellet og familieorientert.

Hun ser at behandlingskonteksten setter grenser for mulighetene til å jobbe familieorientert, og peker både på tidsrammen og den rådende tenkningen som vesentlige hindre:

”Da jeg begynte så hadde jeg lyst til å ha mye mer familiearbeid enn det jeg har nå.() Det er ikke at jeg er sånn kraftig uenig i det vi gjør nå, men jeg har kanskje resignert litt grann i forhold til hva slags rammer jeg jobber under og hvor mye jeg kan få til da, på en sånn kort innleggelse”.

Uten å si seg helt uenig i seksjonens praksis som hun er en del av, artikulere den tilpassede behandler likevel en tydelig kjerne av uenighet og frustrasjon gjennom dette utsagnet knyttet til rammene, og som jeg finner igjen i andre deler av teksten. Som behandlertype stiller hun seg kritisk til det som beskrives som en stadig ”brannslukning” av krisen, med fokus på symptombehandling:

”() jeg hører at jeg hele tiden sier at - ” ja, men jeg jobber akutt med krisen, - krisen og så neste mann, - krisen og så neste mann, - krisen og så neste mann”. Og det er det vi gjør. Og så kan man stille seg spørsmål om er det det vi skal gjøre? Men det er det vi gjør, hver dag, hele tiden. Slukker noen branner, slukker noen branner”.

Jeg forstår denne frustrasjonen som uttrykk for forskjell i faglig forståelse og tilnærming til psykiske problemer, og hvor en skal legge vekten i det denne type behandler betegner som en biopsykososial forståelsesmodell. Som behandlertype føler hun seg imidlertid forpliktet og lojal til akuttssystemet og den medisinske behandlingsskulturen som råder i seksjonen, samtidig som hun opplever at tenkningen er med å hindre at hun som behandler kan gi barn som pårørende den oppmerksomheten og oppfølgingen hun ønsker. Hun gir uttrykk for at konteksten er med på å marginalisere oppmerksomheten på barn som pårørende i seksjonen. Barnefokus kommer i konkurranse med et pasientfokus. Barn kan bli borte eller glemmes i foreldrenes ”symptomvelde” med mindre det oppstår bekymringer for omsorgen, ”da går alarmen”(sitater).

Den tilpassede behandler tilpasser sin praksis til en kontekst som setter egen faglige forståelse og idealer på strekk. Barn og omsorgsrollen blir et ikke – tema, med mindre det foreligger en bekymring. Hun stiller seg kritisk til egen praksis fordi barnet og pasienten som forelder kan forbli usynlige med sine eventuelle behov for støtte og oppfølging. Med utgangspunkt i eget faglige ståsted og ønske om å jobbe kontekstuellt, mister behandleren ved en slik praksis muligheten for rutinemessig å tematisere relasjonelle forhold og få del i foreldres tanker og uro knyttet til barna. Intervjuene viser at denne type behandler gir mest fokus til de mest utsatte barna, i hvert fall til de barna hvor problemene på en eller annen måte enten er synlige eller uttalte.

Ansvar og prioriteringer er forhold som går igjen når denne behandler typen snakker om arbeidsoppgaver i en travel akutthverdag:

”Jeg har et ansvar for å undersøke om barnet har det trygt, altså vurdere er det grunn til bekymring for omsorgen - det er en av mine arbeidsoppgaver, og så er det mitt ansvar i forhold til at de er pårørende. Men det kan være at en av mine pasienter, for eksempel, har en datter på 14 år med spiseforstyrrelse og en mor med en tilbakevendende depressiv lidelse, og det kan hende at det henger sammen. Og det kan hende at det hadde vært fokus i vår samtale, at vi hadde tatt en familiesamtale sammen.()Hele tiden for meg så blir det, – er det min jobb her og nå, for jeg jobber akutt? Hvem skal sette i gang disse prosessene? Kanskje prosessen er at jeg anbefaler BUP, at jeg sender de til Spedbarnsteamet, eller til Familievernkontoret, eller har en samtale som kan sette i gang prosesser”.

Utsagnet tydeliggjør erkjennelsen av et ansvar for å ivareta pasienters barn på ulike måter. Det viser også de mange avveiningene som denne behandler typen gjør seg i forhold til de oppgaver som synes å foreligge i møtet med pasienters barn, men ikke minst i forhold til hvilke prosesser hun skal ta et ansvar for å sette i gang. Prosess forstår jeg i denne sammenheng som dialogiske prosess mellom behandler og pasienten om barnet og familiens behov for videre oppfølging, og som er vesentlig for å løse familiene over til neste instans. Spørsmålet blir hva slags prosessarbeid det er mulig å gjøre innenfor rammen av det som denne behandler typen beskriver som ”brannslukning”.

Ved ”brannslukning”, forstått som effektiv, individrettet symptombehandling, kan barneperspektivet oppfattes som et hinder for effektiv behandling fordi det kan forstyrre behandlingsprosessen og forsinke utskrivelsene:

”()det er jo en akuttpost, det er korte innleggelse, det er veldig press på å ha effektivitet, - og det er klart at det kan være et hinder å løfte fram for mange ting som kan forsinke en prosess. Likevel så er det viktig å stå fast når det er behov for det, men det er i perioder et ganske høyt trykk på å komme videre, for eksempel hvis den moren er begynt å bli litt bedre

og så skrives ut til hjemmet. Men da er det viktig at jeg bare i hvert fall får skrevet en epikrise og ansvarligjort, for eksempel en fastlege”.

Selv om behandler fanger opp behov, kan raske utskrivelser medføre at det blir for lite tid til å sikre et godt overføringsarbeid. Spørsmålet blir om en epikrise gir et godt nok grunnlag for neste instans til å starte opp eller videreføre et samarbeid med foreldre om barna. Bekymringene for barnet og foreldrenes egne holdninger til hjelp, blir bestemmende for om barn blir et tema mellom denne behandler typen og foreldre. Dette er funn det øvrige materialet mitt bygger opp under. ”Brannslukningen” får noen utilsiktede ”brannofre”, slik jeg ser det. En gruppe barn og foreldre forblir usynlige til tross for mulige behov, med mindre behovene fanges opp senere i tiltakskjeden

4.3.1 Barneansvarlige – en nødvendighet for at barna skal bli ivaretatt

Roller som barneansvarlig er vesentlig for å gjøre seksjonen i stand til å ivareta pasientens barn, ifølge denne behandler typen. I likhet med tradisjonsbæreren mener hun at det barnefokuserte arbeidet ellers ville blitt borte:

”()på grunn av den konteksten så er det bra at vi har systemer som faktisk ivaretar perspektiv som ellers hadde blitt rensket vekk, det tror jeg. Det er jo en grunn til at det er kommet et lovverk, folk ikke har klart dette. Seksjonen har opprettet egen barneansvarlig som tar et eget systemansvar for alle barna, som jeg tenker er en veldig viktig rolle i påpekning til alle, og som gjør seksjonen bedre i stand til å tenke familiesystem og ivaretagelse av de barna”.

Utsagnet gir et inntrykk av at dette ikke er et arbeid denne behandler typen mener kan overlates til behandlere, uten fare for at perspektivet forsvinner. Konkurransen mellom et barne- og et pasientfokus kommer tydelig fram slik den tilpassede behandler typen argumenterer. Materialet viser en arbeidsfordeling hvor oppfølgingen av barn som pårørende i praksis i stor grad er atskilt fra denne behandler typens oppgaver, enten det er kartleggingssamtaler med pasient og pårørende, eller barnefokuserede samtaler med barn som pårørende. Unntaket er der hvor det oppstår bekymringer. Denne behandler typen ser både fordeler og ulemper ved delegasjon av oppgaver til egne barneansvarlige. Fordelen er at oppgaver faktisk blir utført, og at personell med erfaring og kompetanse i å samtale med foreldre og barn kan sørge for en viss kvalitet. Spørsmålet stilles om delegasjonen kan gjøre behandler mindre ansvarlig:

”Systemet har jo forsikret seg om at det blir gjort en oppgave. Samtidig så er den jo spaltet av fra ansvarlig beholders jobb, som gjør behandler mindre ansvarlig, kanskje.”

Som behandlertype erfarer hun at tverrfagligheten blir ivaretatt ved at all vesentlig informasjon rundt det barnefokuserede arbeidet formidles fra barneansvarlige tilbake til miljøet og seg som behandler, gjennom ulike tverrfaglige fora og journalsystemet. Det er et tydelig ønske hos denne behandlertype om å ta ansvar for barn som pårørende og i større grad enn det har vist seg mulig å involvere seg i det praktiske arbeidet.

4.3.2 På banen når det er bekymringer for barna

Denne behandlertypen snakker sjelden med mindreårige barn som pårørende, og viser til at det er sjelden aktuelt med slike samtaler ved lukket akuttpost når pasienten er så aktivt syk. Hun mener det er mulig å være godt oppmerksom på barns behov uten invitere de med i samtaler. I den grad det gjennomføres samtaler med barn ved seksjonen, viser praksis at dette utføres av barneansvarlig personell alene.

Denne behandlertypen har jobbet som psykolog i ulike deler av hjelpetjenesten og kjenner hjelpesystemene for barn og familier. Hun har kunnskap og samarbeidserfaringer fra ulike instanser som tilbyr hjelp til barn og familier, for eksempel BUP og deres Spedbarnsteam som eksemplet nedenfor viser, men også ulike lavterskeltilbud for barn og unge i kommunalt regi, samt barneverntjenesten. Som behandler mener hun at det er av vesentlig betydning å ha god kunnskap om de aktuelle tilbudene som finnes for å kunne motivere foreldre til å ta imot slik hjelp. Barneverntjenesten er likevel den instansen som nevnes oftest, og som denne behandlertypen synes å ha mest samarbeidserfaring med. Dette forstår jeg med utgangspunkt i at hun er mest involvert i de barna det finnes en bekymring for, slik det framkommer i mitt materiale. Det er snakk om både samarbeid i enkeltsaker, og anonyme drøftinger når det er behov. Kontakten med barnevernet erfares i hovedsak å være nyttig og beskrives som dialoger om hvordan ting kan løses i et samarbeid, vel å merke når det er tid til et slikt samarbeid:

”Jeg synes ofte det er til god hjelp når jeg er bekymret og jeg snakker med barnevernet og får råd om hvordan jeg skal gå fram, drøfte og samarbeider når det er barn inne i bildet og det er bekymringer”.

Når det oppstår bekymringer for barna, går også denne behandlertypen aktivt inn i det barnefokuserede arbeidet. Barn blir da et tema i samtalene mellom behandler og pasient og eventuelt andre omsorgspersoner, hvor målet blir å utforske bekymringene nærmere, bygge allianse og eventuelt hjelpe barna og familiene over til andre hjelpeinstanser. I møte med

pasienten og hennes familie vurderer denne type behandler om det er grunnlag for å bekymre seg for barnet og viser til et sammenhengende og faglig resonnementet over viktig forhold som hun tar med i betraktning. Hun vurderer barnets situasjon opp mot sykdommens alvorlighetsgrad og varighet, sykdommens konsekvenser for foreldrefungering og ivaretagelse av barnets basale behov, samt tilstedeværelse av kompensierende omsorgspersoner. Dette er vurderinger hun gjør i samarbeid med barneansvarlig.

Det er naturlig for denne behandler typen å samtale med både pasienten og den andre som har omsorgen for barnet når det oppstår bekymringer for barnets situasjon, oftest i samarbeid med barneansvarlig personell. Innleggelse av lengre varighet gir en mulighet for i enkeltsaker å gå inn i et prosessarbeid med fokus på barns situasjon. Med utgangspunkt i en anonymisert og omskrevet kasuistikk, vil jeg vise fram hvordan denne behandler type tenker og handler i en sak hvor det forligger en sterk bekymring for barnets situasjon i forbindelse med en fødselspsykose hos en ung mor:

”Det var en ung mor som kom inn for andre gang etter fødselen. Gråt og gråt fordi hun ikke kunne være sammen med barnet sitt. Hun hadde vært isolert med dette barnet, var psykotisk og veldig deprimert med lite vitalitet. Faren ville ikke at de skulle ha noen hjelp og hun ville heller ikke ta medisiner. Det ble en stor motivasjonsjobb. Det var vanskelig å få ned psykosen, og jeg snakket og jobbet med far og jeg var veldig bekymret for barnet. En ting var jo at mor var syk, men at hun var så alvorlig deprimert gjorde at jeg tenkte at hun ikke klarte å koble seg på barnet tilknytningsmessig, at der måtte det mangle noe. Jeg hadde tett samarbeid med far som bagatelliserte situasjonen. Det jeg endte opp med var å snakke mye med mor om spedbarnsteamet i BUP, for jeg ønsket at hun kunne få hjelp der. Jeg så for meg Marte Meo så hun kunne bygge opp selvtilliten som mor, for hun hadde så veldig lav selvtillit som mor. Og hun sa ja til en henvisning da hun virkelig forsto hva det innebar. Jeg sendte henne over på den åpne akuttseksjonen. Da hun skulle skrives ut fra åpen akutt var hun igjen veldig bagatelliserende og fornektende. Var fremdeles syk, men ville ikke ha noe hjelp, ville ikke ta medisiner. Da sendte jeg en bekymringsmelding til barnevernet og informerte far om at jeg gjorde det, fikk mye kjeft, men jeg gjorde det. Jeg hadde ventet lenge for jeg ønsket å få til den alliansen og frivilligheten, og mor hadde jo sagt ja til spedbarnsteamet. Da det falt i grus på slutten, da ble det en bekymringsmelding til barnevernet”.

Eksemplet viser hvordan denne behandler typen samarbeider med den andre forelderen, både for å forsikre seg om at spedbarnet blir ivaretatt, at far blir tilbudt støtte og oppfølging som far (oppfølging fra utvidet helsestasjon), men også som ektefelle og pårørende til en alvorlig syk kone. Motivasjons- og alliansearbeidet vektlegges av denne behandler både overfor far og mor, med tanke på å få til frivillighet når det gjelder behandling og medisiner av pasienten, men også gode tiltak som kan bidra til å sikre ivaretagelse av barnet og tilknytningen mellom mor og barn etter utskrivelsen. Eksemplet viser at denne

behandlertypen oppnår å utvikle en relasjon til pasienten hvor hennes rolle som mor har et vesentlig fokus, og hvor mor føler seg trygg og ivaretatt, til tross for en tydelig ambivalens og engstelse. Behandler opplever å få en allianse med mor som lar seg behandle for sin psykose og som etter hvert får en forståelse for at hjelpen fra spedbarnsteamet kan innebære noe positivt for henne og barnet. Som behandler sliter hun med å få en tilsvarende allianse med far, og prioriterer derfor å arbeide tettere med moren. Hun benytter seg av den kunnskapen hun har om det aktuelle hjelpetilbudet for å motivere moren til å ta i mot hjelp, og opplever at hun lykkes. I forbindelse med overflytting til åpen seksjon og ny behandler og etter hvert utskrivelse, blir morens engstelse og ambivalens igjen fremtredende. Dette kan forstås som en naturlig reaksjon i forbindelse med den usikkerheten som er forbundet med utskrivelser og avslutninger, og som forsterkes av farens skepsis. Allianse er noe som sikres gjennom en kontinuerlig samarbeidsprosess hvor en trygg relasjon til behandler vil kunne dempe engstelser og tvil. Som behandler må hun avslutte saken ved utskrivelse fordi hun verken har tid eller fleksibilitet i sin stilling til å prioritere et slikt oppfølgingsarbeid. Hun har derfor ikke mulighet for å påvirke foreldrenes ambivalens i positiv retning gjennom sin relasjon til mor og kunnskap om saken, og som en aktiv brobygger til neste instans. Begge foreldre avviser nå videre hjelp, og bekymringen for barnets situasjon utløser en skriftlig melding til barnevernet. Foreldrenes avvisning av hjelp, og farens sinne over meldingen til barnevernet, kan tyde på at det kan bli vanskelig for barnevernet å komme til med sin hjelp i etterkant.

Saker blir i all hovedsak avsluttet i forbindelse med utskrivning fordi oppfølging ikke er akuttpsykiatriens oppgave, verken når det gjelder pasienter eller deres barn. Stafettpippen gis videre til neste ledd i behandlingsskjeden eller ulike hjelpeinstanser som oftest i skriftlig form gjennom henvisningsskjema, ulike søknader eller epikriser. Dette er ofte det eneste losarbeidet denne type behandler rekker å gjøre før en utskrivelse. En kan spørre seg hvilken betydning dette kan få for oppfølgingsarbeidet av barn som pårørende, ikke minst i de saker hvor foreldre er preget av engstelse og ambivalens og avviser videre oppfølging for seg og barna.

4.3.3 Allianse og prosessarbeid

Det er mulig å bevare og styrke alliansen til pasienten, selv om bekymringer for barnet tematiseres og barnevernet foreslås trukket inn, ifølge denne behandlertypen. Hun hevder at hos de fleste foreldre finnes det en viss innsikt og ”*hvor de kan komme til et punkt hvor de selv erkjenner behovet for slik hjelp*” (sitat). Det handler om hvordan hjelpetilbudet presenteres og omtales, men også om behandler får anledning og tid til å gå inn i en prosess sammen med pasienten om hva som kan være hjelpsomt:

”Det har veldig mye å si hvordan man bringer på bane det med barnevernet, så de ikke opplever det som en trussel eller at de er redd for å miste barnet. At man presenterer at dette er noe som er her for å hjelpe dem. (). I begynnelsen så husker jeg at mor ble veldig redd, men etter hvert så fikk vi en allianse på det, og så ble det avlastningshjem hvor barnet kunne komme av og til, og at det var veldig avlastende for mor, for mor var veldig sliten”.

Det å finne gode løsninger i samarbeid med foreldre, resulterer i opplevd støtte og derved en styrket alliansen til forelderen, slik denne behandlertypen ser det. Den psykiske krisen kan skape en nødvendig åpning det er viktig å benytte seg av for å komme i posisjon for å snakke om problemene og finne løsninger:

”()det blir en støtte og de skjønner at dette er nødvendig og noe som vil gjøre at hjemmesituasjonen vil bli bedre. Det er jo de færreste mødrene som vil ha en vanskelig hjemmesituasjon, man ønsker å ha det godt, og da for å ha det godt så trengs av og til barnevernet som en støtte og hjelp og rådgiver”.

En mindre gruppe foreldre som ikke ønsker hjelp eller som ikke ønsker å vise fram barna og eget strev, er et tema for denne behandlertypen. De beskrives som fastlåste i tanken på at barnevernet vil ta fra dem barna og er derfor avvisende til all hjelp. Denne gruppen er det vanskelig å få til et samarbeid med fokus på barna:

”Jeg forsøker å legge veldig vinn på å få dem med på det. Men det er kanskje hvis de har ting å skjule eller de vet at kommer barnevernet inn i bildet ”så oppdages det at jeg har store alkoholproblemer”, at de ikke har vært ærlige om hvor store problemene er kanskje, eller at situasjonen kanskje er så alvorlig ”at kommer det frem så vet jeg at jeg mister omsorgen.”

4.3.4 Om å bli berørt som mor og behandler

To kvinnelige representanter for denne behandlertypen synliggjør gjennom følgende beskrivelser hvilket spenningsfelt de som behandlere og mødre står i følelsesmessig når det gjelder ivaretagelse av både barna og pasienter som mødre. Det er snakk om å identifisere seg med og leve seg inn i både barnas og mødrenes situasjon. De beskriver seg sterkt berørt både av barnas utsatthet, men også av mødrenes situasjon hvor barn oppfattes som

en vesentlig verdi i livet og det som gir livet mening. Det å skulle være den som melder bekymring til barnevernet oppleves både som utfordrende på grunn av de konsekvensene det kan få for kvinnenens liv, men nødvendig fordi hensynet til barn må komme først:

”Det verste som finnes er der man ikke tør å ta sitt ansvar om man har å gjøre med vanskelige hjemmesituasjoner. ()Kanskje det er til det beste for mor å ha et barn der, men det er ikke det beste for barnet. Så det vil jeg bare si, at i de vanskelige sakene så er det barna som kommer først”.

Barnet som det mest sårbar og avhengige mennesket forplikter denne type behandler sterkt etisk, slik jeg forstår utsagnet ”det er barna som kommer først”. Forpliktelsen overfor pasienten krever også innlevelse og støtte. Som behandler og mor selv blir denne behandler typen sterkt berørt av morens sorg og smerte i forbindelse med tap av omsorgen for sine barn:

”()det er vanskelig for en mor, altså meningen med livet, og som da kanskje opp i det hele er glad i disse barna (). Så er det utfordrende å få den personen til å se håp, ikke sant, for det ligger så nært til oss mennesker den gleden det er å ha barn og kjærligheten til barnet, og da å være avskåret fra den forbindelsen. Det er utfordrende å jobbe med den pasienten.”.

Det å makte å stå i begge parters smerte og å handle veloverveid med fokus på barnet som det mest sårbare og avhengige mennesket når en bekymrer seg for barns omsorg, framstår som et krevende og til tider smertefullt og utfordrende terapeutisk arbeid for denne behandler typen.

4.3.4 Oppsummering

Den tilpassede behandler opplever stor frustrasjon over de rammene hun arbeider innenfor og peker på hvordan disse rammene setter begrensinger for det barnefokuserte arbeidet. Frustrasjonen skyldes at hun står for en annen faglig tilnærming enn tradisjonsbæreren og det systemet hun arbeider innenfor, og hun opplever at barnefokuset står i konkurranse til pasientfokus. Til tross for at hun gjennom sine casebeskrivelser viser en helhetlig refleksjon over barnas situasjon og viktigheten med få brakt relevante hjelpetiltak på banen, er det åpenbare begrensinger med det barnefokuserte arbeidet hun mener hun kan utføre. Hun beskriver positive samarbeidserfaringer med barnevernet og har en aktiv posisjon når det er alvorlig bekymring for barnets omsorgssituasjon. Hun opplever et tydelig dilemma dersom foreldrene ikke vil samarbeide med barnevernet eller andre hjelpeinstanser, fordi hennes stilling ikke gir rom for å følge opp pasienten annet enn med epikriser og skriftlige meldinger til neste instans. Som tradisjonsbæreren overlater hun mye

av det barnefokuserte arbeidet til de barneansvarlige, men i motsetning til han mener hun at en slik arbeidsdeling kan føre til at behandlerne fraskriver seg ansvaret for pasientenes barn. Den tilpassede behandlerstype kan sies å representere en systemkritisk stemme, men som på mange måter er en avmektig stemme fordi konteksten hun arbeider innenfor legger så stramme føringer og gir lite handlingsrom til å forfølge faglige idealer.

4.4 Den involverte behandler

Den involverte behandler har sitt virke ved en *åpen akuttseksjon* hvor han har et psykologfaglig ansvar. *Åpen akuttseksjon* representerer på ulike måter en annen kontekst for et barnefokuseret arbeid enn en *lukket akuttseksjon*. Forskjellen handler om økt psykisk tilgjengelig hos den enkelte forelder og lengre varighet på innleggelsene, forhold som gir større handlingsrom og mulighet for å komme til med en innsats overfor barn som pårørende. Den første kartlegging av barnas situasjon er da som regel gjennomført ved den *lukkede akuttseksjon* som er mottakspost for alle akuttinnlagte, før pasientene overføres til neste ledd i behandlingsskjeden, *åpen akuttseksjon*, når de vurderes å tåle en åpen dør.

Som behandlerstype framstår denne behandler som en involvert fagperson med spesiell interesse for og erfaring fra arbeidet med oppfølging av barn som pårørende når foreldre har alvorlige psykiske helseproblemer. Som psykolog og behandler er han i utstrakt grad involvert i det barnefokuserte arbeidet, både på systemplan som en av flere barneansvarlige ved sin seksjon, og gjennom sitt kliniske arbeid overfor egne pasienter som rutinemessig tilbys barnefokuserte pårørendesamtaler (**derav benevnelsen involvert**). Sammen med tre andre barneansvarlige utgjør den involverte behandler en tverrfaglig gruppe barneansvarlige ved sin seksjon som følger opp at alle pasienters mindreårige barn blir tematisert og vurdert med hensyn til omsorgssituasjon og behov for samtaler på følgende måte:

”()ved å sørge for at dette blir tatt opp på behandlingsmøter, morgenmøter, og at det blir et tema som alle må ta stilling til og gjøre vurderinger i forhold til”.

Da saker fordeles med utgangspunkt i kompetanse og behov, betyr det at den involverte behandler får behandlingsansvaret for de fleste av sakene hvor pasienten har mindreårige barn, noe som gir muligheter for et bredt erfaringsgrunnlag.

Som psykolog tar den involverte behandler, i likhet med den tilpassede, utgangspunkt i en forståelsesmodell og tilnærming til pasientens problemer som vektlegger relasjonelle og kontekstuelle forhold. Synet på endring gjennom relasjon og kommunikasjon gjenspeiler seg i beskrivelsene av arbeidet med pasienten og pårørende. Familiearbeid ansees som nyttig for veldig mange pasienter i forbindelse med innleggelse i åpen akuttseksjon:

”() etter en krise er det egentlig veldig mye som kan gjøres i forhold til den dyaden eller flere i familien, både det å få satt litt ting på plass igjen, og så får de gå videre med egen problematikk og behandle den videre hos en poliklinikk etterpå. Så hos oss så tenker jeg mye familiearbeid er nyttig for veldig, veldig mange”.

Familiearbeid, slik jeg forstår denne type behandler, kan forstås vidt og handler om ulike måter å ivareta pårørende på, både gjennom informasjon og støttesamtaler, men også om å initiere og legge til rette for en kommunikasjon i familien om relasjonelle problemer som ofte ligger til grunn for pasientens problemer. Det å sette spesielt fokus på barnas behov og tilby barnefokuserte pårørendesamtaler sees som en del av dette familiearbeidet. Denne type behandler ser en forbyggende innsats overfor barn som pårørende både som ønskelig og forenlig med sin rolle som behandler for foreldre innlagt ved en åpen akuttseksjon.

4.4.1 Krisen som mulighet

Ifølge denne behandlertypen åpner krisen en mulighet for endring hos pasienten og i relasjonene til familiemedlemmene:

”() jeg tenker at det (krisen) er en god mulighet, og når man kommer så langt at man prøver å ta livet av seg eller noe sånt, så er det noe som ofte skurrer i relasjonen ellers, og som har vært der over tid og som det er viktig å ta tak i da. Tross alt, også pasienten innser at nå har det gått langt nok, nå må jeg gjøre noe, nå kan jeg ikke la det gå lenger. Så de er nok innstilt på endring, og for mange skjer det en endring med en gang de blir lagt inn, og så blir dette en god måte å komme videre også”.

Denne behandlertypen legger vekt på at døgninstitusjoner har et spesielt ansvar for pasientenes barn. Når foreldrene er så alvorlig syke at de blir innlagt, er problemene i familien mer synlig og erkjente. Dette gir døgnbehandling andre muligheter for å komme til med forebyggende tiltak enn ved en poliklinikk hvor problemene i større grad kan holdes skjult:

”Vi har faktisk en del pasienter som ikke har hatt kontakt med psykiatrien før og som bli lagt inn etter et selvmordsforsøk, hvor vi blir det første møtet med psykiatrien. Og da tenker jeg at det blir veldig viktig hvordan vi tar oss av pårørende. I forhold til poliklinikk så tenker jeg også at når en blir lagt inn så blir ting på en måte mer tydelig at pasienten er syk.() Det ligger en del der som gjør dette med pårørende arbeid mye mer automatisk, mye mer sånn presserende behov hos pårørende der ute. Også pasientene ser behovet enda sterkere enn ved en poliklinisk behandling hvor ting kanskje skurer og går litt mer. Og blir man lagt inn så er det noe man må

gjøre, og skal man få til noen endringer så ligger det til rette for å begynne å etablere den type kommunikasjon da”.

Den involverte behandler argumenterer for at alliansen til pasienten kan skapes og styrkes ved at barns situasjon og behov blir tematisert på en respektfull og forståelig måte. Behandlers rolle som initiativtaker til å samtale om barnets situasjon framholdes av den involverte behandler ofte som viktig for at barn og deres behov skal bli et tema i behandlingen. En slik allianse med pasienten rundt et barnefokus muliggjøres fordi ”*alle foreldre har en usikkerhet når det gjelder sine barn*”(sitat). Tema barn vurderes ikke som en trussel for alliansen, men som et grunnleggende anliggende hos ambivalente foreldre som må trygges og hjelpes til å gjøre barn til et tema. Han mener at mange pasienter må hjelpes til å se barnas utsatthet og hvordan hendelser kan ha påvirket dem, men også til å se hva de som foreldre kan gjøre for å redusere konsekvensen:

”()det er jo mange pasienter som kommer inn som har vanskelig å forholde seg til mye og vi må hjelpe dem til å se at dette er viktig: - Ja, det påvirker barna. Det har påvirket barna dine at du har blitt lagt inn, men mye kan gjøres slik at konsekvensen av det kan bli redusert. Og hvordan barna dine tar det kan bli annerledes, avhengig av hva du gjør nå, - er jo litt sånn man tenker rundt det”.

Ved å bistå foreldre til selv å gripe fatt i forhold som kan redusere konsekvensene for barna, mener jeg han skaper en opplevelse av mestring og håp på vegne av barna og familien, noe som styrker alliansen. Den involverte behandler tilbyr alle pasienter barnefokuserte pårørende samtaler rett etter innkomst. Det er sjelden at pasienten avviser tilbudet, og der hvor foreldrene er et par, er det vanlig at den andre forelderer deltar i samtalen om barna. Behandler legger vekt på at den forebyggende hensikten tydeliggjøres, og at han viser til forskning og egne positive erfaringer fra samarbeide om barna. I samtalen med foreldrene forsøker han både å få en oversikt over barnas situasjon og behov, gi noen råd og veiledning knyttet til informasjons- og oppfølgingsbehov, samt vurdere sammen med foreldrene mulig behov for informasjonssamtale med barna tilstede:

”Jeg spør litt hvordan det går med barna, spør litt hvilken oppfølging de har ute, informerer litt om at det kan være viktig å si fra til skole og barnehage at mor eller far er innlagt, og at det er viktig å dele informasjon sånn at andre kan se barna og forstå eventuelle reaksjoner, og sjekke ut litt dette her med nettverk videre. Men da er det jo litt at man går ikke så mye lenger enn at man innformerer, ()og så er det opp til pasient og ektefelle da!”

Han trer frem som en person med kunnskap på området, samtidig som han anerkjenner foreldrenes egen kunnskap og autoritet når det gjelder barna og familien. Det viktigste er ikke å få barna i tale, men å bistå foreldrene til å hjelpe sine barn:

”Jeg tenker at det viktigste vi faktisk gjør er jo dette å trygge foreldrene og samtale med foreldrene og ikke nødvendigvis med barna, men å styrke foreldreskapet”.

Barns deltakelse i samtaler krever forberedelsesarbeid. Foreldre må være de som bestemmer samtalens fokus og innhold. Arbeidet beskrives som ”noe psykoedukasjon” (sitat), forstått som informasjon knyttet til barna og familiens egne erfaringer. Arbeidet framstår ikke som et rent informasjonsarbeid overfor barna, men invitasjon til å samtale og til å sette ord på erfaringer og opplevelser, i all hovedsak med en av foreldrene tilstede. Han forteller at pasientens barn relativt sjelden møter til samtaler, enten fordi barna ikke selv ønsker å komme eller fordi foreldrene ønsker å samtale med barna selv. Ofte vet han ikke helt hvordan barna har det eller hvorfor de ikke ønsker å komme. Det antas at ”det er en fremmed situasjon for barna og de vet ikke helt hvorfor de skal dit”(sitat). Dette gir et inntrykk av det å nå fram til barn selv med informasjonssamtaler kan være vanskelig.

Å råde eller bistå foreldrene til å informere nettverket rundt barna er en viktig del av denne behandlertypens oppfølgingsarbeid. Som behandler erfarer han at det kan være uklart hva barn kan komme til å trenge for egen del etter foreldrenes utskrivelse. Behov og reaksjoner kan først komme til å vise seg på sikt. Han ønsker å normalisere barnas reaksjoner og legger vekt på å gjøre foreldre oppmerksom på mulig reaksjoner og eventuell symptomutvikling. Han anbefaler foreldrene først og fremst å informere nettverket og miljøet rundt det enkelte barn, slik at de kan følge opp og gi den nødvendige støtten i hverdagen:

”Jeg tenker noe av det viktigste er at skole og andre er informert, at de (barna) blir fulgt opp, kanskje noe mer indirekte, gjennom helsesøstre eller noe der som kan fange opp noe om symptomutvikling da, i starten. Vi skal ikke sykeliggjøre alle disse barna heller. Sånne reaksjoner ser man jo ofte kanskje en stund etter at kanskje far eller mor er skrevet ut, det er noe av det som kommer da, så jeg vet ikke om de skal inn, sånn direkte inn i spesialisthelsetjenesten eller et eller annet der, men mer at miljøet rundt, nettverket rundt, er obs på det som har skjedd, og de blir ivaretatt sånn sett”.

4.4.2 Knapphet på tid og konsekvenser for kvalitet

Tidspresset og de mange oppgavene som skal løses kan ramme kvaliteten på det barnefokuserede arbeidet, ifølge denne behandlertypen:

”()fordi en jobber fort akutt ()da blir det fort at en får lyst til å se litt mellom fingrene på en del ting, sørge for at en kommer igjennom alt så det ikke stopper opp for mye. Fordi man har begrenset med ressurser og man har begrenset tid til å ta tak i ting i løpet av 3 uker, så da blir det fort at man kan ta noen lettvinde løsninger om en ikke får en diskusjon og får tilbakespill”.

For å sikre kvaliteten på arbeidet og utvikle kompetanse i det barnefokuserede arbeidet innenfor seksjonen, krever det ifølge denne behandlertypen at noen er spesielt interessert i dette arbeidet (for eksempel barneansvarlige), at det gis veiledning og at man bruker muligheter og tid til å drøfte arbeidet med kollegaer. Den tverrfaglige gruppen med fire barneansvarlige som finnes i seksjonen og den veiledningen de mottar, fremstilles som viktig. Den involverte behandler beskriver oppfølgingsarbeidet av pasientenes barn som et tverrfaglig teamarbeid. Det skjer en viss fordeling av praktiske arbeidsoppgaver mellom behandler og foreldrenes primærkontakt/sykepleier i miljøet, med utgangspunkt i hva som kan være hensiktsmessig og praktisk for å få utført oppgavene i det daglige:

”Jeg synes vi jobber mer som et team, at man deler noen av disse arbeidsoppgavene. Men jeg tror jeg er involvert i alle mine saker, i en viss utstrekning”. ()det er av og til at de(sykepleierne) jobber med pårørende, lærere på skole, barnehage, og da er det jo lettere av og til for en sykepleier på kvelden å kunne ha en samtale med de pårørende når de er på besøk enn for dem å komme midt i skole- arbeidstiden å møte meg. Sånn blir det ofte at de får møtt dem litt mer og hatt førstesamtale og hørt litt om det er nødvendig å gå noe videre, eller om dette virker greit.”

Behandlingsteamet rundt den enkelte pasient samarbeider om å løse arbeidsoppgavene som følger med et pårørende arbeid for pasientens barn, et arbeid hvor denne behandlertypen framstår som involvert og orientert.

Knapphet på tid skaper noen spørsmål av faglig og etisk karakter når det gjelder egen praksis i møte med det enkelte barn. Denne behandlertypen spør seg om hjelpen kan bli for overflatisk og for lite ivaretagende for det enkelte barn når han maksimalt kan tilby en samtale:

”og så er jeg litt sånn usikker på av og til (), at du har en barnesamtale og ()det blir maks egentlig. Du får ikke jobbet noe mer med barnet, du får en samtale, kanskje med tre barn samtidig, ja det blir overflate. I andre settinger ville det føltet at - først hadde jeg en samtale og så ble jeg overlatt alene”.

Denne behandlertype har kjent på den etiske fordringen som ligger i å møte barna ansikt til ansikt, slik jeg tolker utsagnet. Det å samtale med barn om deres livssituasjon berører og forplikter sterkt. Han ser at samtalen kan skape forventninger hos barnet som ikke innfris, og som gir en opplevelse av å bli sviktet og overlatt til seg selv. I utsagnet ligger det en erkjennelse at barna kan behøve mer oppfølging enn han kan tilby i sin kontekst. Det skaper både etiske og faglige dilemma for denne behandlertypen at han kun kan tilby en samtale. Faren for å gjøre et overflatisk arbeid virker å være konstant tilstede i en travel akutthverdag. Arbeidet kan lett få en alibi-funksjon. Man krysser av at arbeidet er utført,

uten at man får avdekket behovene og barnas situasjon tilstrekkelig, eller forholdt seg til barn og familier på måter som er tilstrekkelig hjelpsomt for det enkelte barn.

Beskrivelsene av det barnefokuserte arbeidet ved denne behandlertypen viser at arbeidet er tidkrevende. Det tar tid å få ambivalente foreldrene i tale om barnas situasjon og sammen utforske barnas behov, tid til å gjennomføre samtaler med foreldre og barn, tid til kollegasamarbeid og veiledning, og tid til å videreføre barnet og foreldre til aktuelle hjelpeinstanser. Manglende tid kan ramme kvaliteten i alle faser av arbeidet og få stor betydning for de barna det gjelder. Likevel kan en si at man har gjort en barnefokusert innsats.

4.4.3 Når foreldre ikke ser barnas behov – og barnevernet mangler kompetanse

Denne behandlertypen mener som beskrevet at de fleste barn kan hjelpes ved at barnas situasjon tematiseres i samtaler med foreldrene og hjelpe foreldrene til å forstå hvordan innleggelser og psykisk sykdom påvirker barna. Han ser krisen som en døråpner til å jobbe med relasjonelle forhold i familien og har tidligere arbeidet som psykolog i ulike deler av helsetjenestene og har kjennskap til hjelpesystemet for barn og familier. Han har erfaring med å henvise ”risikofamilier” til lavterskel tilbud i kommunene.

Hvis han er alvorlig bekymret for barnas omsorgssituasjon, er barnevernet en naturlig samarbeidspartner, og han arbeider aktivt for å motivere foreldrene til å ta i mot hjelp fra barnevernet. Han har imidlertid erfart at barnevernet generelt har en manglende kompetanse på psykisk helse. Selv om han tror de kan gjøre en god undersøkelse om tryggheten for barna er ivaretatt, er han usikker på hva de kan bidra med på tiltakssiden. Til tross for denne usikkerheten står denne type behandler fram med en holdning om at saker skal meldes når det er grunnlag for alvorlig bekymring. Erfaringen i samarbeid med barnevernet er at de ”uten helt å forstå psykologien bak hos foreldre” (sitat) overlesser utslitte foreldrene med velmenende tiltak som de ikke er i stand til å ta imot, mens den nødvendige praktiske hjelpen som kunne gjort en forskjell for barna og foreldrene, uteblir:

”Av og til så tenker jeg at de fokuserer for mye på noen slitne foreldre som er ganske utkjørt. At de trenger ett eller annet nettverk for barna, få dem i gang med andre barn, hjelpe dem i hverdagen, mer enn dette med å oppdra barn, vise kjærlighet. Mye mer jevnalderaktivitet. Rett og slett sånn praktisk gjøremål for barna sånn at de ikke blir isolert med foreldrene og kommer seg ut”.

Til tross for disse erfaringene, er ikke tiltak og hjelp overfor foreldre og barna et samarbeidstema med barnevernet. Dette ansees å være oppgaver barnevernet selv har et ansvar for å løse og et arbeid det ikke finnes tid til å involvere seg i. Saker avsluttes ved utskrivelse av foreldre.

De vanskeligste sakene for denne behandler typen er de sakene hvor han mislykkes med å få til et samarbeid med foreldrene samtidig som han opplever at barna ikke blir ivaretatt godt nok emosjonelt, og han ikke stoler på at barnevernet kan hjelpe foreldre og barn. Han beskriver det slik:

”Jeg får ofte en vond følelse i magen for at jeg ikke finner veien inn, jeg vet ikke helt hvor jeg skal starte, eller hvordan jeg skal angripe det her(..). Ja der hvor en mistenker noe personlighetsproblematikk hos foreldre og de ikke klarer å gi de helt grunnleggende tingene overfor barna sine, som klarer å skjule det nok til at det ikke helt bobler over, og som har blitt skrevet ut () og hvor vi ikke kom i posisjon i forhold til dette med barna, og hvor man vurderte det ikke tydelig nok til at det ble sendt noen bekymringsmelding til barnevernet. Hvorfor det ikke ble sendt, det er jo litt selvfølgelig fordi man tenker på at kompetansen til barnevernet ikke er god nok på disse sakene her som er relativt oppegående (foreldre), at de kan på en måte svare for seg, og man kan ikke si at det er såpass graverende det de har gjort at man kan sende en bekymringsmelding på det”.

Som erfaren behandler identifiserer han at foreldrene har problemer med å relatere seg til barna på en følelsesmessig trygg og støttende måte. Uten at det er mulig å få et tydelig nok bilde av problemenes omfang under innleggelsen fordi foreldrene klarer å skjule problemene, tenker denne behandler det handler om å gi de helt grunnleggende tingene overfor sine barn. Han forsøker på ulike måter å finne veier inn til et samarbeid om barnas situasjon, men erfarer at foreldrene går i forsvar, skriver seg ut for tidlig og avviser at det finnes problemer.

Manglende tillit til barnevernets kompetanse i slike saker gjør at behandler vurderer det som uaktuelt å trekke inn barnevernet. Forholdene vurderes ikke å være så graverende at det utløser en meldeplikt til barnevernet. Ingen andre hjelpeinstanser framstår som aktuelle eller tilgjengelige. BUP er bare aktuell der det kan vises til behandlingsbehov og symptomer hos barna. Behandler framstår som rådvill og sier at det vanskeligste ved disse sakene er at han vet ikke hva han skal gjøre. Det som virker i andre saker, virker ikke her.

Han forteller også om vanskelige avveininger i møte med familier hvor det er store konflikter mellom foreldre og hvor den syke forelderen har problemer med impuls kontroll. Han gir et eksempel på en familie hvor mor er innlagt etter tredje selvmordsforsøk, mor og

far er skilt og barna bor hos mor. Mor vil ikke at far skal informeres om selvmordsforsøket og behandler opplever dette som vanskelig fordi selvmordsforsøket blir en hemmelighet som barna ikke kan dele med far. I følge behandler må han gå forsiktig fram og prøve å få til et frivillig samarbeid, hvis det er mulig, ellers bryter alliansen sammen og mor kan skrive seg ut eller i verste fall gjøre et nytt selvmordsforsøk. Behandlingsinnsatsen og pårørende arbeidet overfor barna foregår parallelt. Han gjennomfører en samtale med ett av barna som blir fulgt opp av BUP for å få et bilde av påkjenninger og behov. Det lykkes å få mor med på en frivillig henvendelse til barnevernet. Denne behandlertypens ballansegang blir igjen synlig når uttalelsen til barnevernet skal skrives, hva skal den innholde av opplysninger? Det viktigste er at mor blir med frivillig og at det ”viktigste blir sagt” på en slik måte at mor kan akseptere det. Resten må barnevernet finne ut av selv. Men da er det kanskje barnevernet som står alene med ansvaret, uten å kunne konsultere voksenpsykiatrien? BUP erfares heller ikke å være en reel samarbeidsinstans selv om de var inne i bildet. Han hadde planer om å kontakt BUP for å informere om innleggelsen, men følger ikke opp da mor utskrives. Som behandler type har han ingen erfaring fra å samarbeide med BUP i felles saker. Det finnes ikke rutiner på et slikt samarbeid. Han ser at det kunne vært nyttig med kontakt, men er usikker på hvordan et slikt samarbeid kan brukes:

”Det er en del sperrer mellom voksne og barn. I noen tilfeller så er det ikke så farlig, tenker jeg, det er greitt nok, men det kunne jo vært nyttig med noe mer kontakt, men det er ikke sånn helt klart hva man skal prate om annet enn å si at mor er innlagt. Er litt usikker på hvordan en skal bruke det samarbeidet også”.

Som behandler type ser han viss fare for at arbeidet med barn som pårørende kan glippe ved utskrivelse til neste ledd i behandlingkjeden, selv om det skjer en viss informasjon via epikrisen. Dette skjer enten fordi det tar for lang tid før foreldre får time ved en poliklinikk, eller på grunn av bytte av behandler med annen kompetanse og nye innfallsvinkler. Her viser denne behandler typen til en mangel på kontinuiteten som kan finnes innenfor feltet. Han ser faren for at eget oppfølgingsarbeid kan bli en type engangshjelp for barn og familier som kunne ha bruk for mer oppfølging.

4.4.4 Oppsummering

Den involverte behandler arbeider ut fra en psykologisk forståelsesmodell med fokus på relasjonelle og kontekstuelle forhold rundt pasientens problemer og kombinerer behandlerrollen med å være barneansvarlig. Som behandler type framstår han som berørt og

forpliktet overfor pasientenes barn. Han inviterer seg inn i samarbeid med pasienten som foreldre og kommer ofte i posisjon til å samtale om barnas situasjon, som oftest med den andre forelderen tilstede og av og til med barna. Han argumenterer for at det viktigste er å støtte foreldrene og gjøre nettverket oppmerksom på barnas utvikling og behov. I hans perspektiv var dette viktig for alle pasienter med barn, og ikke bare i saker der det var alvorlig bekymring for barna. Til forskjell fra den tilpassede og tradisjonsbæreren hadde han i intervjuene et tydelig forebyggende perspektiv på det barnefokuserede arbeidet. For han var ikke pasientenes barn en trussel for behandlingsalliansen, men tvert imot mente han at behandlingsalliansen kunne styrkes gjennom at barnas situasjon ble tematisert med foreldre.

Utfordringene for denne behandlertypen lå i det å gjøre et godt nok arbeid innenfor de tidrammene som fantes, så hjelpen ikke ble overflattisk. Han har erfart at noen barn kan behøve mer enn den minimumsinnsatsen. Han var bekymret for disse barna fordi han ikke hadde tilstrekkelig tid til å gjøre et godt overføringsarbeid. I tillegg opplevde han det som et problem at for eksempel barnevernet har for liten kompetanse om hvordan psykiske lidelser rammer foreldrerollen og at de satte inn tiltak som kunne være lite hjelpsomme for familien.

4.5 Utfordreren

Utfordreren som behandlertype har sitt virke ved en lukket spesialseksjon som utreder og behandler personer med sammensatte og alvorlige lidelser, primært psykoselidelser. Lidelsene er kompliserte og langvarige tilstander som kan være vanskelig å behandle, noen ganger i kombinasjon med rus og vold. Fellesnevneren er lavt funksjonsnivå med behov for sammensatt oppfølging fra både 1. og 2. linjetjenesten etter utskrivelse. Pasientens psykiske tilgjengelighet for et samarbeid rundt barna kan være sterkt redusert ved inntak, og sykdomsinnsikt kan mangle. Der hvor pasienten har mindreårige barn er ofte barnevernet involvert før innleggelsen. Når pasienter overføres fra akuttseksjonene, er det gjort et forarbeid med å kartlegge barnas situasjon. Barnas situasjon er ofte vurdert vanskelig på grunn av foreldrenes alvorlige problemer. Dette til sammen gjør barn som pårørende til et synlig og påtrengende tema i seksjonen. Tidsperspektivet på innleggelser åpner muligheten for å gjøre en innsats overfor barn som pårørende. Til sammen utgjør

dette spesielle kontekstuelle forhold, som påvirker utformingen av denne behandlertypens rolle og arbeid i møte med barn som pårørende.

Utfordreren som behandlertype er forankret i systemteoretisk og psykoterapeutisk tenkning, og vektlegger helheten av systemer, sub - systemer og relasjoner, som pasienten inngår i, i sitt behandlingsarbeid. Denne behandlertype er enten lege eller psykolog og utfordrer eksplisitt den biologisk - medisinske sykdomsmodellen (**derav benevnelsen utfordrer**) som hun mener dominerer psykisk helsevern, og som gir konsekvenser for hvordan man opplever og forholder seg til pasientens pårørende:

”Og der tenker jeg at noe av problemet for psykisk helsevern for voksne er at en står med begge beina i en medisinsk modell. ()Man må ut å se helheten og da må en ta et systemteoretisk perspektiv på det som foregår, det vil være mye mer hensiktsmessig og nyttig. I en medisinsk modell vil individet som biokjemisk system være det som skal reguleres av helsevesenet, og så har du det ekstraarbeidet med pårørende (...). Hvis man har et systemteoretisk perspektiv er det ikke noe skille. Da er det ulike systemer, sub - systemer i et større system, som man intervensjoner i forhold til for å få både sub - systemet og systemet til å fungere bedre. Så igjen tenker jeg at det å ha slike terapeutiske verktøy åpner det (barne-) perspektivet, og det gjør på en måte det systemarbeidet til en del av det terapeutiske arbeidet”.

Innenfor den systemteoretiske tenkningen finnes det ikke noe skille mellom behandlingen av pasienten og arbeidet med barn og pårørende. For utfordreren handler dette om valg av behandlingsparadigme og grunnleggende holdninger i møte med pasienten:

”Jeg tenker sånn grunnleggende at det handler om de holdningene man har til pasienten når de kommer inn, og da tenker jeg at vi er preget på vår seksjon i forhold til å tenke hele pasienten, inklusive nettverk, familie som en viktig ting, både for pasienten men også at det er viktig å ta familieperspektivet – barneperspektivet inn, og det tenker jeg at alle er tunet inn på”.

Ifølge denne behandlertypen gir det systemteoretiske utgangspunktet og de kognitive orienterte behandlingsmodellene et egnet teoretisk grunnlag og terapeutiske verktøy for å forstå barnets belastninger og for hvordan en kan arbeide indirekte med barn som pårørende. Det handler om å intervensjoner i forhold til de ulike systemene barnet inngår i, med tanke på å skape forståelse og ivaretagelse av barnet. Å jobbe med patologi i systemer vurderes som vesentlig for å redusere barnets belastninger innenfor denne forståelsesrammen:

”()på et abstrahert nivå så er jo fellesnevneren at alle lever i et system, og en med alvorlig patologi. Hvis vi ser nærmere på det systemet pasienten lever i, så vil også systemet være patologisk. Kanskje er det med å gjøre pasienten patologisk, men pasienten kan og være med å gjøre systemet patologisk. Uansett årsaksrekkefølgen, så vil et patologisk system skade barnet, så det å jobbe med systempatologi det er avgjørende.”

4.5.1 Behandlers oppgave å være barneansvarlig

Denne behandlertypen ser delegering av oppgaver og funksjon til egne barneansvarlige som uhensiktsmessig fordi det vil by på koordinerings- og integreringsproblemer og gjøre systemarbeidet og behandlingen mindre effektivt. Det argumenteres for at fagpersoner med formell høy status og myndighet bør inneha rollen som barneansvarlig på systemplan for å unngå at arbeidet med barn som pårørende skal bli en salderingspost:

”I vårt tilfelle er det en psykiater som er barneansvarlig. Det som jeg tror kan være uheldig, det er hvis man tenker på det med barneansvarlig som nok en funksjon som man skal ha, og så legges den til en som ikke har myndighet, verken formell sterk posisjon eller uformell sterk posisjon, men har en funksjon for å ivareta. Og så kan man si at man har en barneansvarlig. For det å jobbe med det systemarbeidet som jeg skisserer, det er jo et ganske avansert stykke arbeid, så jeg tenker at man må legge det høyt oppe i hierarkiet. Det tror jeg vil være lurt så det ikke blir en salderingspost. Fordi hvis man har et system som står dypt i den biologiske - medisinske modell, så gir man på en måte barneansvaret til en sosionom som sitter helt på sidelinja og pusler med sitt, da tenker jeg at det arbeidet vil bli mye mindre effektivt. For en sosionom som kanskje jobber litt med pårørende og jobber med økonomiske problemstillinga, boligspørsmål og slike ting, - veldig bra og veldig viktig, men når man har komplekse saker der en alvorlig sykdom, for å bruke det ordet, som en forstår som en biologisk sykdom i individet, hvis man ikke får systemperspektivet på det så vil man få problemer med å koordinere og integrere den barneansvarlighetsfunksjonen. Man tar det ikke alvorlig nok, for man ser ikke det teoretiske perspektivet.

Det barnefokuserte arbeidet gis status og anerkjennelse gjennom dette utsagnet. Som en del av et avansert og komplisert behandlingsarbeid fordrer det at noen med makt tar tak i problematikken for at det ikke skal bli en salderingspost. Denne forståelsen fordrer også at behandlere selv tar del i det barnefokuserte arbeidet, både for å sikre en best mulig behandling for forelderen og hjelp til barna, og for at hjelpen skal bli koordinert, integrert og mest mulig effektiv.

Arbeidet med pårørende omtales av denne behandlertypen som et tverrfaglig teamarbeid på linje med behandlingsarbeidet for øvrig, hvor ulike profesjoner har sine særoppgaver. Behandlertypen forteller om et tett og praktisk faglig samarbeid mellom behandler og miljøpersonell hvor bruk av reflekterende team inngår som metode for å ivareta de ulike profesjoners innspill i enkeltsaker. Det ligger ikke noe automatikk i at barn blir ivaretatt innenfor en systemteoretisk tenkning. Selv om tenkningen kan være med å befordre en slik ivaretagelse av barn som pårørende, krever den faktiske ivaretagelsen aktiv handling hos behandler, slik denne behandlertypen også poengterer i utsagnet under:

”Når det er slik at de har barn som er mindreårig, så er det et sentralt tema. Det er noe av det jeg har lært i samarbeidet og dialogen vi har hatt, blant anna med EK (barnekonsept), over tid. Jeg har jo tenkt at barn er viktig, men det å så være aktivt på og

se på problemstillingene relatert til at det er ett barn inne i bilde, den forståelsen min har vokst fram gjennom de årene jeg har vært her. For der har jeg sett en endring i systemet”.

Sykehuset engasjement, med blant annet egen konsulentvirksomhet rettet mot ivaretagelse av pasientens barn, nevnes som medvirkende til endring av egen tenking og praksis over tid. Ny lovendring har i tillegg gitt arbeidet en nødvendig legitimitet og tyngde.

Barnegruppen som denne behandlertypen møter i sitt arbeid, omtales som ekstra sårbare og utsatte på grunn av pasientenes alvorlige og til dels kroniske tilstander og problemer. Der hvor pasientene har mindreårige barn erfarer behandler at barnevernet ofte allerede er involvert. For noen av pasientene kan det være nødvendig med sikkerhetsvurderinger. De kan på ulik måte representere en fare for barna og sin familie. Denne behandlertype ser det som sitt og seksjonens ansvar å aktivt gripe fatt i barn som pårørende tidlig i behandlingsforløpet, blant annet ved å initiere samarbeid med personer og instanser rundt barna, slik dette sitatet viser:

”I forhold til barna har vi snakket, reflektert om man skal bringe inn BUP eller noe tilsvarende i forhold til barna spesielt, og jeg tenker ikke at vi skal gå inn der. Samtaler spesifikt med barna, det tenker jeg at det har ikke jeg kompetanse nok til å gjøre, men at vi kan samarbeide. Og jeg tenker at det er viktig å ivareta de barna, de er kjempe sårbare og de kan jo skades og det er viktig at vi tar tak i det allerede nå”.

Barnas spesielle utsatthet gjør samarbeidet med barnas øvrige omsorgsgivere og ulike instanser nærmest påtrengende for denne behandlertypen, slik det utsagnet og mitt øvrige materiale viser. Det samme gjelder erkjennelsen av at dette er barn i risiko som kan trenge beskyttelse og oppfølging over lang tid.

Det omtales som naturlig og viktig for denne behandlertypen å tematisere barnas situasjon overfor pasienten og andre nære omsorgsgivere allerede ved innkomst, ofte med utgangspunkt i den kartleggingen av barnets situasjon som er foretatt ved akuttseksjonen, og at barnevernet allerede kan være i bildet. Det kan være snakk om avklaring av barnas situasjon ved innkomst og veiledning til den andre forelderen i spørsmål knyttet til pasientens problemer, for eksempel rundt samvær og kontakt under innleggelsen, og hvordan barn kan beskyttes mot å bli dratt inn i en psykotisk virkelighet som kan belaste og skade.

Kontakten med den andre forelderen, eventuelt andre omsorgspersoner for barnet, for eksempel besteforeldre, er en viktig del av det indirekte arbeidet overfor barn som

pårørende, slik det beskrives av denne behandlertypen. Det er snakk om støttesamtaler under innleggelsen og etablering av en allianse for å fremme både behandlingen og ivaretagelse av barna. I eksemplet nedenfor er pasientens eksmann gitt et samtaletilbud:

”Jeg har jobbet gjennom far, altså pasientens eksmann, og det er komplisert i seg selv, men det å være i allianse med han for å hjelpe han til å fungere i det patologiske systemet, som ikke bare er et patologisk system på grunn av mors/ekskones sykdom, men også fordi det er en multikulturell situasjon med mange psykososiale belastningsfaktorer inne i bildet”.

Som omsorgsgiver til felles barn vurderer denne behandlertypen det som vesentlig at eksmann og omsorgsperson for felles barn hjelpes til å fungere for å redusere belastningene på barnet.

4.5.2 Samarbeid med ulike instanser rundt barna

Gjennom systemarbeid legges det opp til at barna blir ivaretatt av de systemene som er tettest på. Det framstår som en grunnholdning at det er disse systemene som kan ivareta barna best, også på sikt. Ivaretagelse av barn som pårørende skjer indirekte gjennom samtaler med pasienten, og ved å samarbeide med personene og systemene som omgir og ivaretar barnet, for eksempel nære omsorgspersoner, barnehage, barnevern og barne- og ungdomspsykiatri (BUP). God behandling og utredning av foreldrene, nevnes som en vesentlig viktig og indirekte innsats overfor barn som pårørende.

Den systemteoretiske tenkningen fokuserer på systemene som mennesker inngår i og får derfor betydning for hvordan denne behandlertypen samarbeider med instanser som finnes rundt barn og familiene. Ved å intervenere i forhold til systemer, sub - systemer og viktige relasjoner pasienten og barna inngår i, er det mulig å skape endringer som gjør at systemene fungerer bedre og mer ivaretaende på de menneskene som inngår, blant annet ved ny forståelse og handling. Samarbeid mellom systemer og personer vil i følge denne behandlertype hindre splitting og uenigheter som kan gjøre at systemene ikke trekker i samme retning, eller i verst fall motarbeider hverandre. Det vises til erfaring fra deltakelse i samarbeids- og ansvarsgruppemøter i den hensikt å skape en slik felles forståelse og handling i de samarbeidende systemene rundt barna:

”Barnevernet var inne i bildet allerede før pasienten ble lagt inn på akutt, ()det har vært en stor ansvarsgruppe rundt barnet, inklusive en barnepsykolog. Det har vært et stort apparat rundt barnet som jeg tenker har ivaretatt det på en måte. Men vi har sett det som viktig å samarbeide og melde oss på den ansvarsgruppen, dels for å se til at barnet har det bra, og nå har vi noen innspill i forhold til videre fremover. Vi er bekymret i forhold til å føre far tilbake til det barnet”.

Utsagnet viser hvordan denne behandlertypen selv tar et initiativ og melder seg på et samarbeid for å bidra med sin kunnskap og forståelse, og for å være med i den sam- skapningen av kunnskap og handling som er nødvendig for å ivareta pasientenes barn på en god nok måte. Her er det ikke nok med ett informasjonsmøte, men å være en del av en prosess og kontinuitet i et komplekst forebyggende arbeid hvor instansene behøver hverandre for å lykkes:

”Vi har avtalt møter igjen, sånn at vi holder i dette. Dette må vi ha en kontinuitet i, både fordi at vi trenger å få opplysninger fra mor, men også fordi det er viktig å høre hvordan det hele går. Men sånn sett er jo barna ivaretatt gjennom arbeide, og vi har forsikret oss om at barnevernet snakker med mor og vil gi litt råd tilbake i forhold til hvordan og hva man eventuelt kan si. I forhold til barna har vi snakket og reflektert om man skal bringe inn BUP eller noe tilsvarende i forhold til barna spesielt, - og jeg tenker ikke at vi skal gå inn i der. Samtaler spesifikt med barna, det tenker jeg at det har ikke jeg kompetanse nok til å gjøre, men vi kan samarbeide, og jeg tenker at det er viktig å ivareta de barna”.

Ansvarsmøtene og samarbeidet sørger for utveksling av viktig informasjon og kunnskap som danner grunnlag for en fellesforståelse for hvordan aktørene samlet og hver for seg kan ivareta det barnet. Møtene gjør det mulig å planlegge, følge utviklingen og prosessene i arbeidet og spørre hverandre hvordan det går. Møtene virker å kunne skape en nødvendig trygghet for alle aktører for at barnets situasjon er ivaretatt, ikke minst for barnevernet som har som hovedansvarsområde å forsikre seg om at barnets utvikling og omsorg er ivaretatt. Denne behandlertypen ønsker å ha en stemme inn i disse møtene fordi hun har tro på at det vil kunne gjøre en positiv forskjell både for barnet, familien og pasienten som forelder. Hennes anliggende er å ivareta familien, barnet og pasienten som forelder, ved å foreta en best mulige utredningen av forelderen som pasient og formidle relevant kunnskap videre, slik dette utsagnet viser:

”Jeg har kommet med en del bekymringer, men nå tenker jeg at for at vi skal kunne hjelpe den pasienten og dette barnet og holde denne familien best, så er det viktig at vi gjør et grundig og solid stykke arbeid som gjør at vi kan si: sånn er det, nå har vi utredet og vi har konstatert og vi har dokumentert, det og det har vi gjort. Det blir viktig å formidle, og det er en opplæringsbit i dette”.

I denne utredningen vil hun også være opptatt av om de kravene som stilles til foreldrerolle kan være sykdomsutløsende på grunn av det stresset det kan utløse. Selv om barnevern og barnepsykolog er tungt inne, erfarer denne behandlertypen at disse kan mangle generell kunnskap om psykiatriske lidelser og deres konsekvenser for fungering og samspill, samt mangle tilstrekkelig kjennskap om den enkelte pasients fungering som foreldre. Dette kan resultere i manglende forståelse av graden av alvor i den enkelte sak, og i for stor tro på

hva det er mulig å utrette som hjelper. Dette gjør kunnskapsformidling, ”opplæringsbiten” og informasjon fra voksenpsykiatriens side spesielt viktig i følge denne behandlertypen, som understreker plikten til å bistå med nødvendig informasjon fra utredningsarbeidet. Her tenkes tverrfaglig samarbeidet utover egen institusjon. Dette er kunnskap hun mener vil gi barnevern og barnepsykolog et mer helhetlig og grundig utgangspunkt for å forstå barnets situasjon og mulighetene pasientene har for å kunne ivareta vesentlige foreldreoppgaver:

”() jeg tenker vi har en plikt og ansvar i forhold til å bringe dette tungt inn til barnevernet og barnepsykolog som nok i begrenset grad har sett disse tingene. Og vi har nå den muligheten på sykehuset at vi har pasienten inne døgnkontinuerlig og vi kommer til å få et mer helhetlig bilde av situasjonen. Derfor har vi også valgt å være sammen med familie og barn når de er sammen på permisjon eller er på besøk her, men også vært på hjemmebesøk hvor personalet har vært med for å se hvordan fungerer nå dette egentlig. Det blir viktig for meg å få formidlet dette, og få kartlagt og diagnostisert dette grundig i forhold til den innlagte forelderen med tanke på barnevernet og hvilke tiltak som de skal sette inn og hvor mye kan man forvente at denne forelderen kan lære, og hvor mye er som det er”.

I forlengelsen av samarbeids- og ansvarsgruppemøtene ligger det til rette for en overføring av oppfølgingsarbeidet overfor barn i forbindelse med utskriving og overføring av pasienten til neste ledd i behandlingsskjede. Det vises til et eksempel hvor denne behandlertypen tar et initiativ til et samarbeidsmøte hvor instanser både rundt barnet og behandlingssinstanser rundt pasienten, omtalt som det ”totale behandlingssystemet” inkludert barnehagen som følger opp barnet i hverdagen, samles for å samordne innsatsen til videre ivaretagelse av barnet, samtidig som barnevernet ble gitt et ansvar til å videreføre samarbeidet:

”Så det vi gjorde var at vi etablerte det møtet på mitt initiativ, og så styrte vi det møtet for å lage en helhetlig felles forståelse, og så ga jeg stafettpinnen til barnevernet”.

4.5.3 Taushetsplikt, alliansebygging og prosess

Denne behandlertypen synliggjør et behandlingsarbeid hvor hun både skal behandle og utrede den innlagte forelderen, samtidig som hun tar en aktiv rolle i oppfølgingen og sikringen av situasjonen til barn som pårørende. Ballansegangen i forhold til taushetsplikt overfor pasienter innlagt på tvangsparagraf beskrives av denne behandlertypen som et meget vanskelig etisk terreng å bevege seg i når det gjelder samarbeid rundt pasientens barn:

”()så tenker jeg også at det er en ballansegang i forhold til taushetsplikt, i forhold til pasienter på tvang og med til dels alvorlige sinnslidelser. Så her må vi bevege oss i et vanskelig etisk terreng, men hvor jeg tenker det blir viktig å tenke forsvarlighet i forhold til barna. Men da må vi velge vår vei med omhu, da tenker jeg igjen at det er lettere når vi har fått til gode dialoger og fått til disse alliansene, da vil ofte ting kunne bli enklere både med

pasient og med samarbeidspartnere og den andre forelderen. Jeg tenker at de på en måte får en opplevelse at vi drar litt sammen”.

Slik jeg forstår dette utsagnet, handler det om vanskelige avveininger om hva og hvor mye hun som behandler skal dele av det som i utgangspunktet er taushetsbelagte opplysninger vedrørende en pasient som kan befinne seg en mental tilstand hvor hun selv ikke er i stand til å trekkes fullt inn i en avgjørelsesprosess. Det handler om ivaretagelse og respekt for ikke å utlevere pasienten unødige, for ikke ødelegge behandlingsalliansen til pasienten ved å skape utrygghet, veid opp mot å tenke forsvarlighet i forhold til barna. Det erkjennes at taushetsplikt må ivaretas, uten at den blir et hinder for et arbeid som ivaretar barns sikkerhet og utvikling. Svaret hun gir på hvordan det er mulig å lykkes i dette arbeidet, er å peke på gode dialoger og alliansebygging med alle aktørene som er i bilde, ikke bare med pasienten. Slik jeg ser dette er det snakk om et omfattende prosessarbeid overfor alle de viktige aktørene rundt pasienten og barnet, inkludert pasienten selv som etter hvert kan bli i stand til å samarbeide rundt barna. Målet er å få alle til å dra sammen til beste for barna. At veien må velges med omhu, forstår jeg som den klokskapen som finnes i situasjonen når veier skal velges og hensyn skal tas, og som består i den situerte kompetansen som akkurat denne typen behandler har utviklet i møte med tilsvarende utfordringer. Det handler om viktige ballanse ganger og timing, slik jeg forstår det, men også om tilstrekkelig tid slik langtidsbehandling åpner opp for:

”Det krever tid, og det tenker jeg at det må vi kunne gi oss, og vi har en ledelse som sier at det er greit hvis vi begrunner det. Nå er det et press i forhold til å få ned liggetid og sånne ting, men vi kan ikke halte med forhastede utskrivelser hvis det ikke er tilstrekkelig tilrettelagt på hjemmebane”.

Denne behandlertypen har med utgangspunkt i en systemteoretisk tenkning utvidet alliansebegrepet til å omfatte flere systemer, forstått som viktige personer og instanser som inngår i samarbeidet, og lojalitetsbegrepet og forpliktelsene til å gjelde både pasienten og familien.

4.5.4 Oppsummering

Felles for denne behandlertypen er at hun arbeider innenfor en behandlingsenhet som driver langtidsbehandling og som har en systemteoretisk modell som sitt overordnede utgangspunkt for forståelse og handling. Hun er i tydelig opposisjon til den tradisjonelt dominerende medisinske sykdomsmodellen innenfor voksenpsykiatrien. Psykoterapeutiske tenkningen, med hovedvekt på kognitiv orienterte modeller beskrives som grunnpilaren i

seksjonens behandlingsarbeid. Den biologiske - medisinske modell danner utgangspunkt for en eventuell støttebehandling. Med utgangspunkt i et systemteoretisk perspektiv på pasientens problemer, sees systemarbeid og samarbeid med pårørende og de ulike systemene og sub-systemene som pasienten og barnet inngår i, som en naturlig del av det terapeutiske arbeidet, og ikke som ” en belastning og tidskonsumerter” slik det kan forstås innefor en medisinsk sykdomsmodell. Samarbeid med pårørende og behandling av pasienten blir derfor to sider ved samme sak som denne behandlertypen ønsker å ta et helhetlig ansvar for. Denne behandlertype argumenterer for at fagpersoner med høy faglig status innehar rollen som barneansvarlig og arbeider indirekte med barn gjennom å intervenere i ulike systemer barnet inngår i.

Denne behandlertypen har i forhold til de tre andre behandlertypene en helt annen modell for det barnefokuserete arbeidet. Dels skyldes det, som det argumenters for av behandlerne, det faglige ståsted og tenkning som er i tydelig opposisjon til det biomedisinske. Kanskje like viktig er kontekstuelle forhold som at det er få pasienter som har barn og at pasientene er innlagt over lang tid. Når foreldrene kommer til denne seksjonen er situasjonen for barna alvorlig, andre instanser er inne i bildet og seksjonen har tid og ikke minst en tydelig faglig agenda for å forsøke å få til et samarbeid med andre instanser.

Kapittel 5 Diskusjon

Denne studien fokuserer på hvordan behandlere i et psykiatrisk sykehus tenker og handler i forhold til en gruppe barn som har foreldre med alvorlige psykiske vansker. Behandlerne beskriver alvorlige psykiatriske symptomer som psykoser, selvmordsforsøk, personlighetsforstyrrelser og betegner sine pasienter som personer i «veldig mental ubalanse».

Akuttpsykiatriens oppgave er å ta seg av de dårligste pasientene, og på landsbasis innlegges 95 % av disse pasientene som øyeblikkelig hjelp (Ruud, Gråwe & Hatling, 2006). For barna betyr en akuttinnleggelse at de har levd sammen med en forelder som i lengre tid har slitt med alvorlig psykiske helseproblemer, og belastningene familiene har opplevd i forkant av innleggelsen har ofte vært store. Mange av pasientene er kjente i systemet fordi de har flere innleggelse. En undersøkelse fra akuttpsykiatrien viser at 55 % av alle pasienter blir reinnlagt innen ett år etter utskrivningen (Ruud et al., 2006). Kort oppsummert arbeider behandlerne på akuttseksjonen og spesialseksjonene med så alvorlig psykisk syke pasienter at det må antas at foreldrenes symptomer har konsekvenser for deres foreldrefungering (Torvik & Rognmo, 2011).

Alle behandlerne som er intervjuet var oppmerksomme på de belastninger barna til alvorlig psykisk syke foreldre kan utsettes for, og de argumenterte for at det systemet de jobbet innenfor hadde et ansvar for å følge opp pasientenes barn. De var glade for at lovverket om barn som pårørende var kommet og de fortalte om et sykehus som i mer enn 10 år har hatt et fagutviklingsarbeid for å ivareta pasientenes barn. Alle mente at arbeidet med pasientenes barn måtte ha fokus og prioritet, og at ordningen med barneansvarlige var en måte å sikre at barnefokus ble holdt oppe og en ordning som bidro til et systemansvar for pasientenes barn. Uten slike ordninger fryktet de at barneperspektivet kunne forsvinne i produksjonskravet sykehuset stod overfor. Barn som pårørende teller ikke med når seksjonens faglig innsats evalueres. Fokus er på ”produksjon av pasienter” som kan skrives ut eller avsluttes for poliklinikk og annen oppfølging. Arbeid med pasienters barn ble derfor av mange definert som en ekstraoppgave, et arbeid som stjeler tid fra behandlingsarbeidet. Dette er blant annet en av barrierene Maybery & Reupert (2009)

trekker fram i den systematiske litteraturgjennomgangen de har gjort for å belyse forhold som hemmer barnefokuset arbeid i psykiatrien.

Til tross for at alle behandlerne på et overordnet plan var enig om at barnefokuset måtte prioriteres, viser mine data at det var store forskjeller på hvor involvert den enkelte behandler var i dette arbeidet. *Systemet* satte tydelige grenser for hva som er mulig å gjøre for pasientenes barn innenfor en sykehuskontekst, og behandlerens *faglige tenkning* påvirket hvordan de prioriterte arbeidet, hva de mente var innenfor egendefinerte oppgaver og hva de mente var andres oppgaver. I denne studien har jeg forsøkt å beskrive og forstå disse forskjellene ved å konstruere 4 idealtypiske behandler typer med disse to forhold som utgangspunkt.

Tradisjonsbæreren, som jobber i den travle akuttseksjonen og arbeider etter en biomedisinsk kunnskapsforståelse, har jeg beskrevet som en person som er ekstremt lojal mot det akuttmedisinske systemet han jobber innenfor og som argumenterer for viktigheten av å forplikte seg mot den kollektive norm om å begrense arbeidsoppgaver (blant annet barnearbeidet) slik avdelingen kan utføre sine primæroppgaver som er å ha et øyeblikkelig hjelpetilbud til personer i alvorlig krise. Ivaretagelsen av behandlingsalliansen og lojaliteten til pasientene var viktig for han og han mente at barn som pårørende kunne forstyrre alliansen. Frykt for å ødelegge alliansen til pasienten er et tema som går igjen når forskningsbidrag drøfter hvilke konsekvenser en medisinsk logikk kan ha for å i vareta pasientenes barn (Maybery & Reupert, 2009; Stallard et al., 2004). Grunnet disse forhold argumenterte han for viktigheten av barneansvarlig miljøpersonell som kunne følge opp barn som pårørende.

Den tilpassede behandler jobber innenfor den samme travle kontekst som tradisjonsbæreren, men var utdannet psykolog og arbeidet etter en kontekstuell psykologisk modell som medførte at hun hadde et familieperspektiv i sin forståelse av pasientene og deres pårørende. Hennes uttalelser speiler en frustrasjon over systemkravene som begrenser hennes mulighet til å gå inn i prosesser og følge opp pasientene som foreldre. Hennes refleksjoner viser at hun faglig sett har mye kunnskap om de uheldige konsekvensene det kan ha for barn å vokse opp med psykisk syke foreldre, men at hun i begrenset grad får benyttet denne kunnskapen i sitt daglige arbeid. Dette indikerer at kunnskap om barn og de belastningene de utsettes for alene ikke er tilstrekkelig som tiltak

for å bedre det barnefokuserte arbeidet. Systemet må også legge til rette for at det er mulig å bruke kunnskapen. Dette er også et hovedpoeng i litteraturgjennomgangen til Maybery & Reupert (2009). De sier at for å forsterke og forbedre psykiatriens muligheter til å følge opp pasientenes barn, må det settes inn tiltak på flere nivåer samtidig. Som tradisjonsbæreren priser hun ordningen med barneansvarlig, og først når det er alvorlig bekymring for barnas omsorgssituasjon deltar hun selv aktivt i å motivere foreldrene for å ta i mot hjelp fra barnevernet.

Den involverte behandler jobber i åpen akuttseksjon. Pasientene han møter er også svært ofte alvorlig psykisk syke, men beskrives som mer psykisk tilgjengelige enn pasientene på lukket akutt. Han har selv tatt på seg rollen som barneansvarlig og har flere års erfaring med å arbeide barnefokuseret. Det er interessant å merke seg at hans innfallsvinkel til familiearbeidet er litt annerledes enn tradisjonsbæreren og den tilpassede. Han snakker med stort engasjement om hvor viktig det er å arbeide forebyggende for pasientenes barn og han ser innleggelsen og den psykiske krisen som en mulighet til å komme i gang med dette arbeidet. Sannsynligvis er det hans lange erfaring med familiearbeid, i kombinasjon med hans faglige forståelse, som gjør at han har et så tydelig forebyggende perspektiv. Denne behandler typen mener han selv har mulighet til å hjelpe mange barn ved å støtte foreldrene til å bli bedre foreldre og ved motivere foreldrene til å informere og bruke nettverket rundt barna. Hans bekymring rundt eget arbeid med barna er knyttet til «barn som trenger mer hjelp og oppfølging». Han sier at han selv ikke har tid og rom for å gjøre et godt arbeid og han har ikke alltid tillit til at barnevernet gir familien den hjelp de har behov for. Han opplever at arbeidet med barn som pårørende kan glippe ved overføring til neste ledd i behandlingsskjeden. Som vist i kapittel 2 er dette problemer den nasjonale og internasjonale litteraturen tematiserer (Stallard et al., 2004; Bryne et al. (i Maybery & Reupert, 2009); Halså, 2008)

Mens de tre ovenfor beskrevne behandler typene alle forstår pårørende arbeidet som direkte arbeid med foreldre og /eller barn, er systemarbeid hovedfokuset i *utfordrerens* måte å omtale barnefokuseret arbeid på. Utfordrerens som primært arbeider med pasienter med sammensatte og alvorlige problemer som er innlagt over lengre tid, argumenterer for viktigheten av at behandlerne inngår i tverrfaglige samarbeidsgrupper rundt barna. I følge denne behandler typen har profesjonsgrupper med ansvar for pasientens barn, mangelfull kunnskap om foreldrenes problematikk og mener denne type kunnskap er viktig for å få til

et godt arbeid rundt barna. Denne behandlertypen argumenterer for at psykologer og psykiatere må ut av sykehusene og aktivt melde seg på samarbeidet rundt pasientens barn.

Inndelingen i behandlertyper viser noen interessante forskjeller i tilnærmingen til barnefokuset arbeid, samtidig som det empiriske materialet viser at det også er en del felles utfordringer som behandlertypene står overfor. Utfordreren er den som klart skiller seg ut fra de andre. Hun beskriver det barnefokuserte arbeidet som en prosess, som må følges opp over tid og hvor behandleren inngår som i et team rundt barna. Alle de tre andre behandlertypene forteller at de gjør det som loven pålegger dem. De kartlegger barnas omsorgssituasjon, snakker enten selv med foreldrene om barna eller overlater dette til de oppnevnte barneansvarlige. Det er sjelden de møter og snakker direkte med barn, og de beskriver en arbeidssituasjon som gir minimale muligheter for å sikre at de barna som trenger videre oppfølging, får det. Etter min vurdering gjør de et barnearbeid som kan sies å tilfredsstille minimumskravene i loven og som kan være tilstrekkelig for mange barn som har et omsorgsfullt nettverk rundt seg. For barn som har foreldre som er vedvarende syke, som opplever selvmordsforsøk eller store konflikter mellom foreldrene eller har foreldre som har liten innsikt i hvordan egen lidelse reduserer foreldrekapasiteten, mener jeg at man kan stille spørsmål ved om dette er godt nok. Det er særlig to forhold jeg mener har betydning for at arbeidet ikke blir godt nok.

Det første er individfokus i akuttpsykiatrien og hvordan dette fører til at barneperspektivet marginaliseres. Det andre er problemet med at barna «glipper». Det gjøres en innsats for å undersøke hvordan barna og foreldrene har det når foreldrene er innlagt, men når foreldrene utskrives og overføres til andre hjelpeinstanser kan det være svært tilfeldig om og hvordan barna følges opp. Overføringsarbeidet skjer som regel skriftlig med overføringsjournaler eller tilrådninger, og hva som skjer med støtten til barna er derfor avhengig av hva som leses og forstås, og hvilke prioriteringer neste ledd i behandlingsskjeden gjør.

5.1 Forståelse og kunnskap – makt, avmakt og motmakt

De ulike forståelsesmodellene som jeg har identifisert i mitt materiale er en *biomedisinsk modell*, en *tradisjonell kontekstuell psykologiske modell* og en *systemteoretisk modell*.

Disse kan ifølge Ørstavik (2008) plasseres i to ulike konkurrerende paradigmer innenfor

det psykiske helsefeltet. Det naturvitenskapelige paradigme der psykiske lidelse først og fremst forstås i et medisinsk perspektiv som objektive størrelser analogt til kroppslig sykdom, og det kontekstuelle paradigme hvor psykisk lidelse først og fremst forstås som noe som oppstår i relasjoner og i en sosial kontekst, for eksempel i familie- og oppvekstkonteksten. Det naturvitenskapelige paradigme med diagnostisering og sykdomsorientert forståelse er det dominerende innenfor det psykiatriske feltet, både nasjonalt (Ekeland, 2001; Ørstavik, 2008; Aarre, 2011; Norvoll, 2013) og internasjonalt (Gladstone, 2010; Norvoll, 2013). Her er vekten i de siste tiårene lagt på genetik og biokjemi, både når det gjelder årsaksforklaringer og behandling. Dominansen opprettholdes ved at det skjer en vitenskapelig legitimering av praksis gjennom en diagnostiseringskultur og vektlegging av evidensbasert kunnskap som samtidig veves inn i ulike styringssystemer (Ekeland, 1981; 1999; 2001). Både juridisk og organisatorisk er psykiatrien bygget opp rundt en medisinsk sykdomsmodell. Oppgaver og prioriteringer er bestemt på systemnivå i tråd med rådende ideologiske og helsepolitiske føringer. Det har skjedd en tydeligere formell ansvarsfordeling mellom spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten som en følge av Opptappingsplanen for psykisk helse, hvor kommunene har fått et utvidet ansvar for det forebyggende og behandlende arbeidet. Dette har ført til en revitaliseringsprosess av psykiatrien som et medisinsk fagfelt i de siste årene, hvor spesialisthelsetjenesten er blitt ytterligere biomedisinsk orientert ifølge Ramsdal (2013, s. 239). Som kunnskapssyn har dette paradigme lange tradisjoner, høy status og "eies" av fagpersoner og profesjoner med makt og myndighet. I St. meld nr. 25 (1996-97) trekkes det fram den rivaliseringen som har preget det psykiatriske fagfeltet i Norge. Det vises til at behandlingen som har vært gitt, har variert fra sykehus til sykehus og langt på vei var preget av ansvarlig overlege og dennes faglige vurdering. Slik psykiatrifeltet er oppbygd i dag er det leger og psykiater som sitter med mest lederansvar og innflytelse. Det er også de som sitter med nøkkelen til forandring (Haugsgjerd et al., 2006; Norvoll, 2013; Aarre, 2011).

I mitt materiale er dette kunnskapssynet tydelig representert ved tradisjonsbæreren som behandlertype. Som psykiatere framstår de som voktere og tradisjonsbærere av den individorienterte biomedisinske sykdomsmodellen, og stiller ingen spørsmålstegn ved eget faglige utgangspunkt eller definisjonsmakt. Forstått som doxa i Bourdieus forstand (Aamodt, 2005, s. 49 - 65; Danielsen & Hansen, 1999) representerer tradisjonsbæreren et dominerende og hegemonisk kunnskapssyn som tas for gitt innenfor det psykiatriske

fagfelt. Kunnskapssynet, og den praksis som følger med, framstår så selvfølgelig og naturlig at det ikke stilles spørsmålstegn ved den, verken av de dominerende eller dominerte. Den ligger nedfelt i strukturene vi er en del av. Ifølge Bourdieu er det snakk om en symbolsk og usynlig makt som bare kan utøves med delaktighet av deltakerne som ikke vet at de ligger under for den, eller vet at de utøver den (ibid.). Ivaretagelse av pasienters barn sees ikke av denne behandlertypen som en del av behandlingsarbeidet, men som en tilleggsoppgave som på ulike måter kan forstyrre eller komme i konflikt med effektiv behandling av psykisk sykdom. Det skilles mellom det direkte behandlingsarbeidet med pasienter og andre oppgaver, som for eksempel ivaretagelse av pasientenes barn. Som en konsekvens delegeres arbeidet til egne barneansvarlige som i samarbeid med miljøpersonell, utfører arbeidet som en spesialoppgave i hovedsak atskilt fra behandlerrollen. Dette gir tradisjonsbæreren som behandlingstype muligheter for å konsentrere seg fullt om sin egentlige oppgave; psykiatrisk behandling av alvorlig syke pasienter. Tema barn vurderes som en trussel for alliansen med pasienten (Stallard et al., 2004; Grimsgaard, 2008). Delegering kan forstås som en måte å beskytte alliansen på, men kan også sees på som en følelsesmessig beskyttelse, en type sosialt forsvar mot angst i et behandlingsmiljø preget av store følelsesmessige utfordringene som følger et vanskelig og komplisert behandlingsarbeid (Benneche & Benneche, 2012). Killén et al. (2003) viser også hvordan voksnes hjelpere kan beskytte seg følelsesmessig i form av ulike strategier i møte med utsatte foreldre, for eksempel gjennom benektning og bagatellisering av barnas situasjon, eller ved å distansere seg.

Innenfor en medisinsk vitenskapsmodell trer forpliktelsene først og fremst overfor pasienten som et medisinsk objekt, slik det blir beskrevet av Shapiro (2008). Hun benevner dette som en ”vitenskapelig altruisme” hvor pasienten som subjekt blir borte, og hvor en mer teknologisk orientert intimitet overtar. Forståelse blir erstattet av diagnose og prognose, og hjelp gjøres om til behandling og intervensjon (ibid. s. 11). I sin kritikk av positivismen omtaler Skjervheim (1996) objektivering av den andre som et ”instrumentalistisk mistak”. Forholdet til andre er ifølge han grunnleggende etisk og kan ikke reduseres til et teknisk (instrumentelt) forhold. Det menneskelige blir borte når kunnskapsforståelser og metoder fra naturvitenskapen overføres og anvendes på mennesker og menneskelige fenomen. Forståelse fremstår ikke som et fellesprosjekt hvor den subjektive erfaringsbaserte kunnskapen som pasienten har om seg selv og sitt liv får plass.

Teamarbeidet rundt pasientens barn innenfor denne forståelsesrammen, i motsetning til selve behandlingsarbeidet som framstår som tverrfaglig, får preg av først og fremst å være et flerfaglig teamarbeid (Lauvås & Lauvås, 2004, s. 45 - 53) hvor ulike fagpersoner rundt pasienten innehar ulike ekspertkunnskap og selvstendig ansvar for arbeidsoppgaver som løses i tildels atskilte forløp: et individuelt behandlingsforløp med fokus på pasientens sykdom og et pårørende forløp med fokus på barn som pårørende. Arbeidet med barn er skilt ut fra tradisjonsbærerens behandlerrolle og fører til et redusert engasjement. Dette kan hindre utnyttelsen av en samlet kompetanse og bli en barriere for felles kunnskapsutvikling og gjensidig stimulans i arbeid med barn som pårørende, noe et tverrfaglig engasjement og teamarbeid kunne bidratt til (ibid.). Tradisjonsbæreren er en tilgjengelig medarbeider som trekkes inn når det er alvorlig bekymring som utløser meldeplikt til barnevernet, eller i saker som krever et samlet fokus av hensyn til ivaretagelse av pasienten, for eksempel ved alvorlig selvmordsfare. Som behandler type er tradisjonsbæreren sjelden eller aldri involvert i samtaler med pasienten og den andre forelderen om barnets situasjon eller med barnet selv. Delegering av arbeidsoppgaver knyttet til barn som pårørende, kan sees som en fortsettelse av en tradisjonell arbeidsfordeling innenfor en medisinsk forståelsesmodell, hvor arbeidet med pårørende er definert som en sykepleieroppgave. Glasdam (2002) viser eksempler fra kreftomsorgen at legene eksplisitt har fraskrevet seg alt ansvar for pårørendearbeidet. Arbeidet har utviklet seg til å bli et selvstendig ansvars- og ekspertområde for sykepleiere. Glasdam viser også til den historiske utviklingen og den intensiverte interessen for arbeidet med pårørende fra 90-tallet, med sykepleiere i front, noe som sees i lys av profesjonens akademiseringsbestrebelse og ønsket om å definere et selvstendig pleieansvar, i tillegg til sin assistentfunksjon for leger.

Når det naturvitenskapelige paradigme får slik dominans og stadig forsterkes, marginaliseres andre retninger og forståelsesformer (Ekeland, 1999; 2001). Den tilpassede behandler typen er et eksempel på hvordan en fagperson med en kontekstuell psykologisk familieorientert forståelsesmodell, tilpasser seg en praksis som til forveksling ligner tradisjonsbærerens individfokuserende sykdomsmodell. En kan si at det naturvitenskapelige kunnskapsynet som det sentrale og meningsbærende i feltet, påvirker mulighetene for å utøve en mer familieorientert praksis. Egen kunnskap, forstått som symbolsk kapital i Bourdieus forstand (Aamodt, 2005, s. 49 - 65; Danielsen & Hansen, 1999), har ikke samme verdi og anerkjennelse i det akuttpsykiatriske feltet hvor den medisinske kunnskapen har dominans og representerer en symbolsk makt som det faller naturlig å

underordne seg. Ifølge den tilpassede behandlertypen representerer akuttseksjonen en sterk medisinsk kontekst med fokus på ”brannslukning” og symptomdemping som hindrer og marginaliserer det familie- og barnefokuserte arbeidet hun ønsker å være en del av. Dette skaper en resignasjon, men først og fremst en tilpasning til den rådende praksis. Det er som det finnes en handlingstvang innenfor systemet. Hummelvoll (2003, s. 60) beskriver akuttpsykiatrien som underlagt en handlingstvang i situasjoner. Han viser til hvordan akuttfunksjonen og uforutsigbarheten i arbeidssituasjon krever fleksibilitet, raske omprioriteringer og kollektiv handling, altså en kollektiv forpliktelse til å være med på ”brannslukningen” og symptomdemping. I dette perspektivet skjer en tilpasning hvor det barnefokuserte arbeidet må vike, til tross for faglige idealer og preferanser. Barnefokus kommer i konkurranse med pasientfokus. Som behandlertype tematiserer hun ikke barn i møte med foreldre, bare ved alvorlig bekymring når ”*alarmen går*”. Lukket akutt som system krever håndtering av kriser og pasienter på løpende bånd. Hummelvoll (ibid) viser hvordan behandlingseffektivitet, forstått som pasientsirkulasjon, synes å stimulere en medisinsk modelltenkning i praksis. Her er det altså snakk om gjensidig forsterkende prosesser som styrer praksis og som marginaliserer et barne- og familiefokusert arbeidet. Til tross for å ha en systemkritisk stemme, fremstår den tilpassede behandlertypen som sterkt forpliktet og styrt av et individfokus og viser en praksis som til forveksling ligner tradisjonsbærerens. Det naturvitenskapelige medisinske paradigme setter agendaen som den dominerende forståelsesformen, samtidig som systemkravene begrenser hva det er mulig å få til overfor pasientens barn og familie innenfor en lukket akuttpost. Resignasjonen kan forstås som en type avmaktsreaksjon hvor denne behandlertypen ikke ser muligheter for å realisere egne faglige ambisjoner innenfor tjenesten. Hun priser løsningen med barneansvarlige som gjør det mulig for seksjonen å ivareta et barne- og familieperspektiv.

Til tross for kravet om individfokusert krisebehandling og pasientsirkulasjon, har den involverte behandlertypen skapt seg et handlingsrom hvor han kan utforske en barnefokusert praksis. Åpen akuttseksjon som system gir andre muligheter for å få til et pårørendearbeid overfor barn, først og fremst på grunn av mer tid til rådighet, men også på grunn av større psykiske tilgjengelighet for en gruppe foreldre, sammenliknet med lukket akuttpost. Dette øker muligheten for å komme i posisjon overfor den enkelte foreldre og åpner derfor for en annen utforming av denne behandlertypens rolle og innsats overfor barn som pårørende.

Ved å innta rollen som barneansvarlig har denne behandlertypen i tillegg manøvrert seg inn i en posisjon hvor han tar tilbake noe av definisjonsmakten i et felt dominert av det medisinske som det sentrale og meningsbærende. Som behandlertype er han et eksempel på hvordan en fagperson med en tradisjonell kontekstuell psykologisk forståelsesmodell utfordrer den tradisjonelle medisinske praksis ved å involvere seg som barneansvarlig på systemnivå, og ved systematisk å tematisere barnas situasjon og tilby barnefokuserte pårørende samtaler til alle pasientene han har et behandlingsansvar overfor. Dette er mulig fordi han kan støtte seg til lovens pålegg om barneansvarlig personell og til seksjonens ønske om å prioritere barn som pårørende. I tillegg kan han vise til en spesifikk handlingskompetanse utviklet i forhold til denne gruppen barn og foreldre, som kan argumenteres inn i seksjonens arbeid.

Som behandlertype mener den involverte behandleren at han har mulighet til å gjøre en forebyggende innsats overfor mange av barna. Likevel er han den behandlertypen som uttrykker mest bekymring for barna. Dette kan forstås ut fra at han som behandlertype kommer tettere på barna og pasientene som foreldre enn de andre behandler typene som velger en mer distansert posisjon. I sin utforskning av det barnefokuserete arbeidet innenfor denne konteksten har han gjort seg noen vesentlige erfaringer. Hans bekymringer er knyttet til de barna som trenger mer hjelp og oppfølging enn det han har tid til å følge opp. Han spør seg om eget arbeid kan bli for overflatisk når han bare har anledning til å tilby barn en samtale, ofte med flere søsken tilstede. Hvordan er det for de barn og foreldrene som har behov for flere samtaler? Han ser at den ene samtalen kan skape forventninger som ikke innfris, og som kan gi barn en opplevelse av å bli sviktet og overlatt til seg selv. Jeg forstår det slik at for denne behandlertypen ville det vært naturlig å tilby flere samtaler innenfor en annen kontekst.

Som behandler framstår han som berørt i møte med de barna det gjelder. En kan si med moralfilosofen Levinas (Levinas, 2008) at appellen i barnas ansikt har vekket et etisk ansvar hos denne behandlertypen. Ved å møte barna ansikt til ansikt, berøres han av deres sårbare og utsatte posisjon og spør om han svikter dem ved ikke å følge opp bedre? Blir hjelpen min for overflatisk? Ifølge Levinas vekker appellen i den andres ansikt et ufravikelig ansvar i oss. Det er i møtet med den andres ansikt at etisk bevissthet fødes. Uten den andres ansikt forsvinner den etiske fordringen som er grunnlaget for den gode handlingen. Sølvsberg (2011) ser de grove unnlattelsessyndene i psykisk helsevern overfor

barn av psykisk lidende foreldre i lys av moralfilosofen Levinas ansiktsetikk. Ved å unnlate å møte barna ansikt til ansikt, forsvinner det etiske kallet. Sølvberg, som i sin bok tar et oppgjør med egen og andres praksis overfor pasientenes barn i voksenpsykiatrien, sier at faglitteraturen og sykehusrutinene bidro til å gjøre dette mulig.

Utfordringen for denne behandlertypen blir at han står i en klemme mellom systemets tenkning og krav om å begrense innsatsen overfor barn som pårørende til et minimum og det kravet som ligger i de etiske fordringene møtet med barna representerer. Også denne behandlertypen tilpasser sin praksis overfor barn som pårørende til akuttssystemets krav og tenkning. Individfokuset blir dominerende. Han påtar seg et ansvar for barn som pårørende innenfor institusjonens rammer og er ”lydig” i forhold til et mandat som tilfredsstiller lovens minimumskrav. Han involverer seg, kommer i dialog med foreldrene, noen ganger med barna, og bekymrer seg for dem som kan behøve mer enn et minimum av innsats fra hans side, uten at han tilbyr mer.

Som behandlertype argumenterer den involverte ikke for utvidelse av eget ansvar, for å gå utover en minimums standard. Det er som han godtar tingenes tilstand. I et perspektiv hvor doxa råder, stilles det ikke spørsmålstegn ved rådende tenking og praksis. De tas for gitt, og appellen i barnets ansikt trer i bakgrunnen. Weimand (2012) viser i sin avhandling om sykepleieres arbeid med pårørende til alvorlig syke personer, at konteksten sykepleierne arbeidet innenfor gjorde det mulig for dem å ”se en annen vei”, til tross for den etiske fordringene som møte med belastede pårørende representerte. Hun spør, med henvisning til Kari Martinsen (2012), om kulturen vi er en del av gjør det mulig for oss å bli tilskuere og ikke ta et ansvar for andres nød?

Utfordreren som behandlertype snakker og tenker annerledes enn de tre andre idealtypene når det gjelder oppfølgingen av barn som pårørende. Dette gir en annen modell for arbeidet med barna. Som behandler er hun tydelig i opposisjon til den tradisjonelt dominerende biomedisinske sykdomsmodellen innenfor voksenpsykiatrien, og uttrykker det eksplisitt. Med utgangspunkt i en systemteoretisk forståelse, definerer hun et faglig ståsted hvor den medisinske kunnskapen gis plass som en støttedisiplin. Innenfor en systemteoretisk forståelse forstås ikke symptomer bare som fenomen i individet (individsystemet), men som uttrykk for det gjensidige samspillet mellom individet som system, og systemer i omgivelsen. Behandlingen retter seg derfor inn mot den helheten av systemer som

pasienten inngår i, og samspillet mellom disse. Ekeland (1981) presenterer systemteoretisk tenkning som en mer fruktbar rammeteori i psykiatrien enn den biomedisinske. Den gjør det mulig å integrere en rekke relevante faktorer og prinsipper for hvordan ulike faktorer spiller sammen og skaper patologi i individet eller i de systemene som individet inngår i. Med et interaksjonistisk og dialektisk tenkesett forstås livsprosesser og utviklingen av psykiske problemer og lidelser i en sirkulær og gjensidig sammenheng, hvor oppmerksomheten rettes mot samspillsprosesser (ibid). Flere retter kritikk mot den dominansen den medisinske tenkningen har i psykiatrifeltet (Aarre, 2010; Karlsson, 2008; Ørstavik, 2008) og peker på dens sterke individfokus, økende medikalisering og manglende interesse for kontekstuelle forhold, for pasientens vanlige livsverden, ønsker og behov.

Arbeidet med barn som pårørende defineres av utfordreren som behandlingstype som en naturlig del av det systemfokuserende behandlingsarbeidet. Det teoretiske perspektivet sier at det finnes en sammenheng mellom det som skjer med foreldrene og det som skjer med barna og systemene rundt. Endring i ett system vil føre til endringer i tilstøtende system, og påvirkningen går begge veier. Måten barn utvikler seg og mestrer vil virke inn på foreldrenes psykiske helse (Maccoby, 2000). En omfattende litteraturstudie av internasjonal forskning om foreldrefungering (Berg-Nielsen et al., 2002), der både barn og foreldre sliter med psykiske problemer, viser at det ikke er mulig å vite hvor vanskene starter eller hvem som opprettholder vanskene for hvem. Det blir forklart med den tette og gjensidige foreldre – barn – relasjonen og kompliserte og gjensidige samspillsprosesser. Dette er tenkemåter vi finner innefor familierapeutisk tenkning (Johnsen & Torsteinsson, 2012; Boscolo et al., 1991) og nyere utviklingspsykologi (Stern, 1997).

Som behandlertype ser utfordreren det som uhensiktmessig at oppgaven med å ivareta barn som pårørende delegeres til egne barneansvarlige, fordi det vil få uheldig konsekvenser for behandlingsarbeidet som blir oppsplittet og mindre effektiv. Hun mener også at funksjonen som barneansvarlig bør tillegges profesjoner og personer høyt i makthierarkiet for å unngå at arbeidet blir en salderingspost, og poengterer dermed at faren for marginalisering krever en motmakt. I et maktperspektiv kan en si at denne behandlertypens faglige forståelse representerer en type motmakt til den individorienterte tenkningen som dominerer den medisinske modellen, men også de psykologiske modellene, ifølge Madsen (2010, s.158). Madsen viser til en utvikling, både nasjonalt og internasjonalt, hvor psykologprofesjonen

er i ferd med å reduseres til en individrettet helseprofesjon, mens mer systemiske perspektiver utelates.

Denne behandlertypens kritikk mot individperspektivet fokuserer på systemsamarbeidets viktighet for å kunne ivareta barn som pårørende på en god nok måte. Oppfølgingen av barna skjer gjennom et indirekte arbeid ved å samarbeide med personene og instansene som er tette på barna, som for eksempel nære omsorgspersoner, barnehage, barnevern og BUP. Det er disse som vurderes å ha best mulighet for å ivareta barna, også på sikt. Som behandlertype tilbyr hun ikke det enkelte barn samtaler, men bistår andre instanser gjennom et samarbeid. Det argumenteres for en praksis hvor psykiatere og psykologer deltar på tverrfaglige samarbeidsmøter rundt barna, i den hensikt å utvikle felles og helhetlig forståelse for barnas situasjon og for hvordan den enkelte instans best kan bistå barnet og familien. Ikke minst er barnets sikkerhet i fokus innenfor denne behandlingskonteksten. Selv om barnevern og BUP er tungt inne, kan de mangle kunnskap om forelderens problemer og konsekvensene disse kan få for foreldrefungering og ivaretagelse av barna, ifølge denne behandlertypen. Med utgangspunkt i et grundig utredningsarbeid ser hun det som sitt ansvar å bidra med en nødvendig kunnskap til samarbeidende instanser, og som kan være med å bidra til at barna, familien og pasienten får en så god hjelp og oppfølging som mulig.

Denne arbeidsformen ivaretar det Stanley et al. (2003) beskriver som ett ”dual focus” som anerkjenner pasienters doble identitet og behov: - som en person som strever med alvorlige psykiske problemer og som en forelder som har et ansvar for å ivareta barnas behov og sikkerhet. Denne interprofesjonelle kommunikasjonen og samarbeidet på tvers av tjenester for barn og foreldre sees som fundamental og nødvendig for å sikre familier gode og effektive tjenester, spesielt når det gjelder risikovurderinger hvor mange hjelpere er involvert og hvor informasjon og tiltak må samordnes. Ved høynet risiko, enten for barnet eller den voksne, mener Stanley (2003) at tjenestene har en tendens til å konsentrere seg om sin primærpatient og dermed miste taket i det doble fokuset; mødre og barnet.

Som den eneste av de fire behandlertypene omtaler utfordreren det barnefokuserede arbeidet som et prosessarbeid som tar tid, hvor gode dialoger, timing og alliansebygging både med pasienten, familien og aktuelle instanser rundt barna sees som nødvendig for å ivareta en helhetstenkning og for å få alle til å trekke i samme retning. Utfordrerens praksismodell

legger derfor tilrette for et tverrfaglig samarbeid med foreldrene, pasientens behandlere i og utenfor sykehuset, og instanser som har primæransvar for barna, omtalt som det ”totale behandlingssystemet”. Hennes praksismodell utnytter derfor både den enkeltes og hjelpeapparatet samlede kompetanse i et tverrfaglig teamarbeid. Arbeidet foregår over tid, og kan beskrives som prosessorientert hvor dialogene mellom systemene og brobygging og nettverksarbeid over til neste instans blir prioritert, noe som kan hindre at både pasienten og barn som pårørende glipper ved utskrivelsen. Nødvendigheten av å få til gode dialogprosesser med foreldre for å få dem med på laget, støttes også av forskningslitteratur og kunnskap fra praksis (Moran et al., 2004; Pihkala & Johansson, 2008; Hansen, 2012). Det finnes også omfattende støtte i litteratur for viktigheten av tverrfaglig samarbeid for å hjelpe barn og familier med sammensatte behov (Lauvås & Lauvås, 2004; Larsen, 2006; Kinge, 2012). I et tverrfaglig teamarbeid vektlegges felles oppgaveforståelse hvor alles bidrag og ansvar likestilles, inkludert foreldrenes. Uten dette kan man risikere konflikter som overskygger samarbeidets mål. I et finsk nasjonalt forebyggingsprogram, The Effective Family Programme (Solantaus & Toikka, 2006), utviklet for å støtte familier og barn av psykisk syke, inngår familie- og nettverksmøter som et vesentlig tiltak for å sikre at barna og familiene som behøver sammensatte og koordinert tjenester fra hjelpeapparatet for voksen og barn, får det.

5.2 Det vanskelige oppfølgingsarbeidet i praksis

Alle behandlerne fortalte om saker de synes var spesielt vanskelige og krevende og hvor de var bekymret for ivaretagelsen av barna og for hvordan barna og familien ble fulgt opp. Tradisjonsbæreren var spesielt bekymret i de sakene han kalte «gråsonesaker» som beskrives som saker hvor han i samarbeid med barneansvarlig mente at det beste for barna og familien var at de fikk hjelp av barnevernet, men hvor familien ikke ønsket en slik kontakt og saken ikke var så alvorlig at meldeplikten inntrådte. Den involverte og den tilpassede behandlerens erfaringer var at de aller fleste foreldre var villig til å samarbeide med hjelpeapparatet om sine barn, dersom behandler bruker tid og presenterer hjelpetilbudet og hensikten med det. Deres bekymring var knyttet til foreldre som hadde problemer med å relatere seg til sine barn, og som forsøkte å skjule belastningen barna ble utsatt for. Flere av deres kasusbeskrivelser handlet nettopp om det de kalte et vanskelig samarbeid. De erfarte mødrenes sårbarhet som mødre, deres engstelse for ikke å bli oppfattet som gode nok mødre og for å miste omsorgen. Psykisk syke mødres ambivalens

og opplevelse av å være mislykkede mødre og samtidig ønske anerkjennelse for rollen som mamma er, som vist i kapittel 2, noe også forskningslitteraturen peker på som spesielt utfordrene (Halsa, 2008; Blegen et al., 2012; Tjoflåt & Ramvi, 2013). Utfordringene behandlerne snakket om var at det tar tid å bli kjent med mødrenes egen bekymring og forstå ambivalensen. Mange av de «vanskelige sakene» handlet nettopp om at når de mente de hadde etablert en relasjon med en ambivalent mamma, og fått etablert et grunnlag for et samarbeid rundt barna, så kunne det glippe fordi mødrene ble utskrevet eller skulle over til annen behandler.

På side 64 har jeg beskrevet et kasus som anskueliggjør hvordan sårbare og ambivalente foreldre lukker seg, og at overgangen mellom tjenester er faser med stor usikkerhet og engstelse som gjør at foreldrene trekker seg. Det er den tilpassede behandler typen som forteller om denne historien, men flere av de andre behandlerne fortalte lignende historier. Jeg vil derfor ta utgangspunkt i denne for å vise hvor krevende og vanskelig de opplevde dette arbeidet.

Kasuset handler om en ung mor som blir akutt innlagt for annen gang etter fødsel. Barnet er fire måneder og faren ønsker ikke hjelp. Bekymringen er stor både for mors psykiske helse og for mor - barn – relasjonen. Moren framstår som svært engstelig og ambivalent i møte med hjelpeapparatet. Det legges opp til tett kontakt med mor under innleggelsen for å motivere og bygge en allianse rundt behandlingen og tiltak som kan ivareta tilknytningen mellom mor og barn etter utskrivelse. Behandler, som har et dobbelt fokus både på mor som pasient og i morsrollen hvor hun behøver hjelp for å ivareta omsorgen for barnet, lykkes etter hvert til å få mor med på en henvisning til et spedbarnsteam. Mor uttrykker en manglende tro på seg selv som mor og viser dyp fortvilelse fordi hun ikke kan ivareta barnet sitt på den måten hun ønsker. Da moren overføres til annen seksjon og etter hvert utskrives, avviser både hun og far videre hjelp og beskrives som bagatelliserende. Det ble ikke mulig å oppnå den frivilligheten behandleren hadde håpet på, i stedet blir det sendt en bekymringsmelding til barnevernet på tross av sterke protester fra foreldrene.

Min vurdering er at det er behandleren som tillitsperson som gjorde det mulig for mor å åpne seg og vise fram sin store fortvilelse som mor. Det var i denne relasjonen at alliansen og håpet om hjelp for seg og barnet lå. Det ble uført et grunnarbeid, men det glipper fordi det ikke er tid til å fullføre prosessen med fokus på moren og barnets behov. Tiden man har

til relasjonsbygging er kort. Effektivitet og produksjonskrav krever utskrivelse og gjør det ikke mulig for behandler å engasjere seg videre i moren og hennes barn. Utskrivelsen gjør det nødvendig å konkludere raskt og sørge for at barnevernet overtar ansvaret. Som Hummelvoll (2003, s. 60) viser til, finnes det en handlingstvang innefor akutt, hvor behandlingseffektivitet forstått som pasientsirkulasjon, synes å stimulere en medisinsk modelltenkning i praksis. Mor er en syk pasient som er ferdigbehandlet. Barnet er barnevernets ansvar.

Stanley et al (2003) beskriver i sin studie hvordan mødrenes problemene eskalerer og ender i kriser, tvangsinnleggelse og omsorgsovertakelser, dersom de ikke har tillit til hjelpere, og tørr å åpne opp for bekymringer og behov knyttet til egen og barnas helse. Dette fører igjen til belastninger og traumatisering av barna, økende mistillit mellom mødre og hjelpere, og en forverring av mødrenes psykiske helse. Det utvikler seg vonde sirkler som virker uopprettelige og fastlåste. Som beskrevet i kapittel 2, argumenterer forskerne for viktigheten av at voksenpsykiatrien ikke trekker seg ut men følger opp mødrene parallelt med barnevernet, og sørger for at mødrene får den emosjonelle støtten de behøver. Som nevnt flere ganger argumenterer forskerne i studien med at mødrenes doble identitet, som psykisk syk og mor, krever et dobbelt fokus. Medvandring og brobygging fra voksenpsykiatrien side over til neste instans blir derfor for mange foreldre og familier helt essensielt. Tilliten og relasjonen til behandler er det som kan gjøre det mulig å komme til med hjelp til barna.

Dersom behandler hadde fulgt med som trygg medvandrer og alliert over til neste tjeneste, ville mulighetene vært tilstede for at mor hadde tatt imot hjelp for seg og barnet.

Meldingen til barnevernet kan bli starten på en vanskelig og nedbrytende prosess for mor og familien, slik det beskrives i studien til Stanley et al (2003). Spesielt vil det være tilfelle dersom morens avvisning av hjelp sees som manglende innsikt i egen og barnets situasjon, og ikke som uttrykk for økende angst og ambivalens i møte med nye hjelpere og ukjente tjenester. I en slik holdning vil det ligge en truende objektivisering av moren som ikke vil oppleve seg møtt og anerkjent som den personen hun er. Dette vil forsterke behovet for å holde avstand og skjule sin egen tilkortkomning og behov for hjelp, slik forskningen viser (Halsa, 2008; Stanley et al., 2003; Blegen et al., 2013). Henvisningen blir en skremmende bekreftelse av henne som en dårlig mor. Eksemplet understreker viktigheten av å komme riktig ut fra starten av i samarbeidet med psykisk syke mødre, og legge til rette for en åpen

og positiv dialog. Det handler om å hindre stigmatiseringsprosesser og støtte de forandrings- og utviklingsprosessen som psykiske syke gjennomgår, og som kan styrke både foreldrefungeringen og deres personlige tilfriskningsprosesser, slik Tjoflåt & Ramvi (2013) viser til i sin studie i kapittel 2.

Forutsetningen for å lykkes med et oppfølgings- og overføringsarbeid er først og fremst en tillitsfull relasjon til foreldrene. En må på forhånd ha utført det jeg vil beskrive som et grunnarbeid som sikrer at foreldrene er klare til å bli sendt videre som foreldre i behandlingsskjeden – ikke bare som pasienter. Mødrenes historier slik det blir beskrevet i kapittel 2 (Halsa, 2008; Blegen et al., 2013; Tjoflåt & Ramvi 2013), utfordrer den medisinske forståelse og gir en pekepinn på hva et slikt grunnarbeid bør inneholde for at mødre skal bli med på lag. Det handler om å se mødre som subjekter og aktører i eget liv, og anerkjenne den erfaringsbaserte kunnskapen de besitter som utgangspunkt for hjelp. Mødre ønsker å bli sett og anerkjent som mødre som verdsetter rollen som mor høyt, ikke bare som pasienter som behøver hjelp for sin sykdom. Hjelpen må ha et dobbelt fokus med utgangspunkt i mødrenes doble identitet. De må både ha hjelp som mødre som har ansvar for å ivareta barnas behov og sikkerhet, og hjelp til å få kontroll over sin psykiske lidelse. Hjelpere må forstå barnas betydning i mødrenes liv og at de ikke bare er omsorgsbyrde. Relasjonen til barna gir mødre håp, mot og vilje til å kjempe mot sykdommen og for å være tilstede i omsorgen for sine barn. Ifølge denne forskningen vil det å møte de eksistensielle behovene til kvinnene som mødre, sees som viktig for deres egen bedring og tilfriskning, men også viktig for å fremme barnas mentale helse og velferd.

Kapittel 6 Avslutning

I denne studien har jeg drøftet hvordan behandlere i voksenpsykiatriske spesialistinstitusjoner ivaretar pasientens barn. Pasientene som er innlagt her er alvorlig psykisk syke og foreldrenes lidelse har med stor sannsynlighet konsekvenser for barna. Jeg har intervjuet 9 behandlere hvorav 5 var leger og 4 var utdannet som psykologer. Alle behandlerne argumenterte for at barn til alvorlig psykisk syke pasienter kan ha behov for oppfølging og støtte, og at spesialisthelsetjenesten har et ansvar for å undersøke hvordan barna har det og følge opp barna dersom de har behov for det.

Behandlernes syn på egen rolle og ansvar for å følge opp barna varierte imidlertid. Ved alvorlig bekymring som krevde melding til barnevernet, var alle behandlerne på banen og mente at de hadde et ansvar for at melding ble skrevet og sendt. Utover det viser mitt materiale at det var store variasjoner i hvor involvert den enkelte behandler var i arbeidet med pasientens barn. Gjennom analysen identifiserte jeg to bakenforliggende faktorer som jeg mente hadde innvirkning på hvordan den enkelte behandler tenkte og handlet for at barna til pasienten skulle bli fulgt opp. Behandlernes faglige forståelse og kunnskapssyn hadde innvirkning på hvordan de tenkte om egen rolle. Jeg fant 3 ulike faglige forståelser blant mine informanter: en biomedisinsk modell, en tradisjonell kontekstuell psykologisk modell og en systemteoretisk modell.

Behandlere som jobbet etter en biomedisinsk individorientert sykdomsmodell argumenterte for at oppfølging av pasientenes barn i hovedsak burde overlates til barneansvarlige i samarbeid med miljøpersonell. Faglig begrunnelsen for en slik praksis var for det første at frykten for at ivaretagelsen av barn som pårørende kunne forstyrre eller føre til brudd i behandlingsalliansen og for det andre at det var viktig at pasientene følte at behandlernes lojalitet lå hos dem. Behandlere som jobbet etter en kontekstuell forståelsesmodell mente at det var viktig å ha fokus på familien og ønsket å ha et helhetlig ansvar for sine pasienter og oppfølging av barnas situasjon. Behandlerne som jobbet etter den systemteoretiske modell hevdet på sin side at dersom man som behandler skulle ha et helhetlig ansvar for familien, så krevde det et eksplisitt systemteoretisk perspektiv. I et systemteoretisk perspektiv er enheten for behandling systemer og subsystemer, og hensikten med

behandling er å få systemet til å fungere bedre. Derved blir barn og ektefelle en naturlig del av behandlingen og ikke en ekstraoppgave som kommer i tillegg til vanlig pasientarbeid. Den andre bakenforliggende faktoren som fikk stor betydning for hvordan behandlerne fulgte opp pasientenes barn, var behandlingskonteksten. Sju av behandlerne jeg intervjuet jobbet i akuttpsykiatriske seksjoner, mens to arbeidet i en lukket langtidsavdeling for pasienter med kompliserte og sammensatte tilstander. Hummelvoll (2003) beskriver hvordan akuttpsykiatrien er underlagt en handlingstvang hvor behandlingseffektivitet og brannslukning dominerer og er forhold som fremmer en medisinsk modelltenkning i praksis. I analysen har jeg koblet behandlernes faglig forståelse til det som kan kalles systemkrav, og på den måten konstruert fire idealtypiske roller for hvordan behandlerne tenker og handler i forhold til pasientens barn. Tradisjonsbæreren jobber i lukket akuttseksjon og har en tydelig biomedisinsk forståelse. Den tilpassede behandler jobber i samme seksjon og har en psykologisk forståelsesmodell som vektlegger familie og systemtenkning. Den involverte behandler har også en psykologisk forståelsesmodell, men jobber i en åpen akuttseksjon hvor pasientene ofte er innlagt over noe lengre tid, og er mer psykisk tilgjengelige enn i lukket akutt. Den siste behandleren har jeg kalt utfordrer. Denne behandleren kritiserer eksplisitt den biologisk medisinske sykdomsmodellen og bygger sin praksis på en systemteoretisk forståelse. Siden denne behandleren jobber i en langtidsavdeling hvor pasientene kan være innlagt opp til et halvt år, gir konteksten rom for å jobbe med prosesser over tid.

I kapittel 4 hvor jeg presenterer resultatene har jeg lagt vekt på å få fram hva som er likheter og forskjeller mellom hvordan disse behandlerne tenker, handler og følger opp pasientenes barn. I dette kapitlet trer nyanser og forskjeller i tenkningen deres tydelig fram. Til tross for faglig ulikheter har jeg i diskusjonsdelen pekt på at systemtvangen i akuttpsykiatrien gjør at tradisjonsbæreren, den tilpassede og involverte behandleren gjør det som loven pålegger dem, og de beskriver en arbeidssituasjon som gir minimale muligheter for å sikre at de barna som trenger videre oppfølging får det. Jeg har argumentert for at dette skyldes at det naturvitenskapelige paradigmet dominerer konteksten de jobber innenfor, og at andre faglige retninger marginaliseres når systemtvangen er så sterk. Derfor ender alle disse tre behandlingstypene i realiteten opp med en individfokuset praksis, hvor pasientene forblir pasienter og ikke foreldre til mindreårige barn. Barn blir i hovedsak sett på som en omsorgsbyrde.

Gjennom arbeidet med å skrive denne masteroppgaven har det blitt veldig tydelig for meg hvor sterkt og dominerende den medisinske logikk er, og hvilken handlingstvang den gir til de som jobber innenfor et slikt system. Selv om behandlerne kommer i posisjon til å hjelpe barn og foreldre og får bygget opp en god relasjon til sårbare mødre, glipper arbeidet når ambivalente mødre overføres til nye behandlere eller til tjenester i kommunen, slik jeg viser i kausdrøftingen i avsnittet ovenfor. I teorikapittelet viste jeg til fenomenologisk og sosiologisk forskning om psykisk syke mødres subjektive opplevelse av å være psykisk syk og samtidig foreldre. Denne forskningen peker på at det ikke er mulig å skille mellom det å være kvinne og mamma, og at omsorg for barn er en fundamental del av det å være kvinne og menneske (Halsa, 2008; Stanley et al., 2003; Blegen, Hummelvoll & Severinsson, 2012; Tjoflåt & Ramvi, 2013). I denne forskning kommer det tydelig fram at psykisk syke mødre har behov for å bli anerkjent som mødre, og at psykisk sykdom ikke kan skilles ut som et eget anliggende for voksenpsykiatrien. Det å møte de eksistensielle behovene til kvinnene som mødre, sees som viktig for mødrenes egen bedrings- og tilfriskningprosess, men også viktig for å fremme barnas mentale helse og velferd.

Psykisk syke mødres subjektive erfaringer som kommer fram i denne forskningen utfordrer etter mitt syn den dominerende medisinske logikk. Når behandlere overlater familiararbeidet til barnansvarlige betyr det etter min mening at de ikke ser eller anerkjenner mødrenes doble og sammenvevde identitet som kvinne og mor. Ved kun å forholde seg til mødrene som psykisk syke, får de ikke utnyttet det potensialet for tilfriskning som ligger i det å bekrefte og støtte henne som mor og omsorgsperson. I en kontekst hvor den medisinske logikk dominerer så sterkt og er koblet sammen med rasjonale om produktivitet og gjennomstrømming av pasienter ligger det sterke begrensninger i hvordan det er mulig å følge opp pasientenes barn.

Hensikten med denne masteroppgaven har vært å utforske og forstå behandlerens rolle i barnefokuset arbeid. Avslutningsvis er det rimelig å stille spørsmålet om funnene denne oppgaven presenterer er overførbar og gjelder også andre psykiatriske spesialistinstusjoner. Funnene kan selvsagt ikke statistisk generaliseres, men jeg vil argumentere for at sannsynligheten er stor for at andre forskere ville funnet omtrent det samme, spesielt dersom de studerer det akuttpsykiatriske feltet. Som vist flere steder i oppgaven domineres denne delen av psykiatrien av en biomedisinsk forståelse og produksjonskravene er de samme. Den institusjonen jeg har studert har vært regnet som en

foregangsinstitusjon i forhold til å utvikle rutiner for å ivareta pasientenes barn, noe som kan indikere at bevisstheten og rutinene for å ivareta pasientenes barn er sterkere her enn i mange andre psykiatriske akuttinstitusjoner. Videre har jeg søkt å underbygge mine funn med nasjonal og internasjonal forskning. At denne forskningen viser til mye av de samme utfordringene og barrierene mener jeg underbygger mine funn. Når det gjelder kunnskapsmessig overføringsverdi, er det på sin plass å peke på det som i denne oppgaven framstår som «unntaket», dvs den behandlingstypen jeg benevnte som utfordrerens. Jeg har ikke grunnlag for å vurdere om barna og familiene faktisk fikk bedre hjelp av denne behandlertypen. Jeg tror, men vet ikke sikkert om behandlertypen representerer «et avvik» i spesialisthelsetjenesten for psykisk helsevern.

Mitt forskningsbidrag har ikke som mål å gi handlingsdirektiver for hvordan praksis kan endres for at familie og barn kan få bedre oppfølging. Mitt håp er imidlertid at mine funn kan skape refleksjoner i praksisfeltet og at oppgaven har bidratt til å løfte fram noen sentrale problemstillinger og dilemmaer som kan bidra til større bevissthet rundt at strukturer, produksjonskrav og faglig hegemoni har betydning for hva som er mulig å få til. Disse forhold hemmer prosessarbeid, tverrfaglig og tverretatlig samarbeid, kunnskapsdeling mellom tjenester og muligheten for å gjøre et godt grunnarbeid med ambivalente foreldre. Etter min vurdering har feltet noe å lære av utfordrerens argumentasjon.

Litteraturliste

- Ahlgreen, B. (1998). *Jeg var bange for selv at blive psykisk syg*. Prosjekt Unge Pårørende. SIND's Pårørende rådgivning Århus Amt. Avsluttende evalueringsrapport. Århus: Center for evaluering i Århus Amt.
- Almvik, A. & Ytterhus, B. (2004). *Ualminnelig alminnelighet - barn og unges hverdagsliv når mor har psykiske vansker* (Rapportserie for sosialt arbeid og helsevitenskap, 50). Trondheim: NTNU, Institutt for sosialt arbeid og helsevitenskap.
- Artaraz, K., Thurston, M., & Davies, S. (2007). Understanding family support provision within the context of prevention: a critical analysis of local voluntary sector project. *Child and Family Social Work, 12*(4), 306-315.
- Beardslee, W. R., Bemporad, J., Keller, M.B., & Klerman, G.L. (1983). Children of parents with major affective disorders: a review. *American Journal of Psychiatry, 140* (7), 825-832.
- Beardslee, W. R., Versage EM, Wright EJ, Salt P, Rothberg PC, Drezner K, & Gladstone T.R.G. (1997). Examination of preventive interventions for families with depression: Evidence of Change. *Development and Psychopathology, 9*, 109-30.
- Beardslee, W. R., Versage, E.M., & Gladstone, T.R.G. (1998). Children of affectively ill parents: a review of the past 10 years. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 37*, 1134-1141.
- Benneche, C., & Benneche, I. (2012). *Samspillsdynamikk i døgnavdelinger – en empirisk studie av sosialt forsvar hos sykehusansatte*. Hovedoppgave ved Psykologisk institutt. Universitetet i Oslo.
- Berg-Nielsen, T.S. (2003). Barn av foreldre med psykiske problemer – moderne arvesynd? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 40*, 1037-1038.
- Berg-Nielsen, T.S., Vikan, A. & Dahl, A. (2002). Parenting related to child and parental psychopathology. *Clinical child Psychology and Psychiatry, 7*, 529-552.
- Blegen, N.E., Hummelvoll, J.K., & Severinsson, E. (2010). Mothers with mental health problems: a systematic review. *Nursing & Health Sciences, 12* (4), 519-528. doi:10.1111/j.1442-2018.2010.00550.x
- Blegen, N.E., Hummelvoll, J.K., & Severinsson, E. (2012). Experiences of motherhood when suffering from mental illness: A hermeneutic study. *International Journal of Mental Health Nursing, 21*(5), 419-427. doi:10.1111/j.1447-0349.2010.00813.x
- Boscolo, L., Checchin, G., Hoffmann, L. & Penn, P. (1991). *Systemisk familierapi - Milano metoden: Samtaler om teori og praksis*. København: Hans Reitzels Forlag.
- Cleaver, H., Unell, I. & Aldgate, J. (1999). *Children`s Needs – Parenting Capacity: The impact of parental mental illness, problem, problem alcoholic and drugs use, and domestic violence and children`s development*. London: The Stationary Office.

- Danielsen, A., & Hansen, M. N. (1999). Makt i Pierre Bourdieus sosiologi. I: F. Engelstad (Red.), *Om Makt: Teori og kritikk* (s. 43-78). Oslo: Ad notam Gyldendal.
- Ekeland, T-J. (1981). Begrepsmodeller i psykiatrien – fra biomedisin til systemteori. *Nordisk Psykologi*, 33(1), 26-47.
- Ekeland, T-J. (1999). Evidensbasert behandling: kvalitetssikring eller instrumentalistisk mistak. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 36,1036-1047.
- Ekeland, T.(2001). Evidensbaserte illusjonar? *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 38, 441-445.
- Fjone, H.H., Ytterhus, B. & Almvik, A. (2009). How Children with Parents Suffering from Mental Health Distress Search for "Normality and Avoid Stigma: To be or not to be...is not the question, *Childhood*, 16,461-477.
- Frønes, I. (2010). Kunnskapssamfunn, sosialisering og sårbarhet: Om utvikling og barnevern under kunnskapssamfunnets betingelser. I: E. Befring, I. Frønes & M.A. Sørli (Red.), *Sårbare barn og unge: Nye perspektiver og tilnærminger* (s. 31-46). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Fuge, E. & Mason, P. (2004). Consulting with young people about service guidelines relating to parental mental illness. *Advances of Mental Health*, 3(2), 50-58.
- Gilje, N., & Grimen, H. (1995). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger* (2. utg). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gladstone, B. M. (2010). "All in the same boat": An analysis of a support group for children of parents with mental illness. A thesis submitted in conformity with requirement for the degree of Doctor of Philosophy. University of Toronto, Canada.
- Glasdam, S. (2002). Kræftpasienters pårørende i den onkologiske klinikk. I: B. S. Brinchman (Red.), *Bære hverandres byrder: Pårørende i sykepleien*. (s. 31-47). Bergen: Fagbokforlaget.
- Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet....har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke og deres barn*. Oslo. Pedagogisk Forum
- Granath, K. (1996). "...det var så mycket jag inte förstod" - en intervjuundersøkning med barn til psykisk sjuka foreldrar. Stockholm: Sköndalsinstitutet.
- 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 om barna deres*. Masteroppgave i profesjonsetikk. Det teologiske fakultet. Universitetet i Oslo.
- Grønmo, S. (2004). *Samfunnsvitenskapelige metoder*. Bergen: Fagbokforlaget.

- Grøsfjeld, M.-B. (2004). Pasientens barn – psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper. *Tidsskrift for Norsk psykologforening*, 200(4), 900-906.
- Halsa, A. (2008). *"Mamma med nerver". En studie av moderskap og barneomsorg i velferdsstaten, når mor har psykiske helseplager*. Dr. polit. avhandling. Institutt for sosiologi og statsvitenskap, Fakultetet for samfunnsvitenskap og teknologiledelse. NTNU, Trondheim.
- Hansen, F. A. (2012). *"Familieorientert rusmiddelbehandling: Hvordan inkludere familien i behandling: Hvordan kartlegge og vurdere barnas situasjon og hjelpebehov"*. Skien: Borgestadklinikken.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J.A. (2006). *Perspektiver på psykisk lidelse, - å forstå, beskrive og behandle*. Oslo: Gyldendals Norske Forlag.
- Helsedirektoratet (2010). *Barn som pårørende* (Rundskriv IS-5/2010). Oslo: Direktoratet.
- Helsedirektoratet og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet (2007). *De usynlige barna. Barna av psykisk syke og rusmiddelavhengige foreldre*. Publikasjon i forbindelse med Oppstartkonferansen 14.11.2007.
- Hummelvoll, J.K. (2003). *Kunnskapsdannelse i praksis. Handlingsorientert forskningssamarbeid i akuttpsykiatrien*. Oslo: Universitetslaget.
- Johnsen, A., & Torsteinsson, V.W. (2012). *Lærebok i familierapi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Jørgensen, B. & Slørdahl, M. (2007). *"Mellom idealer og realiteter". Helhetlig hjelp til barnefamilier med foreldre med psykiske problemer*. Et samarbeidsprosjekt mellom barne- og ungdomspsykiatri og voksenpsykiatri ved Lovisenberg Diakonale Sykehus. Regionsenter for barn og unges psykiske helse. Helseregion ØST og SØR.
- Karevold, E., Røysamb, E., Ystrøm, E., & Mathisen, K.S.(2009). Predictors and pathways from infancy to symptoms of anxiety and depression in early adolescence. *Developmental Psychology*, 45 (4)1051-1060.
- Karlsson, B. (2011). *"Forebyggende familieteam" – 2008 – 2011. "Forsøk med Familieambulatoriet i Vestre Viken HF ": en forskningsbasert evaluering*. (Forskningsrapport 5/2012). Drammen: IFPR, Institutt for forskning innen psykisk helsevern og rus, Fakultetet for helsevitenskap, Høgskolen i Buskerud.
- Karlsson, B. (2008). Psykisk helse i spennet mellom krav til produksjon og levd liv – et vitenskapelig essay. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 153-162.
- Killén, K. & Olofsson, M. (2003). *Det sårbare barnet: Barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Kinge, E. (2012). *Tverretattlig samarbeid omkring barn. En kilde til styrke og håp?* Oslo: Gyldendal Akademisk.

- Kufås, E. (2005). *Det er tausheten som tynger: En kvalitativ studie av hvordan barns liv kan påvirkes av foreldrenes psykiske lidelse*. (HiO-hovedfagsrapport nr. 4/2006). Høgskolen i Oslo, Oslo.
- 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?* Prosjektrapport. Blakstad sykehus/Redd Barna Norge.
- Kufås, E., Lund, K., & Myrvoll, L. R. (2011). Foreldre med psykiske problemer: Om å styrke muligheter for vekst og redusere belastninger for barn og ungdom. I: A. J. W. Andersen, & B. E. Karlsson (Red.) *Variasjon og dialog. Perspektiver på psykisk helsearbeid* (s.98-109). Oslo: Universitetsforlaget
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Larsen, E. (2006). Samarbeid rundt utsatte barn på tvers av fag og etater. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*. Vol. 43.nr.3
- Lauvås, K. & Lauvås, P. (2004). *Tverrfaglig samarbeid: Perspektiver og strategi*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Levinas, E. (2008). *Den annens humanisme*. Oslo: De norske bokklubbene AS.
- Lov om helsepersonell av 2.juli 1999, nr. 64 kapittel 2. (Helsepersonelloven).
- Lov om spesialisthelsetjenesten av 2.juli 1999, nr 61. (Spesialisthelsetjenesteloven).
- Lund, K., Utvik, A., Myrvoll, L.R., Kufås, E. & Ugland, K. (2011). "Du er ikke den eneste". *Håndbok for grupper for barn med foreldre som sliter med psykiske problemer eller rus*. Bærum kommune, Vestre Viken HF og Asker kommune.
- Maccoby, E.E. (2000). Parenting and its Effects on Children: On Reading and Misreading Behavior Genetics. *Annual Reviews Psychology*, 50:1-27.
- Madsen, O. J. (2010). *Den terapeutiske kultur*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Major, E., Dalgard, O.S., Mathisen, K., S., Nord, E., Ose, S., Rognerud, M. & Aarø, L. F. (2011). *Bedre føre var.... Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger* (Rapport 2011:1). Oslo: Folkehelseinstituttet..
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: En innføring* (3.utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K., (2012). Systematic text condensation: A strategy for qualitative analysis. *Scandinavian Journal of Public Health*, 2012; 40:795-805.
DOI:10.1177/1403494812465030
- Martinsen, K. (2012). *Løgstrup og sykepleien*. Oslo: Akribe.

- 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*, 16, 784-791.
- Mevik, K., & Trymbo, B.E. (2002). *Når foreldre er psykisk syke*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Moran, P., Ghatee, D. & van der Merwe, A. (2004). *What Works in Parenting Support? A review of the International Evidence* (Research Report. No 574. London: Department of education and skills.
- Mordoch, E. (2010). How Children Understand Parental Mental Illness: “You don’t get life insurance. What’s life insurance?” *J Can Acad Child Adolesc Psychiatry*, 19(1), 19-25.
- Mrazek, P.J. & Haggerty, R.J. (Red.) (1994). *Reducing Risk for Mental Disorders: Frontiers for Preventive Intervention Research*. Washington D.C.: National Academy Press.
- NOU 2005:3. *Fra stykkevis til helt*. En sammenhengende helsetjeneste. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- NOU 2009:2. *Det du gjør, gjør det helt*. Oslo: Barne-, likestillings- og inkluderingsdepartementet.
- Norvoll, R. (2013). Samfunnsvitenskapelige perspektiver på psykiske lidelser. I: R. Norvoll (Red.). *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon* (s.33-60). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Ot.prp. nr. 84 (2008-2009). Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m. (oppfølging av born som pårørende).
- Pihkala, H., & Johansson, E.E. (2008). Longing and fearing for dialogue with children – Depressed parents` way into Beardslee`s preventive family intervention. *Nord J Psychiatry*, 62(5), 399-404.
- Ramsdal, H. (2013). Styring og organisering av tjenestene. I: R. Norvoll (Red.), *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon* (s.33-60). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Reupert, A., & Mayberry, D. (2007). Families Affected by Parental Mental Illness: A Multiperspective Account of Issues and Intervention. *American Journal of Orthopsychiatry*, 77(3), 362-369.
- Ruud, T., Gråwe, R. W. & Hatling, T. (2006). *Akuttpsykiatrisk behandling i Norge: Resultater fra et multisenterstudie*. (SINTEF rapport A 310). Trondheim: SINTEF Helse.
- Rutter, M. (1986). Child psychiatry: the interface between clinical and developmental research. *Psychological Medicine*; 16,151-160.

- Rutter, M. & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorder: effect on children. *Psychological Medicine* 14(4), 853-880.
- Rådet for psykisk helse (2001). *En kartlegging av folks holdninger og kunnskap om psykiske lidelser, åpenhet om psykiske lidelser og tilliten til hjelpeapparatet*. Gallupundersøkelse MMI.
- Shapiro, J. (2008). Walking a mile in their patients' shoes: empathy and othering in medical students' education. *Philosophy, Ethics and Humanities in Medicine*, 3,10.
- Skatvedt, A. (2013). Småprat som terapeutiske verktøy. I: R. Norvoll (Red.) *Samfunn og psykiske lidelser: Samfunnsvitenskapelige perspektiver – en introduksjon* (s. 98 - 115). Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Skerfving, A. (2005). *At synliggöra de usynliga barnen: Om barn til psykisk sjuka föräldrar*. Stockholm: Forlagshuset Gothia.
- Skjervheim, H. (1996). *Deltakar og tilskodar og andre essays*. Oslo: Aschehoug.
- Smith, M. (2004). Parental mental health: disruptions to parenting and outcomes for children. *Child and Family Social Work* 2004, 9, 3-11.
- Solantaus, T., & Toikka, S. (2006). The Effective Family Programme: Preventative Services for the Children of Mentally Ill Parents in Finland. *International Journal of Mental Health Promotion*, 8 (3), 37 - 43.
- Solheim, I. J. (1994). *Kvar vart det av barna? Ei studie av behandlerne sitt syn på barn og foreldrerolle*. Hovedoppgave i Sosialt arbeid ved Institutt for sosialt arbeid. NTNU. Sosialt arbeids rapportserie 16.
- Sosial- og helsedepartementet (2000). *Kunnskap om psykisk helse: Kort rapport etter Gallupundersøkelse i oktober 2000*. Hentet fra http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/rapporter_planer/rapporter/2000/kunnskap-om-psykisk-helse.html?id=105574
- Sosial- og helsedirektoratet (2006). *Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*. (Rundskriv IS-5/2006). Oslo: Departementet.
- Stallard, P., Normann, P., Huiline-Dickens, S., & Salter, E., Cribb, J. (2004). The Effects of Parental Mental Illness Upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 9, 39
- Stanley, N., Penhale, B., Riordan, D., Barbour, R.S. & Holden, S. (2003). *Child protection and mental health services: Interprofessional responses to the needs of mothers*. Bristol, UK: Policy Press.
- Stern, D. (1997). *Moderskapskonstellationen: Et helhedsyn på psykoterapi med forældre og små børn*. København: Hans Reitzels Forlag.

- St.meld. nr. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet: Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Sølvberg, H. A. (2011) *Oppvekst med psykisk lidelse hos nære pårørende: Samtalegruppen som frigjørende redskap*. Oslo: Gyldendal Akademiske.
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: En innføring i kvalitativ metode (2.utg.)*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tjøflåt, M., & Ramvi, E. (2013). I am Me! Experiencing Parenting While Dealing With One's Own Bipolar Disorder. *Social Work in Mental Health*, 11, 75-97.
- Torsteinsson, V.W. (2000). Å vite eller ikke vite – eller hvordan vet vi at vi at vi vet? Noen kommentarer til vitenskapsteoriens relevans for klinisk praksis. I: A. Johnsen, R. Sundet, & V.W. Torsteinsson (Red.), *Samspill og selvopplevelse – nye veier i relasjonsorienterte terapier* (s. 198- 313). Oslo: Tano Aschehoug.
- Torvik, F.A. & Rognmo, K. (2011). *Barna av foreldre med psykiske lidelser og alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser* (Rapport 2011: 4). Oslo: Nasjonalt Folkehelseinstitutt.
- Wadel, C. (1991). *Feltarbeid i egen kultur*. Flekkefjord: SEEK.
- Weimand, B.M. (2012). *Experiences and Nursing Support of Relatives of Persons with Severe Mental Illness*. Faculty of Social and Life Sciences, Nursing. Disertation, Karlstad University Studies 2012:17.
- Weissman, M.M., Wickramaratne, P., Noruma, Y., Warner, V., Pilowsky, D., & Verdelli, H. (2006). Offspring of Depressed parents: 20 years Later. *American Journal of Psychiatry*, 163, 1001-1008.
- Ytterhus, B., & Almvik, A. (1999). Har kommunene et hjelpetilbud til alvorlig psykisk syke foreldre? *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, 119(18), 2667-2669.
- Ørstavik, S. (2008). Tid for endring i kunnskap, makt og kultur. *Tidsskrift for psykisk helsearbeid*, 5(2), 112-119.
- Aamodt, L.G. (2011). *Samhandling mellom barnevern og BUP: Kunnskapsutvikling i praksis*. Oslo: Gyldendal Norske Forlag.
- Aamodt, L. G. & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Oslo: Barne- og familiedepartementet.
- Aarre, T.F. (2010). *Manifest for psykisk helsevern*. Oslo: Universitetsforlaget.

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
Afdeling for helse- og sosialfag
Høgskolen i Lillehammer
Postboks 952
2604 LILLEHAMMER

Vår dato: 16.11.2011

Vår ref: 28443 / 4 / LMR

Deres dato:

Deres ref:

KVITTERING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 14.10.2011. Meldingen gjelder prosjektet:

28443	<i>Forebyggende arbeid med barn og unge når foreldre har psykiske helseplager. Hvordan ivaretar behandlere i voksenpsykiatrien oppfølging av pasientenes barn?</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Astrid Halså</i>
Student	<i>Lisbeth Gudrun Rynning Myrvoll</i>

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

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 15.06.2012, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Vigdis Namtvedt Kvalheim


Linn-Merethe Rød

Kontaktperson: Linn-Merethe Rød tlf: 55 58 89 11

Vedlegg: Prosjektvurdering

Kopi: Lisbeth Gudrun Rynning Myrvoll, Vallerkroken 16, 1344 HASLUM

Avdelingskontorer / District Offices:

OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0316 Oslo. Tel: +47-22 85 52 11. nsd@uio.no

TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47-73 59 19 07. kyrre.svarva@svt.ntnu.no

TROMSØ: NSD, HSL, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. martin-arne.andersen@uit.no



Utvalget består av leger og psykologer med formelt ansvar for pasientbehandlingen innen psykose og sammensatte lidelser, totalt 10 personer. Data samles inn via personlig- og gruppeintervju.

Ombudet anbefaler at prosjektleder i forkant av hvert intervju minner informantene om å ikke uttale seg på en måte som kan identifisere enkeltpasienter.

Førstegangskontakt foretas via ledelsen, som distribuerer forespørsel om deltakelse til aktuelt utvalg. Personvernombudet finner informasjonsskrivet vedlagt meldeskjemaet tilfredsstillende, forutsatt at følgende endringer gjøres:

- Tilføy at opplysningene behandles konfidensielt, og at når oppgaven er ferdigskrevet, vil datafilen med intervjuene slettes og opplysningene anonymiseres.

Prosjektet skal avsluttes 15.06.2012 og innsamlede opplysninger skal da anonymiseres og lydopptak slettes. Anonymisering innebærer at direkte personidentifiserende opplysninger som navn/navneliste slettes, og at indirekte personidentifiserende opplysninger (sammenstilling av bakgrunnsopplysninger som f.eks. navn på sykehus, stilling, alder, kjønn) fjernes eller endres.

Vedlegg 2 – Intervjuguide

Om informantene

- Utdanning/profesjon
- Yrkeserfaring
- Kjønn – alder
- Arbeidsoppgaver/ansvar i avdelingen

Om seksjonen (akutt og SPS)

- Pasienter og problematikk/primæroppgaver
- Varighet på innleggelser
- Yrkesgrupper i avd.
- Arbeidsfordeling – roller
- Seksjonens behandlingstilbud
- Seksjonens faglige tenkning
- Tanker om din seksjon som kontekst for en forebyggende innsats for barn

Tematiseres foreldrerollen i det terapeutiske arbeidet

- Er barna tema i behandlingen, eventuelt på hvilken måte?
- Hva har betydning for om barn blir tema eller ikke?

Om barnearbeidet i seksjonen

- Hva inngår i dette arbeidet?
- Hva er faglig begrunnelsen for dette arbeidet?
- Involvering av den andre forelderen/familie/nettverk?
- Organisering av arbeidet – hvem gjør hva og hvorfor?

- Finnes det en enighet i seksjonen hva dette arbeidet skal inneholde?
- Hvilke fora finnes for diskusjon og refleksjon rundt barnearbeidet?
- Mulighet for kollegastøtte/veiledning – hva – hvordan?
- Samarbeid og overføring mellom seksjoner, mellom seksjon og poliklinikkene.
- Dokumentasjon (journal og epikriser) som arbeidsredskap i arbeidet med barn.
- Bekymring for barna?

Ditt arbeid med barn og familier

- Fortell, med utgangspunkt i en/noen saker, hva du gjør i saker der barn er involvert.
- Faglig tenkning i arbeidet.
- utfordringer, hva er vanskelig?
- Hva er lett/syns du at du får til?

Håndtering av bekymring for barna

- Når er du bekymret?
- Hva gjør du da?
- utfordringer?

De vanskelige sakene

- Hvilke saker er det?
- Hva gjør du da?
- utfordringer.

Samarbeid med andre instanser om barna

- Hvordan hjelper du barna videre til oppfølging?
- Hvem er de første instansene du tenker på når det gjelder samarbeid rundt barna?
- Hvem har du samarbeidet med konkret?
- Hvordan har samarbeidet kommet i stand?
- Eksempler på samarbeidserfaringer, gode – dårlige.
- Erfaring på samarbeid med barnevernet, BUP, fastleger, helsetjenester for barn i kommunen.
- Bruk av epikrise

Oppsummeringsspørsmål

- Hvilke hindre finnes, i din kontekst, for å ivareta oppfølging av pasientenes barn?
- Hva vil være av betydning for å kunne følge opp barna på en bedre måte? Forslag.
- Andre ting du vil tilføye?
- Har det nye lovverket vært viktig/endret din praksis?
- Syns du intervjuet har befattet seg med synspunkter og tema, dekkende for dine erfaringer?
- Hva mangler?
- Har intervjuet gitt deg noen nye tanker?

Kan jeg kontakt deg tilbake for oppklarende spørsmål hvis det skulle vise seg å være nødvendig?