

Masteroppgave

”Vi er nærmest elevene”

En kvalitativ undersøkelse om utfordringer knyttet til å ivareta barnefokuset i behandlingen av voksne rusavhengige

av

Sigrun Dalsune Jansen

Kandidatnr. 54

Master i helse- og sosialfaglig arbeid med barn og unge

Avdeling for helse- og sosialfag

Høgskolen i Lillehammer

Våren 2014



Høgskolen
i Lillehammer

Lillehammer University College • hil.no

Forord

Jeg vil først og fremst takke de barneansvarlige som lot seg intervju, og som bidro til grunnmaterialet for denne masteroppgaven ved å dele sine tanker og refleksjoner i samtale med meg. Takk for at dere stilte opp som talerør for barna av elevene i Tyrili. Videre vil jeg takke min arbeidsplass, Tyrilistiftelsen, som ga meg tillitt og rom til å gjennomføre dette prosjektet. Takk til mine kollegaer som har tatt støyten når jeg har vært borte.

En stor takk til min veileder Astrid Halså, som har gitt meg gode råd og refleksjoner underveis i prosessen. Du brakte meg på rett spor når jeg gikk meg vill, og du hjalp meg med å holde fokus hele veien.

I tillegg vil jeg også takke min kollokvie gruppe som har vært en pådriver og refleksjonspartner i hele masterperioden. Takk til alle som har bidratt med gode råd, oppmuntring, korrektur og gjennomlesning.

Til slutt, men ikke minst, en stor takk til min familie som har heiet på meg i tøffe stunder og støttet meg på alle måter. Min kjære mann som har tatt rollen for to i hjemmet og samtidig oppmuntret meg, og mine døtre som har holdt ut med en til tider fraværende mamma. Jeg setter umåtelig pris dere.

Takk til alle!

Oslo, 12. januar 2014

Sigrun Dalsåne Jansen

Sammendrag

Denne oppgaven er en studie om ivaretagelse av barn som pårørende når deres foreldre er i behandling for rusavhengighet. Undersøkelsen baserer seg på erfaringer og refleksjoner presentert gjennom seks barneansvarlige i Tyrilistiftelsen. Studiets formål er å få en forståelse av hvilke utfordringer som hindrer et barnefokus i behandlingshverdagen.

Som utgangspunkt for oppgaven står Lovendringene i Spesialisthelsetjenesteloven og Helsepersonelloven av 2010 sentralt. Rusbehandlingsinstitusjoner pålegges å ha en barneansvarlig som sikrer oppfølgingen av mindreårige barn når deres foreldre er innlagt grunnet for eksempel rusavhengighet. Helsepersonell skal bidra til å ivareta behovet for informasjon og nødvendig oppfølging. Formålet er ”å sikre at barn blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter bar og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen”.

Opgaven baserer seg på teori og forskning om barn som pårørende av rusavhengige foreldre. Forskning viser til at konsekvenser av foreldrenes rusavhengighet overføres barnet i form av psykiske, atferdsmessige og sosiale problemer. Rusavhengighet er et komplekst problem som i tillegg til avhengigheten medfører andre belastninger, for forelderen og for barna. Rusavhengighet kjennetegnes ved ustrukturerte liv og utforsigbarhet. Svekkede foreldrefunksjoner vil for barnet føre til omsorgssvikt og utrygge eller desorganiserte tilknytningsmønstre. Som strategi i møte med foreldrenes rusavhengighet kan barna opprettholde familiens overlevelse ved hemmeligholdelse eller ved å overta omsorgsrollen.

Empirien i dette studie ble samlet inn ved bruk av kvalitativt intervju, basert på tanker og erfaringer til seks barnansvarlige ansatt i Tyrilistiftelsen. De har god kjennskap til rusavhengighetens funksjoner og konsekvenser, og kunnskap om overføringsmekanismer mellom generasjoner. I intervjuene kom det frem flere utfordringer som hindret barnefokus i behandlingshverdagen. Mangel på struktur, rutine og forankring var gjennomgående funn i undersøkelsen. Spesielt tre områder ble tematisert som utfordrende, samvær, samarbeid og samtale med barn. Videre viste undersøkelsen til at initiativ ovenfor barn utfordres av faktorer som forelderens anerkjennelse, behandleres fokus, motstridende interesser og lojalitetskonflikt. Synet på barnet som sårbart og et kjønnsperspektiv hvor mor anses for å være nærere barnet enn far vil også være faktorer som påvirker behandleres fokus og initiativ.

Table of Contents

1.0 Innledning.....	8
1.1 Bakgrunn for problemstilling og forskningsspørsmål.....	8
1.2 Problemstilling	9
1.3 Avgrensning	9
1.4 Oppgavens oppbygning.....	11
1.5 Begrepsavklaring.....	12
2.0 Rusavhengighetsbehandling i Tyrilistiftelsen	13
2.1 Organisering	13
2.2 Ledergruppen	14
2.3 Elevgruppen	14
2.3.1 Fysisk og psykisk helse	15
2.3.2.Rusmidler og kriminalitet.....	16
2.3.3 Familie og relasjoner	16
2.4 Visjon, verdier og menneskesyn	17
2.5 Behandlingsforløp, metode og virkemidler.....	18
2.6 Arbeid med barn som pårørende	20
3.0 Lovendringene.....	22
3.1 Den politiske begrunnelsen for lovendringene.....	23
3.2 Barns rettsikkerhet i et historisk perspektiv	24
3.3 Hvem er barn som pårørende?	25
3.4 Ivaretagelse av barn som pårørende	26
3.5 Barneansvarlig.....	28
3.6 Tidligere forskning fra arbeid med barn som pårørende.....	29
4.0 Oppvekst med rusavhengige foreldre.....	31
4.1 Rusavhengighetens kompleksitet	32
4.2 Svekkede foreldrefunksjoner.....	34

4.3 Barns konsekvenser av foreldrenes rusavhengighet.....	36
4.3.1 Utrygg og desorganisert tilknytning.....	37
4.3.2 Omsorgssvikt.....	38
4.4 Barnas strategier i møte med rus	39
4.4.1 Overtakelse av omsorgsrollen	40
4.4.2 Hemmeligholdelse som strategi	41
4.5 Foreldrenes problem blir barnas belastninger	41
5.0 Metode.....	42
5.1 Kvalitativ metode som undersøkelsesmetode	43
5.1.1 Hermeneutikk	43
5.2 Utvalg	45
5.2.1 Rekruttering av informantene.....	45
5.2.2 Presentasjon av informantene.....	46
5.3 Utforming av intervjuguide	46
5.4 Gjennomføring av intervjuene	47
5.5 Transkribering – ”fra ord til tekst”	48
5.6 Temabasert analyse	49
5.7 Forskerrollen	50
5.8 Reabilitet og validitet	52
5.9 Etikk	53
5.10 Metodekritikk	54
6.0 Analyse.....	56
6.1 Organisering og felles rammer	56
6.1.1 Den som holder barneperspektivet oppe	56
6.1.2 Barna identifiseres ved kartlegging.....	58
6.1.3 Meldeplikt til barnevernet	60
6.2 Tiltak og oppfølging for å ivareta barnet	61

6.2.1 Barn på besøk	61
6.2.2 Barnesamtaler er unntaket	63
6.3 Oppfølging av foreldrerollen og barnet i samhandling med elvene	65
6.3.1. Veiledning om foreldrerollen	65
6.3.2 Familiearbeid ja, men uten barn	66
6.4 Tilfeldig og usystematisk samarbeid rundt barna.....	68
6.5 Barnefokus i ledergruppen varierer	70
6.6 De barneansvarliges syn på barna og på elevene som foreldre.....	71
6.6.1 Det sårbare barnet.....	71
6.6.2 Mor er mer knyttet til sine barn enn far	72
6.7 Dilemmaer som vanskeliggjør ivaretagelse av barn	73
6.7.1 Motstridende interesser	73
6.7.2 Lojalitetskonflikt	77
6.8 Hvordan forbedre det barnefokuserte arbeidet?	79
6.9 Oppsummering av funnene	80
7.0 Diskusjon.....	82
7.1 Mangel på systematikk, rutine og forankring.....	82
7.1.1 Forankring av rollen som barneansvarlig.....	83
7.1.2 Kartlegging.....	84
7.1.3 Behandlingskulturen.....	85
7.2 Tilfeldige samtaler med barn.....	86
7.3 Lite planlagte og strukturerte samvær mellom barn og foreldre	88
7.4 Tilfeldig og usystematisk samarbeid.....	90
7.5 Elevens anerkjennelse av sitt rusmisbruk.....	93
7.6 Ledergruppens fokus	96
7.6.1 Usikkerhet og kunnskap	97
7.6.2 Synet på barnet som sårbart	97

7.6.3 Kjønnsperspektiv	98
7.7 Motstridene interesser	99
7.8 Lojalitetskonflikt	100
8.0 Avslutning	102
Litteraturliste	105

1.0 Innledning

”Våre antagelser om at det er noen andre som er til stede i barnets liv, er vårt svik” (Frid Hansen 13.04.2013).

Denne oppgaven er en studie om ivaretagelse av barn som pårørende når deres foreldre er i behandling for rusavhengighet. Undersøkelsen baserer seg på erfaringer og refleksjoner presentert gjennom seks barneansvarlige i Tyrilistiftelsen. Studiets formål er å få en forståelse av hvilke utfordringer som hindrer ivaretagelse av barnefokus i behandlingshverdagen.

1.1 Bakgrunn for problemstilling og forskningsspørsmål

Gjennom mitt arbeid med rusavhengige har jeg møtt mange fantastiske og ulike mennesker, men som har rusavhengighet som fellesnevner. Dette er mennesker som hver dag kjemper en kamp mot avhengigheten og rusens konsekvenser. Mange lykkes i å skape seg et bedre liv, men realiteten er også at noen ikke klarer å bryte med avhengigheten. Rusavhengighet har ikke bare konsekvenser for den enkelte, men også for de som står den rusavhengige nærmest. Det er disse personene dette studie ønsker å rette et fokus mot, nemlig barna. Som både barnevernspedagog og mor er jeg opptatt av at barn skal ha trygge og gode oppvekstvilkår, men like viktig er samfunnets ansvar ovenfor de barna som utsettes for risiko og belastninger.

Teori og forskning viser til at konsekvensene av foreldrenes rusavhengighet overføres til barnet i form av psykiske, atferdsmessige og sosiale problemer (Hansen, 2008).

Resiliensforskningen til at tidlig intervensjon, oppnåelse av sammenheng og mening, samt å kunne søke støtte hos en signifikant andre kan ha en forebyggende effekt (Borge, 2003).

Denne kunnskapen synliggjør at tidlig inngripen og oppfølging av disse barna er viktige tiltak for å forebygge videreføring av problemer mellom generasjoner. På bakgrunn av faglig kunnskap og forskning som viste til at barn som vokser opp med rusavhengige foreldre fikk liten støtte og oppfølging ble det igangsatt en politisk satsning på barn som pårørende. Som resultat kom lovendringene i helsepersonelloven og i spesialisthelsetjenesteloven av 2010, med en tydelig føring om at samfunnet og hjelpeapparatet har et ansvar for å fange opp og hjelpe barn som er pårørende. Lovbestemmelsene gir ikke rom for antakelser og svik, slik sitatet til Hansen viser, men pålegger helsepersonell en plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

I denne masteroppgaven har jeg brukt lovendringene i Lov om helsepersonell og Lov om spesialisthelsetjenesten av 2010 som utgangspunkt for avhandlingen min, og har gjennomført

min undersøkelse i Tyrilistiftelsen. Rusbehandlingsinstitusjoner, som Tyrilistiftelsen, kan bidra til forebygging ved tidlig å identifisere og kartlegge slik at nødvendige tiltak kan iverksettes. Jeg har gjennomført en kvalitativ undersøkelse og intervjuet seks barneansvarlige ved seks ulike døgnbehandlingssenheter innenfor Tyrilistiftelsen. Formålet med avhandlingen er å forstå hvilke utfordringer som hindrer initiativ ovenfor barn som pårørende, vanskeliggjør ivaretagelse av barnefokuset i voksenbehandlingen, og inkludering av barn i pasientens behandlingsforløp.

Mitt teoretiske utgangspunkt er å gi et bilde av rusens kompleksitet, ved bruk av teori og forskning som belyser rusens konsekvenser i et familieperspektiv. I håp om at et slikt teoretisk grunnlag kan gi leseren og meg selv som forsker et grunnlag som sier noe om helsepersonell og behandler sin forståelsesramme i forhold til rusavhengighet og foreldreskap, og som bidrar til et bakteppe når jeg skal forsøke å forstå deres refleksjoner i analysearbeidet.

Oppgaven vil bygge på både et familieperspektiv og et organisatorisk perspektiv.

1.2 Problemstilling

Oppgaven har som formål å belyse fokuset på barn i voksenbehandlingen ved å undersøke tiltak som gjennomføres og hvilke utfordringer som hindrer at barnefokuset fremmes.

Problemstillingen lyder som følgende:

Hvilke utfordringer vanskeliggjør ivaretagelse av barneperspektivet i behandling av voksne rusavhengige?

Jeg har tatt utgangspunkt i følgende fire forskningsspørsmål:

- *Hvordan er arbeidet med barn som pårørende organisert?*
- *Hvilke tiltak iverksettes ovenfor barna?*
- *Hvordan tematiseres foreldrerollen og barnet i samhandling med foreldrene?*
- *Hvilke dilemmaer gjør arbeidet utfordrende?*

1.3 Avgrensning

Jeg har ikke valgt å redegjøre for ulike typer av ulike rusmidler, og fysiologiske eller psykiske reaksjoner på rusavhengighet, da jeg anser en slik utdypning det som lite hensiktsmessig i denne sammenheng. Fokus er rettet mot hvordan en kan ivareta barn av rusavhengige som er i behandling, og på denne måten er bruk av rusmidler allerede definert inn som et problem. Det

viktige i denne oppgaven er å tydeligere rusens konsekvenser i samspill med barnet, ikke hva eller hvor mye foreldrene ruser seg. Hva som defineres som rusmisbruk og rusavhengighet gir rom for tolkning. Hansen (2008) sier at tradisjonelt defineres rusmisbruk ut i fra konsekvensene rusbruken har for den som inntar rusmidlene. Videre påpeker hun at det først i de siste ti årene har oppmerksomheten rettet seg mer mot konsekvensene rusbruken kan ha for de i nære relasjoner, som til ektefelle og barn.

Det er forsket mye på svangerskap og rusavhengighet i forbindelse med det ufødte barn sin utvikling i svangerskapet og senere i livet (Kvello, 2010). I den senere tid er det også forsket på sammenhenger mellom barnets utvikling og mødre som bruker legemiddelassistert rehabilitering (LAR) under svangerskapet (Bramness, Clausen, Ravndal & Waal, 2012). I tillegg til legemidler eller bruk av andre rusmidler sin effekt på barnet har også rusavhengige mødre sin tilknytningsevne til barnet under svangerskapet blitt studert. Barn som er utsatt for mødrenes rusbruk under svangerskapet vil være mer sårbare, både i form av fysikk og i form av mental utvikling, og de vil ha behov for tett og god oppfølging i lang tid (Sundfær, 2012). Selv om jeg ikke har valgt å fokusere på denne gruppen av barn, vil jeg at leseren skal ha disse barna med seg i videre lesning da de temaer jeg kommer inn på vil for disse barna være en ytterligere belastning. De er pårørende i aller høyeste grad.

Som nevnt tidligere vil denne oppgaven ha fokus på ”barn som pårørende” av rusavhengige, og Kvello (2010) viser til at dette er en omfattende gruppe i flere kategorier. Han sier at barn av rusavhengige omfatter barn som eksponeres for mors rusmiddelmissbruk mens de er fostre, barn av alkoholmisbrukere, barn av narkotikamisbrukere og barn av mødre som er i LAR. Videre sier han også at vi bør inkludere barn av foreldre som bruker høye doser av psykofarmaka, og som sløver foreldrene og gjør de emosjonelt distanserte. Både Sundfær (2012) og Kvello (2010) setter også søkelyset på voksne som har vokst opp med rusavhengige foreldre. Som vi forstår er altså barn av rusavhengige en omfattende gruppe, og som tidligere nevnt har jeg derfor valgt å holde fokus på ”barn som pårørende” av rusavhengige foreldre som er i rusbehandling. Det er viktig for meg å poengtere i denne sammenheng at foreldrenes omfang og forbruk av rusmidler er uvesentlig i definisjonen om hvor vidt barn er pårørende grunnet at de vokser opp med rusavhengige foreldre. Det som er vesentlig er hvordan omsorgsevnen til foreldrene, og barnets situasjon, påvirkes av deres rusbruk. Av erfaring vet

jeg at omfang av rusbruk varierer stort, men at barna alltid blir påvirket i en eller annen grad. Dette beskriver også Hansen (2012) viktigheten av.

1.4 Oppgavens oppbygning

Oppgaven består av 8 kapitler, med innledningen og avslutning. Strukturen på oppgaven vil ta utgangspunkt i de ulike temaene som skal belyses. Etter innledning følger en beskrivelse av Tyrilistiftelen sitt idegrunnlag som utgangspunkt for behandling. Videre vil jeg gi en beskrivelse av lovens innhold og rammer. Redgjørelse for rusbehandling og lovverk gir en bakgrunnsforståelse for funn som fremkommer i analyse og diskusjon kapitlene. Deretter kommer en teoretisk ramme med fokus på rusens kompleksitet, og konsekvenser for den enkelte og for barna. Belysning av svekkede foreldrefunksjoner og konsekvenser dette kan medføre for barns utvikling, viser til risikofaktorer som barn utsettes for som følge av foreldrenes rusavhengighet. Jeg vil her bruke relevant teori og forskning på området, med fokus på samspill og tilknytning. ”Kunnskap om samspill og tilknytningsmønstre er viktig fordi den hjelper oss til å predikere” (Killén, 2011, s. 95). I tillegg vil jeg benytte meg av ulike rapporter som viser til politisk satsning. Til sammen vil dette kunne gi en kunnskapsstatus som bidrar til at leseren får en bred forståelse av temaet barn som pårørende.

Etterfulgt av en kunnskapsstatus vil jeg gå over til metodekapittelet. Her vil jeg beskrive valg av metode og begrunnelse for valg av et kvalitativt design til å besvare min problemstilling. Jeg vil redegjøre for utvalg, forskerrollen, etikk og kvalitet. I metode kapittelet vil jeg gi leseren en beskrivelse av fremgangsmåten, fra start til analyse av resultatene.

Analysekapittelet vil gi en presentasjon og analyse av funnene i undersøkelsen. Her vil jeg vise til fellestrekk ved alle enhetene og hvilke tiltak som gjøres for å følge opp barna, både direkte og indirekte. I tillegg vil jeg vise til hva de barneansvarlige sier om dilemmaer og utfordringer ved å ivareta barnefokuset i behandlingshverdagen. Funnene har jeg delt inn i temaer, og jeg har gjort en oppsummering slik at det skal fremstå som forståelig og oversiktlig for leseren. Påfølgende av resultatene fra analysekapittelet vil jeg diskutere og vise til mine fortolkninger av funnene. Jeg vil også belyse resultatene med relevant teori. Avslutningsvis vil jeg oppsummere oppgaven som helhet og konkludere på bakgrunn av funn og diskusjon.

1.5 Begrepsavklaring

I oppgaven vil begrepene pasient, forelder og elev omtale de som er i behandling for rusavhengighet, og som også har rolle som foreldre. Likeledes vil begrepene behandler, helsepersonell og leder omtale de som jobber innenfor rusbehandlingen.

Tradisjonelt har samspill- og tilknytningsteorier fokusert på samspillet mellom mor og barn. I denne oppgaven vil begrepene mor og omsorgsperson ha den samme innholdsmessige betydningen. Begrepet omsorgsperson vil også innebefatte far. Nyere forskning viser ingen tydelige skiller mellom kvinnelige og mannlige omsorgspersoner (Schibbye, 2009; Eide & Eide, 2008)

I analysen og diskusjonsdelen har jeg valgt å omtale pasienten som elev og forelder, da dette er begrepet som brukes i Tyrili, og som det henvises til i intervjuene. Ved å bruke de samme begrepene som informantene, er jeg mer tro til undersøkelsens resultater, og det blir en naturlig overgang til diskusjonskapittelet.

Jeg vil i neste kapittel starte med en beskrivelse av Tyrilistiftelsen, da undersøkelsen baserer seg på erfaringer fortalt av barneansvarlige som er ansatt i Tyrili. Jeg vil redegjøre for organisering, behandlingsmetode og idegrunnlag.

2.0 Rusavhengighetsbehandling i Tyrilistiftelsen

Tyrilistiftelsen ble opprettet i 1980, og startet opp som et alternativ og et supplement til de eksisterende behandlingstilbudene for rusavhengige. Tyrilistiftelsen i Mesnali var starten, hvor det flyttet inn seks ledere, ett barn og seks elever. I takt med samfunnets utvikling, politiske føringer, rusmiljøet og den enkelte rusavhengiges behov, har Tyrilistiftelsen vært i konstant vekst og utvikling i over 30 år (Wangensteen & Jansen, 2013).

Rusreformen av 2004 førte til at rusbehandlingstiltak, som Tyrilistiftelsen, ble definert som et helseforetak og som en del av spesialisthelsetjenesten. Denne omstruktureringen av rusbehandling i Norge førte også til at rusavhengige i behandling ble definert som pasienter og fikk tilsvarende pasientrettigheter (Helsedepartementet, 2004).

Jeg vil i dette kapittelet gi en redegjørelse av Tyrili som organisasjon, visjoner og metoder i rusbehandling. I det følgende vil jeg starte med å kort beskrive Tyrilistiftelsen ut i fra organisering og gi en beskrivelse av ledergruppen og elevgruppen. Videre vil jeg beskrive Tyrili sitt idegrunnlag for å gi en forståelse av hvilke verdier og prinsipper som ligger forankret i behandlingsskulturen. Jeg vil også vise til behandlingsmetoder og behandlingsforløp. Til slutt vil jeg beskrive rutiner for arbeid med barn som pårørende. Min framstilling av dette kapittelet bygger på den nyeste litteratur skrevet om Tyrili. Jeg har hentet referanser fra "Dette er Tyrili" (Wangensteen & Jansen, 2013) og av Tyrili sin skriftserie nr. 5/2010 (Wangensteen, 2010).

2.1 Organisering

"Tyrilistiftelsen er en ideell, privat stiftelse underlagt Lov om stiftelser" (Wangensteen & Jansen, 2013, s. 100). Som en ideell organisasjon har ikke Tyrili profitt som formål, og eventuelle overskudd går til drift og videreutvikling av stiftelsen. Ingen har private eierinteresser og alle har vanlige ansettelsesforhold.

Tyrilistiftelsen består av syv behandlingssenheter, hvorav seks av disse er døgnbemannet, og et behandlingsteam i Oslo fengsel og Bredtveit fengsel. I tillegg består Tyrilistiftelsen av Inntak, Ambulant team, Forskning og utvikling (FoU), Økonomi og IT og Tett På. Stiftelsen har felles ledelse som består av et styre, samt leder og nestleder. I hver enhet er det enhetsleder som har det faglige, administrative og økonomiske ansvar.

Per 01.01.13 er det 140 årsverk i Tyrili og det er 150 elevplasser. Tyrili har avtaleplasser med Helse Sør-Øst, Helse Midt-Norge, Oslo Kommune og Barne-, ungdoms- og familiedirektoratet.

Tyrili bruker begrepet leder eller medarbeider om alle ansatte, og elev om pasienter, klienter eller brukere. Dette begrunnes med Tyrili sin sosialpedagogiske historie. I fortsettelsen vil jeg også bruke begrepene leder om ansatte og elev om pasientene.

2.2 Ledergruppen

Tyrilistiftelsen er et tverrfaglig spesialisert rusbehandlings tilbud (TSB) og ledergruppen er sammensatt av ulike yrkesgrupper og utdanninger. Dette innebærer ledere med helse- og sosialfaglig utdanning, psykologer, leger, psykiatere, pedagoger og håndverkere. De samlede kunnskapene, erfaringene og ferdighetene bidrar til en styrke og et mangfold i ledergruppen. Tyrili mener at ulikheter i ledergruppen, både faglige og personlige, skaper diskusjoner, som igjen fører til vekst og utvikling.

I Tyrili anses engasjement, relasjon, struktur og samspill som fire viktige ferdigheter eller egenskaper hos den enkelte leder. Engasjement er å være opptatt elevene, være interessert og nysgjerrig, bruke seg selv som redskap og ha en grunnleggende tro på at endring er mulig. Relasjon omfavner det å være en viktig person for eleven, ha evne til empati, være god lytter, holde ut, ha tydelige grenser og humor. Struktur innebærer å holde tider, avtaler og orden, gjennomføre arbeidsoppgaver, kunne ta et helhetlig ansvar og være en motvekt til ruskulturen. Til sist samspill som handler om samarbeid med elever og kollegaer, skape lagfølelse og gjøre andre gode, tåle konflikter og være sosial.

2.3 Elevgruppen

”Målgruppen i Tyrili er personer med rusavhengighet og tilleggsproblematikk knyttet til fysisk og psykisk helse, volds- og kriminalitet, samt sosiale vansker knyttet til relasjoner, fungering i egen bolig, arbeid/skole m.m.” (Wangensteen & Jansen, 2013, s.27).

Aldersgruppen er fra 16 år og eldre, kvinner og menn, og par. Tyrili gir tilbud til personer med og uten medikamentell behandling og personer med ulik kulturell bakgrunn.

Beskrivelsen over viser til at elevgruppen i Tyrili er sammensatt, og at rusavhengighet ofte henger sammen med eller forårsaker annen tilleggsproblematikk. Dette vil jeg utdype ytterligere ved å vise til en undersøkelse utført av FoU Tyrili i 2010 (Wangensteen, 2010, s. 30-32). Undersøkelsen baserer seg på data hentet fra ASI (Addiction Severity Index) og den gir en beskrivelse av elevgruppen som var innskrevet i Tyrili per 1. mars 2010. På

undersøkelsestidspunktet var det 144 innskrevne voksne elever i Tyrili, 97 av disse er med i undersøkelsen. Dette tilsvarer 67 prosent av de innskrevne elevene. Jeg har trukket ut opplysninger som jeg finner relevant i dette studiet.

Gjennomsnittlig alder ved inntak til Tyrili var 30 år. Av de 97 elevene er flertall menn, 74 prosent mot 26 prosent kvinner. Dersom en sammenlikner gjennomsnittsalder for når den norske befolkning får sitt første barn, 28,5 år og 31,2 år for menn (Statistisk Sentralbyrå [SSB], 2012), og alder for inntak ved Tyrili, så vil det være naturlig å anta at mange av elevene i Tyrili også er foreldre. Dette bekreftes i undersøkelsen da 23 prosent av elevene oppgir at de har barn, og andelen av menn og kvinner er like stor. Bare 3 % oppgir at de i de tre siste årene før inntak bodde sammen med barn alene, ingen bor eller bodde med partner og barn.

Lav utdanning, ustabil arbeidssituasjon og lav inntekt er gjennomgående for elevgruppen i Tyrili. I gjennomsnitt har elevgruppen 10,7 år på grunnskole eller videregående skole. 90 prosent av elevene har gjeld, og for en stor andel av eleven var inntektskilden sosialhjelp, stoff salg eller annen kriminalitet.

2.3.1 Fysisk og psykisk helse

Det er kjent at svekket helse, både psykisk og fysisk, og dødelighet er faktorer som henger sammen med rusavhengighet (Kvillo, 2010). 38 prosent av elevene i Tyrili oppgir å ha kroniske kroppslige eller medisinske skader eller sykdommer.

Sammenhengen mellom rusavhengighet og psykisk helse er også tydelig i undersøkelsen av elevgruppen i Tyrili, og mange av elevene vil falle under betegnelsen dobbeltdiagnose (Evjen, Øiern & Kielland, 2007). 33 prosent av elevene sier at de tidligere har vært innlagt for psykiske eller følelsesmessige problemer, og 68 prosent sier at de har mottatt poliklinisk behandling for dette. Tilstander som angst og depresjon, men også problemer med forståelse, konsentrasjon og hukommelse rapporteres forekommer hos et høyt antall av elevene (over 70 %). Disse funnene bekrefter at angstlidelser, stemningslidelser og personlighetsforstyrrelser forekommer hyppig hos rusavhengige (Lossius, 2011). Foreldre med personlighetsforstyrrelse har ofte spesielle vansker i nære relasjoner, noe som vil ha konsekvenser for samspillet med barnet (Sundfær, 2012).

Rusmidler, men også psykisk sykdom vil ha atferdsmessige konsekvenser som uforutsigbarhet og vold (Steinsvåg & Heltne, 2011; Killén & Ollofson, 2003). Da 68% av

elevene svarer at de har hatt problemer med å kontrollere voldelig atferd, og hele 40% rapporterer at de har forsøkt å ta sitt eget liv, vil dette i et familieperspektiv ha konsekvenser som utrygghet og bekymring for barnet.

2.3.2. Rusmidler og kriminalitet

Over halvparten av elevene i undersøkelsen (53%) rapporterte at blandingsmisbruk er det største problemet. 42 prosent sier at de brukte heroin daglig eller nesten daglig de siste seks månedene før inntak og 37 prosent svarer det samme om amfetamin. Av andre type rusmidler svarer en stor andel at de har forsøkt metadon/subutex, dempende medisiner, kokain, cannabis, hallusinogener, sniffestoffer, ecstasy og steroider.

55 prosent har tidligere vært i institusjonsbehandling for sin rusavhengighet. 74 prosent av elevene svarer at de har hatt en eller flere overdoser, og 43 prosent av disse svarer at de har hatt minst tre overdoser. Samlet viser disse tallene alvorlighetsgraden av elevenes rusavhengighet. Tallene viser både til en hyppighet og til en omfattende problematikk som krever behandling over tid.

For mange av de som ruser seg vil kriminalitet og voldsproblematikk være en del av den rusavhengige sin hverdag. Dette gjenspeiles i undersøkelsen av elevgruppen i Tyrili, hvor 64 prosent av elevene har sittet i varetekt eller fengsel. Det vises til noen ulikheter i forhold til kjønn, da andelen av de som har blitt tiltalt for vold eller andre forbrytelser er dobbelt så høy blant menn som blant kvinner. Når det gjelder tiltaler for besittelse av stoff og vinningsforbrytelser er det relativt likt fordelt mellom menn og kvinner.

2.3.3 Familie og relasjoner

Teori og forskning viser til at problemfylt bruk av rusmidler hos foreldre har sammenheng med psykososiale vansker hos barn og unge og, samt at barn av rusmiddelavhengige er mer utsatt for å utvikle egne rusproblemer. Dette bekreftes også av undersøkelsen gjort av elevene i Tyrili, hvor mange av elevene kan vise til en oppvekst med rus og psykiske problemer hos foreldrene. Dette tydeliggjør viktigheten av fokus og kunnskap om overføringsmekanismer mellom generasjoner (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012), slik at en kan bidra til forebygging og brudd på den sosiale arv.

ASI intervjuene viser til at 47 prosent av elevene oppgir at mor, far eller begge har eller har hatt betydelige problemer med alkohol, stoff eller medikamenter, eller en kombinasjon av disse. Det vises til at dette er problemer som har ført til behandling, eller burde ført til

behandling i følge eleven. 36 prosent av elevene svarer også at mor, far eller begge har eller har hatt psykiske problemer av et omfang som har ført til eller burde ført til behandling. Utover familie svarer 59 prosent av elevene at deres nettverk består av venner eller bekjente i samme situasjon som dem selv. Dette tilsier at mange rusavhengige vil omgås andre som er rusavhengige og/eller har psykiske problemer store deler av livet, både i oppveksten og som voksne.

Slik elevgruppen fremstår i undersøkelsen vises det til at rusavhengighetsproblematikk er omfattende både i form av avhengighet og annen tilleggsproblematikk. Undersøkelsen viser til at nedsatt psykisk og fysisk helse er representativt for denne gruppen, samt at dødelighet kan være en direkte følge av rusmisbruk. Ustabilitet både i form av relasjoner, økonomi, arbeid og kriminalitet er gjennomgående. For barn som vokser opp med rusavhengige foreldre vil foreldrenes rusproblematikk føre til en risikofylt oppvekst. Rusavhengighetens konsekvens for den enkelte, foreldrefunksjonene og for barnet vil bli belyst senere.

Som innledning til neste avsnitt vil jeg avslutte beskrivelsen av elevene i Tyrili med et sitat fra Tyrili i lomma og hverdagen: ”Til tross for den ”livsbagasjen” elevene i Tyrili bærer med seg, vet vi at alle har et endrings- og utviklingspotensial. Det finnes også historier hos hver enkelt som er preget av mestring, av seiere, av gode relasjoner, av mot og vilje – og det er denne historien vi må bygge videre på. Dette vil alltid være det grunnleggende utgangspunktet i møtet med den enkelte elev” (Jansen & Wangensteen, 2009, s. 28). Dette sitatet gir en beskrivelse av Tyrili sitt idegrunnlag, hvor troen på at endring er mulig til tross for rusavhengighetens omfattende problematikk.

2.4 Visjon, verdier og menneskesyn

I bøker og tidsskrifter skrevet om Tyrilistiftelsen ser det ut til at ideologi, visjoner og verdier har holdt seg ganske konstant siden starten i 1980. Med rusreformen av 2004 ble rusomsorgen et medisinsk domene, og det ble et utvidet fokus på helse og medisinske termer. De rusavhengige ble omtalt som pasienter og ansatte som helsepersonell. Til tross for denne utviklingen og de politiske føringene ser det ikke ut til at rusreformen har hatt en betydning for Tyrili sin ideologiske plattform. Verdier som fellesskap, likeverd, solidaritet, toleranse og ærlighet er fortsatt et viktig grunnlag i Tyrili sin behandlingshverdag.

Tyristiftelsen bygger på et humant menneskesyn hvor det vektlegges utviklingspotensial, endringspotensiale og at mennesket er en del av et sosialt fellesskap. I Tyrili sine dokumenter er dette uttrykt i fem punkter, 1. ”Alle mennesker bærer i seg muligheten til

forandring”. Dette sier noe om troen på at alle har mulighet til å gjøre noe annet og mer positivt i livet sitt, uansett opphav, historie og aktuell situasjon. 2. ”Mennesket er unikt”. Dette innebærer at alle mennesker har egenskaper som kan utvikles og bidra til en styrket identitet. 3. ”Mennesket er sosialt”. Dette viser til et menneskelig behov av å bli sett og bekreftet av andre. Sentralt står relasjoner til andre mennesker som en forutsetning for vekst og utvikling. 4. ”Familien er grunnleggende for vår identitet”. Forholdet til omsorgspersoner og familie er helt sentralt, uavhengig av kvaliteten. En dårlig familierelasjon kan bedres. 5. ”Mennesket påvirkes av materielle, økonomiske og kulturelle forhold i samfunnet”. Dette omhandler en helhet som sier at forståelsen av et mennesket må ses i sammenheng med forståelsen av samfunnet (Wangensteen & Jansen, 2013, s. 10-11).

De overnevnte punktene gir uttrykk for et helhetlig syn på mennesket. Tyrili sitt syn på rusmiddelavhengighet gjenspeiler dette helhetlige menneskesynet ved å poengtere det som viktig å se hele mennesket med sin historie, bakgrunn, erfaringer og ressurser, samtidig som en forstår kraften i rusavhengigheten. Sitatet ”Det finnes ingen håpløse mennesker, bare situasjoner som virker håpløse” viser til troen på menneskets endringspotensiale (Wangensteen & Jansen, 2013, s. 10).

2.5 Behandlingsforløp, metode og virkemidler

Endringer som skal til for å oppnå økt livskvalitet og et rusfritt liv er en tidkrevende prosess. Den enkelte elev sitt behandlingsforløp vil variere i tid og innhold, hvilket krever individuelle tilpasninger for at den enkelte skal kunne oppnå progresjon i sin utvikling. Tyrilistiftelsen sine dokumenter viser til at Tyrili gjennom tidene har videreutviklet sitt behandlingsinnhold, og i dag deler Tyrili sitt behandlingsforløp inn i tre overganger. Dette er oppfølging i forkant av inntak, heldøgns behandling med behandling i fellesskap, treningsboliger og oppfølging etter endt behandling for å sikre overgangen til annen spesialisthelsetjeneste eller kommunale tiltak. Sentralt gjennom hele behandlingsforløpet står samarbeid med kommune og ulike hjelpe- og behandlingsinstanser (Wangensteen & Jansen, 2013). Bakgrunnen for en slik inndeling er erfaringer som tilsier at overgangene i et behandlingsforløp er sårbare, og målet med dette behandlingsforløpet er å minske tilbakefall og uteblivelse (Wangensteen & Jansen, 2013).

Gjennomsnittlig behandlingstid i Tyrili har gått betraktelig ned fra starten i 1980 frem til 2009. Fra 1980-1993 var gjennomsnittlig behandlingstid på 30 måneder, hvor 13 av disse månedene var i kollektivet, mens i de resterende bodde elevene i treningsboliger under

Tyrilistiftelsen. I 2009 var gjennomsnittlig behandlingstid på 11 måneder. Erfaringer og forskning viser til at mange rusavhengige trenger flere innleggelser og langvarig behandling. Resultatene av rusbehandling viser til avbrudd og tilbakefall, men også at behandling nytter (Lossius, 2011). Jansen bekrefter dette i sin artikkel og viser videre til tall som sier at opp i mot en av tre elever som legges inn årlig har vært innlagt i Tyrilistiftelsen tidligere (Jansen, 2013, s. 16-18).

I Tyrili sine dokumenter vises det til noen virkemidler og metoder i behandlingsarbeidet, som omhandler både behandling i fellesskap og individuell behandling. Disse virkemidlene og metodene er gjenkjennbare i alle Tyrili sine behandlingseenhetene. Jeg vil under beskrive noen av de mest sentrale hentet fra Tyrili skriftserie nr.2 / 2013.

Tyrili beskriver relasjonen mellom leder og elev som en grunnleggende faktor for endring, noe som for øvrig mye av samfunnsforskningen understøtter (Schibbye, 2009; Eide & Eide, 2008). Lederne sin tilstedeværelse skal presenterer trygghet, stabilitet og kontinuitet. ”Elevene trenger en betydningsfull person som gjør det mulig å få tro på egen fremtid og nye muligheter. En som har tro på endring, som holder ut, som forstår, som trøster, som stiller krav, som setter grenser og som er til stede” (Wangensteen & Jansen, 2013, s. 50). Dette er viktige elementer i forhold til troverdigheten og lojaliteten mellom leder og elev når det kommer til oppfølging av elevens barn.

Fellesskapet er grunnstammen i Tyrili, og består av elever og ledere. Fellesskapet skal sammen representere trygghet, tilhørighet og avstand fra rus. Fellesskapet betegnes også som en metode ved at mye av behandlingen foregår i fellesskap. Elevene deltar i samtalegrupper, og de bor og jobber sammen. Fellesskapet blir sett på som en sosial treningsarena, hvor elevene må håndtere nærhet, motstand, mestring, kommunikasjon og samarbeid.

Hverdagen i behandlingsfellesskapene preges av en tydelig struktur. Som en motvekt til rusens kaotiske og lite strukturerte livstil (Kvelling, 2011), ønsker Tyrili å skape forutsigbarhet, trygghet og tydelige rammer. Den daglige strukturen består av en felles ukeplan med faste tider for morgenvask, måltider, møter, samtaler, arbeidstrening, skole og fritid. Målet med en slik struktur er å innarbeide daglige rutiner med en normal døgnrytme.

Individuelt følges den enkelte elev opp med behandlingsplan basert på kartlegging, utredning og elevens mål. Individuellplan og aktivitetsplan blir utbedret i samarbeid med ansvarsgruppen. I løpet av behandlingsforløpet er elevene på regelmessige treningsreiser eller

hjemreiser til familien, med mål om økt selvstendighet og rusmestring på arenaer utenfor Tyrili.

Familie- og nettverk er et av de viktigste områdene for eleven, og som er et fokus gjennom hele behandlingsprosessen. Dette arbeidet gjøres individuelt med eleven, men også i tilknytning til treningsturer, familieseminarer og ved besøk av familie eller annet nettverk. Det skal legges til rette for at elever kan ha besøk av sine barn, men det poengteres at dette skal gjennomføres etter avtale og på barnets premisser. Inkludering av familie og sosialt nettverk som viktige medspillere, er viktig i både behandlingsforløpet og i ettertid. I fortsettelsen av dette kapittelet vil jeg beskrive Tyrili sine prosedyrer for oppfølging av elevens barn

2.6 Arbeid med barn som pårørende

Som det ble vist til tidligere, oppgir 23% av 97 elever at de har barn. For ytterligere å finne ut antall barn av elever i Tyrilistiftelsen, fikk jeg hjelp til å innhente tall fra Tyrilistiftelsen sitt elektroniske system. En sammenlegning viste til at det i løpet av hele 2012 var 97 innskrevne elever som hadde barn, og antall barn var på 146. Flesteparten av elevene bodde ikke sammen med sine barn. I april 2013 var det 33 innskrevne elever som hadde barn, og antall barn var på 55. Det skal tillegges at det kan være variabler som kan påvirker disse tallene noe, da det som er skrevet inn i det elektroniske systemet er avhengig av at ledere har fylt inn riktige og oppdaterte tallene. Uavhengig av dette så viser tallene til en grov oversikt, og et betydelig antall barn av elever i Tyrilistiftelsen som er pårørende.

Tyrili har i sin rutinehåndbok beskrevet noen rutiner og prosedyrer for oppfølging av elevens barn. Jeg har funnet disse på Tyrili sin interne hjemmesider og vil vise til disse punktene:

1. Tyrili har ansvar for å ivareta barn av elever i henhold til Helsepersonelloven og Spesialisthelsetjenesteloven. Enhetsleder eller den enhetsleder utpeker, har hovedansvar for at barn som pårørende blir ivaretatt.
2. Tyrili Inntak har ansvar for å kartlegge om søker har barn, barnets omsorgssituasjon og om kontakten mellom foreldre og barn.
3. Elevkontakt og barneansvarlig skal opprette samarbeid med barnets omsorgspersoner og eventuelt hjelpeapparat. Barnet skal sikres informasjon om foreldrenes situasjon og om Tyrili, ut ifra barnets alder og modenhet.
4. Dersom Tyrili får kjennskap til eller mistanke om at barnet har en utilfredsstillende omsorgssituasjon har vi plikt til å sende en skriftlig bekymringsmelding til barnevernstjenesten. Enhetsleder er ansvarlig for at slik melding sendes. Eleven skal informeres om at det sendes en bekymringsmelding, men det er Tyrilis ansvar at det skjer og

eleven kan være uenig. 5. Tyrili skal tilrettelegge for kontakt mellom foreldre og barn, men det understrekes at all kontakt skal foregå med utgangspunkt i barnets behov. Tidspunkt for når eventuell kontakt skal opprettes må vurderes ut i fra elevens stabilitet og barnets alder. Disse vurderingene skal alltid gjøres i samarbeids med omsorgspersoner og eventuell barnevernstjeneste. 6. Tyrili skal tilrettelegge slik at elever som er foreldre får delta i samarbeid rundt barnet, når dette er mulig ut i fra den behandlingsprosessen hver enkelt står i. 7. Økonomi knyttet til samvær med barn er elevens ansvar, og utgifter kan søkes dekket via barneverntjenesten eller NAV.

Disse prosedyrene baserer seg på lovens forskrifter, som innebærer utnevning av barneansvarlig, kartlegging av om eleven har barn og barnets omsorgssituasjon, sikre barnet informasjon om foreldrenes tilstand og meldeplikt. Det påpekes også at det skal tilrettelegges for kontakt mellom barn og foreldre, og det skal etableres samarbeid med alle parter rundt barnet. Utover disse prosedyrene ser det ut til at hver enkelte enhet må finne gode rutiner for dette arbeidet. Som det påpekes i rundskrivet fra Helsedirektoratet (Helsedirektoratet, 2010) setter lovbestemmelsene ingen begrensninger for i hvilke tilfeller helsepersonell kan bistå barna, eller begrensninger i forhold til oppgaver som kan gjøres. Loven setter bare en minstestandard, og det er opp til de ulike helseinstitusjonene og de barneansvarlige å avgjøre hva som gjøres utover disse bestemmelsene. For meg var det interessant å undersøke om Tyrili sitt verdigrunnlag gjenspeiles i de barneansvarliges forståelse og refleksjoner.

3.0 Lovendringene

I det følgende vil jeg gi et sammendrag av lovbestemmelsene som omhandler barn som pårørende, med utgangspunkt i Helsepersonelloven § 10a og § 25 og Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a, samt rundskrivet (Helsedirektoratet, 2010). I tillegg har jeg hentet informasjonsmaterieell fra Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende på Sørlandet Sykehus sine nettsider (Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, 2013). Jeg vil starte med å gjengi lovens ordlyd for så å beskrive lovens bakgrunn, intensjoner og gi en oversikt over sentrale begreper og oppgaver:

Helsepersonelloven § 10a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

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

Helsepersonelloven § 25, tredje ledd. Opplysninger til samarbeidende personell

Med mindre pasienten motsetter seg det, kan taushetsbelagte opplysninger gis til samarbeidende personell når dette er nødvendig for å ivareta behovene til pasientens barn, jf. Helsepersonelloven § 10 a.

Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7. Om barneansvarlig personell mv.

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter.

Formålet med disse lov bestemmelsene er ”å sikre at barna blir fanget opp tidlig, og at det blir satt i gang prosesser som setter barn og foreldre i bedre stand til å mestre situasjonen” og ”å forebygge problemer hos barn og foreldre” (Helsedirektoratet, 2010, s. 1). Lovene er ment å utfylle hverandre slik at barnets interesser blir ivaretatt når deres foreldre mottar helsehjelp. Helsepersonelloven § 10 pålegger helsepersonell en plikt til å sikre at barnet får nødvendig informasjon og oppfølging. Målet med Helsepersonelloven § 25, tredje ledd er å legge til rette for at helsepersonell skal kunne følge opp sin plikt ovenfor disse barna ved å gi mulighet for

et mer åpent samarbeid hvor taushetsbelagte opplysninger kan videreformidles til samarbeidene personell. For å styrke barnas stilling ytterligere pålegger bestemmelsene i spesialisthelsetjenetseloven § 3-7 a at helseinstitusjonen har tilstrekkelig med barneansvarlig personell.

3.1 Den politiske begrunnelsen for lovendringene

Regjeringens økonomiske satsingsperiode på ”barn som pårørende” fra 2007 til 2010 har vært delt i to gjensidige og parallelle prosesser mellom Helse og Omsorgsdepartementet og Barne- likestillingsdepartementet. Satsningen som startet i 2007 omhandlet barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre, og i 2009 ble ”barn som pårørende” utvidet til også å gjelde barn av somatisk syke og skadde. Formålet med satsningen var å identifisere og gi tidligere hjelp til barna, samt langsiktig oppfølging av barna. I tillegg var formålet også økt kompetanse i tjenestene, delt erfaringer, økt forskningsaktiviteten og å motivere frivillige organisasjoner til tiltak (Helsedirektoratet, 2012).

Bakgrunn for satsningen var Barne- og familiedepartementets (BFD) kjennskap til at barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre fikk lite støtte og oppfølging. Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R-BUP) og Statens institutt for rusmiddelforskning (SIRUS) fikk i oppdrag å utrede støtte- og behandlingstilbudet til disse barna (Helsedirektoratet, 2012).

Resultatet var tre rapporter som alle konkluderte med at barn som pårørende blir gitt et tilfeldig, uforutsigbart og lite helhetlig tilbud . Det vises også til manglende retningslinjer for å identifisere barna og manglende kontinuitet i oppfølgingen. Dette til tross for kunnskap om risikofaktorer og belastninger disse barna utsettes for. Alle rapportene påpekte behovet for økt oppfølging av barn som pårørende av psykisk syke og/eller rusavhengige (Aamodt & Aamodt, 2005; Solbakken, Lauritzen & Lund, 2005; Solbakken & Lauritzen, 2006).

Oppsummert kan en si at ”Barn som pårørende” har sin bakgrunn i kunnskap om manglende identifisering og oppfølging av barn som har psykisk syke eller rusavhengige foreldre, har ledet frem til en politisk satsning, som igjen resulterte i lovendringene. Omfanget av barn som rammes av foreldrenes tilstand er også en viktig faktor og motivator for disse lovbestemmelsene. Det er vanskelig å anslå et eksakt antall barn og dette kan begrunnes med at rusproblematikk fortsatt er et tabubelagt tema. Man anslår at mellom 160.000 og 230.000 barn lever med foreldrenes rusmisbruk (Hansen, 2008). I Oppvekstrapporten (Barne, ungdoms- og familiedirektoratet, 2013) vises det til at 150 000 barn og unge vokser opp med hyppig berusede foreldre. SIRUS sin årlige rapport om rus situasjonen i Norge (2011) viser til

en nasjonal studie fra 1992-1993 hvor 35 prosent av 2325 pasienter innlagt til rusbehandling rapporterte at de har barn. Uavhengig av eksakt antall er omfanget betydelig og problemene disse barna utsettes for omfattende.

3.2 Barns rettsikkerhet i et historisk perspektiv

I tillegg til manglende oppfølging og omfang er lovendringene, slik jeg ser det, også et resultat av både en historisk- og en kulturell utvikling i samfunnet over tid. Barn og barndom må forstås både ut i fra sin samfunnsmessige kontekst (Øia & Fauske, 2010), og de kulturelle rammene vi lever i (Hundeide, 2009). Historisk sett har kunnskap og endringer vedrørende vårt syn på barn, oppvekstvilkår og hvilken plass barnet har i samfunnet ført til flere lover som skal sikre barn rettigheter og gode oppvekstvilkår. Der i blant Barneombudsloven, Barnevernloven og Barnekonvensjonen for å nevne noen (Lovdata).

Vergerådsloven av 1896, og skolehjemmene som skulle beskytte de forsømte barna og oppdra de til gode samfunnsborgere, ble avløst og erstattet av spesialskoleloven av 1951 og Barnevernloven av 1953 (Mathiesen, 2008). Institusjonaliseringen av barndommen på 1900 tallet medførte et endret syn på barnet, fra økonomisk nyttegjensstand til gradvis å få en verdi av mer emosjonell betydning (Ericsson, 1996; Thuen, 2008). Velferdsetatens oppgradering i etterkrigstiden styrket barnefamiliens posisjon i form av barnetrygd og lik skole for alle (Thuen, 2008). I tråd med sosialpedagogikkens utvikling erkjente det norske samfunn sitt ansvar ovenfor barna og deres oppvekst, og offentlig inngripen ble betegnelsen på sosialpedagogikkens oppgave. Samfunnets måte å forholde seg til oppdragelsesproblemer når foreldrene ikke mestret oppdragelsen av egne barn, ble betegnet som pedagogiske nødssituasjoner. Dette gjenspeiles også i dagens barnevern (Mathiesen, 2008). Dette viser til at samfunnets ansvar ovenfor barn også har utviklet seg i takt med synet på barndommen.

På 1950 tallet preges barnefamiliene av synet på kjernefamilien hvor mor var hjemmeværende med ansvar for barn og hushold. Mors overordnede rolle bar preg av et fokus på barna sin avhengighet av mor, og at ingen kunne erstatte denne relasjonen (Thuen, 2008; Øia & Fauske, 2010). Dette ble for øvrig bekreftet av Bowlby og hans teori om tilknytning, men som i senere tid har blitt funnet å gjelde tilknytning mellom barnet og dens omsorgsperson, ikke bare mor. Barnet ble sett på som sårbart, utsatt og som en passiv mottaker av andres påvirkning (Thuen, 2008; Øia & Fauske, 2010).

På 70 tallet skjer det en gradvis endring ved at færre kvinner er hjemmeværende med små barn, og flere kvinner blir yrkesaktive. Likestilling og frigjøring av kvinner, medførte at far

fikk en større rolle i familien. Med mor i arbeid krevde dette en utvidelse av barnehagetiltak. I tråd med kvinnes kamp for selvstendighet og rettigheter, økte også barnas stilling i samfunnet. Barnas selvstendighet og foreldrenes forpliktelse ovenfor barna fikk større fokus. Begrep som foreldremakt ble erstattet med foreldreansvar. 80-tallet bragte frem et nytt syn på barnet, som medførte at barnet ble sett på som et subjekt, og som en aktiv part i samspill med omgivelsene. Gjennom økt juridisk status, fikk barnet større medvirkning gjennom deltakelse og innflytelse (Ericsson, 1996; Thuen, 2008; Øia & Fauske, 2010). Subjektivisering av barnet og barns medfødte evne til å ta en aktiv del i spillet har videre ført til betegnelsen det kompetente barnet. De voksne sin definering av hva som er barnets beste, barneperspektivet, har etter hvert også tatt mer hensyn til barns opplevelser, barnets perspektiv (Øia & Fauske, 2010).

Synet på barn og barndom har gått fra å være en arbeidskraft, med lite skille mellom de voksne sine aktiviteter og aktiviteter barna deltok i, til anerkjennelsen av barn som kompetente personer med egne følelser og behov, og lovfestede rettigheter (Øia & Fauske, 2010; Hundeide, 2009). Lovendringene i Spesialisthelsetjenesteloven og Helsepersonellovens gjenspeiler i så måte den kulturelle og historiske utviklingen, og samfunnets forpliktelser ovenfor barn.

I det følgende vil jeg gi en beskrivelse av hvilke barn som omfattes av loven, hva rollen som barneansvarlig innebærer, arbeidsoppgaver og ansvarsfordeling.

3.3 Hvem er barn som pårørende?

Begrepet ”barn som pårørende” brukes om barn som lever med eller har foreldre som mottar helsehjelp grunnet psykisk sykdom, rusavhengighet, somatisk sykdom eller skade.

Lovbestemmelsene gjelder for mindreårige barn under 18 år og innebærer biologiske barn, stebarn, adoptivbarn og fosterbarn (Helsedirektoratet, 2010).

Sundfær (2012) setter søkelyset på de unge voksne, og mener at også de bør bli tatt med i betraktning selv om de faller utenfor lovens målgruppe. Dette begrunner hun med at det er viktig å fange opp de unge voksne som kan bli usynlige i denne sammenheng, da de er blitt mer selvstendige og kanskje flyttet ut fra hjemmet. I lovens Rundskriv (Helsedirektoratet, 2010) vektlegges også selvstendighet hos ungdom over 18 år, som en begrunnelse for at de ikke defineres som ”barn som pårørende”. De over 18 år kan i større grad ta vare på sitt eget liv og selv søke helsehjelp. Det skal også legges til at alle over 18 år ikke lenger defineres som barn i det norske samfunn per lov. Videre poengteres det i Rundskrivet at ungdom over

18 år kan regnes som nærmeste pårørende, og i større grad involveres i foreldrenes sykdom. Dette innebærer at ungdom over 18 år kan beregnes som pårørende i tradisjonell forstand. Dette kan ha positive effekter som mer involvering og kunnskap om foreldrenes tilstand, men også få konsekvenser som mer ansvarliggjøring i forhold til et omsorgs- og ansvarsforhold. Helsepersonell bør ta med i betraktning at dette er unge voksne og ungdom som fortsatt er ”barn av”.

For meg er det viktig å poengtere at barn ikke er pårørende på samme måte som voksne. Dette legges det også vekt på i forarbeidene til loven. I tradisjonell forstand er begrepet pårørende forbundet med et omsorgs- og ansvarsforhold, og som kan problematisere bruk av begrepet ”barn som pårørende”. Barn står ikke i et omsorgs- eller ansvarsforhold til noen, og de skal ikke belastes av de voksnes plikter. Mange barn som vokser opp med rusavhengige foreldre kan ta på seg eller bli pålagt oppgaver og ansvar som tilhører de voksne. Disse unge omsorgsgiverne vil bli diskutert senere i teorikapittelet.

Vi må altså tolke begrepet ”barn som pårørende” i en annen forstand enn den tradisjonelle måten å se begrepet på. Betegnelsen ”barn som pårørende” gir oss en mulighet til å se og møte barn av rusavhengige på en ny måte, og en unik mulighet til å kunne ta barnets perspektiv.

3.4 Ivaretagelse av barn som pårørende

Lovteksten i Helsepersonelloven § 10a plikter helsepersonell til å ivareta mindreårige barn som pårørende, ved å avklare om pasienten har barn, og ivareta behov for informasjon og nødvendig oppfølging. Helsepersonell er alle som yter helsehjelp i forbindelse med psykisk sykdom, rusavhengighet eller somatisk sykdom eller skade. Jeg vil i det følgende gi en mer utfyllende beskrivelse av de ulike tiltakene hentet fra rundskrivet ”Barn som pårørende” (Helsedirektoratet, 2010).

Snarest mulig skal det avklares om pasienten har barn. Helsepersonell skal innhente informasjon om barnets omsorgssituasjon, som innebærer informasjon om hvem barnet bor hos og om barnets omsorgssituasjon er tilfredsstillende. Dersom barnets omsorgssituasjon ikke er god nok har helsepersonell meldeplikt.

Videre skal barnas behov for informasjon og oppfølging kartlegges. Kartleggingssamtalen tar utgangspunkt i dialog med pasienten, men kan også inkludere barnet og barnets omsorgspersoner. Formålet med kartleggingen er å få en innsikt i hvilke konsekvenser

pasientens situasjon og tilstand har for barnets hverdagsliv, og hvilke behov for tiltak barnet har. I rundskrivet vektlegges det at det i kartleggingen også bør fremkomme en oversikt over risiko- og beskyttelsesfaktorer i og rundt barnet. Dette er i tråd med resiliensforskningen som viser til at beskyttelsesfaktorer, både i og utenfor barnet, kan bidra til at barn utvikler seg tilfredsstillende til tross for risikofaktorene. Barn har ulik grad av sårbarhet, ressurser og mestringsevne, og foreldrekompetansen og nettverket rundt familien kan være avgjørende for barnets utvikling (Borge, 2003; Lauritzen & Waal, 2011).

Samtale med barn skal være tilpasset barnets alder og modenhet. Barn har behov for informasjon både vedrørende forelderen sin tilstand og vedrørende sin egen situasjon. Oppnåelse av sammenheng, mening og forståelse skaper trygghet for barnet. Adekvat informasjon til barnet om det som foregår i familien vil være en beskyttende faktor (Hansen, 2012; Borge, 2003). I tillegg til å gi barnet informasjon vil en samtale gi foreldrene og helsepersonell innblikk i barnets perspektiv, ved at barnet får sette ord på egne tanker, opplevelser og følelser.

Foreldrene bør støttes til å gjennomføre samtale med barnet selv, men dersom dette ikke gjøres av ulik årsak har helsepersonell et ansvar for å sikre at barnet får nødvendig informasjon. Sundfær (2012) poengterer at skam, skyld og dårlig samvittighet kan gjøre det vanskelig for foreldrene å snakke om sin rusavhengighet, og de kan vise en ambivalens til å informere barnet. Informasjon bør også gis barnets omsorgspersoner og andre som er delaktige i barnets hverdag.

I samtale med foreldrene bør det også tematiseres hvilken kontakt det skal være mellom barn og foreldre. Kontakt mellom barn og foreldre i behandlingsforløpet bør vurderes både ut i fra barnets behov og ut i fra foreldrenes behov og kapasitet. Dette er generelle formuleringer som gir liten retning for de barneansvarlige. I mitt prosjekt var jeg opptatt av å finne ut hvilke vurderinger eller kriterier de barneansvarlige legger til grunn for vurdering av samvær og kontakt mellom barn og foreldre.

Loven setter ingen øvrig begrensninger for omfang eller typer av tiltak, men en minstestandard. Barn vil ha behov for ulike typer for oppfølging, og samarbeid med andre hjelpeinstanser vil i mange tilfeller være aktuelt. All oppfølging av barnet skal skje i samråd med pasienten, og pasienten skal gi samtykke. Informasjon av kartlegging, vurderinger og tiltak som igangsettes skal dokumenteres og journalføres i pasientens journal. Uavhengig av tiltak som igangsettes er målet å bidra til trygghet, inkludering, økt forståelse av situasjonen

og hjelp til å mestre hverdagen. Arbeidet som gjøres for å ivareta barna skal styres av tre premisser, hjelpe foreldrene med å ivareta barna, samarbeid rundt barna, eksternt og internt og arbeide innenfor taushetsplikten.

3.5 Barneansvarlig

Slik vi ser av Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a skal alle helseinstitusjoner ha barneansvarlig helsepersonell som sikrer ivaretagelse av pasientens barn. Hovedfunksjonen til barneansvarlig er ”å sette arbeidet i system, holde helsepersonell oppdatert og fremme barnets interesse” (Helsedirektoratet, 2010, s.17). Dette innebærer å utarbeide rutiner, sikre informasjonsflyt, koordinere og bistå helsepersonells oppfølging av barn og foreldre, være aktiv i konkrete saker og tematisere barns situasjon, ha oversikt over tiltak for barn og sikre samarbeidsrutiner.

Rollen som barneansvarlig delegeres av virksomhetens ledelse. I tillegg til barneansvarlig velger noen steder å ha en barnekoordinator, som en valgfri ordning. Barnekoordinatoren har et overordnet ansvar for å koordinere arbeidet rundt barn som pårørende på system nivå, og bidra til veiledning av helsepersonell og barneansvarlig. Som bestemmelsen i helsepersonelloven § 10a sier og som tidligere beskrevet gjelder plikten til å følge opp barn alt helsepersonell som yter helsehjelp til pasienter.

Lovbestemmelsene setter ingen formelle kvalifikasjonskrav til hvem som kan være barneansvarlig. Allikevel ligger det føringer om at barneansvarlig bør inneha kunnskap om blant annet aktuelle lovverk relatert til barn, kunnskap om førstelinjetjenesten og andre hjelpetiltak, barns utvikling og reaksjonsmønstre, alderstilpassede samtaler, særpreg ved og konsekvenser av foreldrenes tilstand i et familieperspektiv. Interesse og erverving av kunnskap påpekes som viktige faktorer. Jeg er enig i at interesse og kompetanseutvikling bør være sentrale kvaliteter hos barneansvarlig, men slik jeg ser det ut i fra disse føringene krever dette betydelig kunnskap om barn. Oppbygging av kunnskap og kompetanse tar tid og ressurser, og etter min erfaring er helsevesenet presset på både tid og arbeidsmengde, som igjen kan føre til at et slikt fokus blir nedprioritert i hverdagen.

Det er sentralt, som det også påpekes i Rundskrivet (Helsedirektoratet, 2010), at ledelsen sikrer at barneansvarlig har eller får nødvendig kunnskap. I tillegg er det viktig at virksomheten har klare definerte retningslinjer og rutinebeskrivelser for ivaretagelse av barn som pårørende, da lovbestemmelsene ikke setter noen begrensninger for initiativ ovenfor barn, bare et minimumskrav, og ingen formelle kvalifikasjonskrav hos den barneansvarlige. I Rundskrivet ”Barn som pårørende” refereres det til Helsepersonelloven § 16 som pålegger

virksomheten å ”innlemme plikten til å ivareta barn som pårørende i de ansattes arbeidsoppgaver og utarbeide rutiner som ivaretar denne plikten” (Helsedirektoratet, 2010, s. 4).

Som beskrevet over har den barneansvarlige en aktiv rolle, men også en åpen rolle. Utnevning av barneansvarlig gir ingen sikring for at barna blir ivaretatt, men tydelige retningslinjer, praktisk tilrettelegging, tilstrekkelig kompetanse, ressurser og veiledning kan bidra til en forankring av rollen og et tydeligere mandat. Dette vil igjen kunne bidra til økt ivaretagelse av barna. Den barneansvarlige sitt mandat er å representere barnet, ved å fremme barneperspektivet og uttale seg om barnets behov i ulike situasjoner og forum.

3.6 Tidligere forskning fra arbeid med barn som pårørende

I rapportene som dannet grunnlaget for satsningen på barn som pårørende vises det til ulike utfordringer som hindrer ivaretagelse av barna. Funnene viser at rutiner og praksis gjenspeiler en individorientert tilnærming fremfor familiebasert behandling. Det var ingen systematikk i å fange opp om pasienten har barn eller om barnets omsorg er ivaretatt, og det var mangel på innarbeidede samarbeids rutiner. Fagfolk ga uttrykk for en usikkerhet ved å skulle tematisere barn med pasienten og ved å skulle samtale med barna (Aamodt & Aamodt, 2005). Videre viste funnene også til at motstridende interesser mellom barn og foreldre ble fremhevet som et dilemma (Solbakken et al., 2005). Disse rapportene stadfestet at oppfølgingen av barn som pårørende var mangelfull, og at det måtte settes i verk tiltak som kunne sikre langvarig oppfølging av disse barna. Hva vet vi om denne ordningen i dag? Jeg vil under vise til forskning, både nasjonalt og internasjonalt, som beskriver erfaringer og utfordringer ved å skulle ivareta barn som pårørende.

I rapporten ”Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsning for barn som pårørende” (Helsedirektoratet, 2012) gis en oversikt og evaluering av satsningen.

Spørreundersøkelsene ble gjennomført et år etter at lovendringene trådte i kraft.

Hovedfunnene var 1. styrkede tiltak rettet mot tidlig intervensjonen i førskolealder, hvor tiltak mot barn i familier med rusproblematikk har blitt særlig styrket. 2. styrket kompetanseheving og administrative tiltak for å identifisere barn som pårørende, ved å innføre prosedyrer, rutiner og opplæring av barneansvarlig personell. 3. funnene viste også til utfordringer knyttet til direkte tiltak ovenfor barn som pårørende. Dette var manglende samhandling mellom instanser, lav rekruttering til ulike former for tiltak da barnevernet blir ansett som primærtiltak, begrenset langsiktig hjelp og tilbud i kommunene for barn mellom 7-18 år og

begrenset grad av brukermedvirkning for barn på systemnivå (Kallander, Brodal & Kibsgård, 2012). Tidlig intervensjon, systematisk identifisering av barna, styrket kompetanseheving, innføring av prosedyrer og rutiner, og opplæring barneansvarlig ser i sin helhet ut til å være styrket etter satsningen. Men som i rapporten til Aamodt og Aamodt (2005) vises det også her til manglende samarbeid og samhandling mellom instanser, som igjen fører til begrenset hjelp og begrenset langsiktig hjelp.

I sin undersøkelse "Parental mental illness: a review of barriers and issues for working with families and children" identifiserte Maybery og Reupert (2009) fem temaer relatert til barrierer og vansker i arbeid med pasienten som foreldre. Dette var 1. rutine og ledelse som omhandlet mangel på systematikk og mangel på støtte fra ledelsen, 2. samarbeid på tvers av instanser som preges av mangel på struktur, rutine og prosedyrer og ressurser, 3. holdning, ferdigheter og kunnskap hos de ansatte, som omhandlet usikkerhet og mangel på kunnskap i møte med barn og i møte med pasienten som foreldre, de ansattes holdning til endringer i rutiner og arbeidsoppgaver, og bekymring vedrørende alliansen mellom ansatte og klienten når temaet foreldreskap og psykisk sykdom blir bragt opp, 4. klienten selv, hvor klienten som foreldre ikke ønsker å involvere barn og familie i behandlingen av mulige grunner som fokus på egne behov, mangel på anerkjennelse av effekten psykisk sykdom kan ha på barn og frykt for involvering av barnevernet og 5. familien, inkludert barnet, som ikke ønsker å bli involvert i klientens behandling eller ikke hadde mulighet grunnet praktiske årsaker. Denne undersøkelsen viser til fem punkter som omhandler barrierer på både system- og individnivå. I tillegg viser den til vansker ved å ivareta både pasienten som forelder og barna dersom pasienten ikke anerkjenner sin situasjon.

I studie "Are the children of clients` visible or invisible for nurses in adult psychiatry?" fant en ut at de fleste av sykepleierne ikke møtte barna til klientene regelmessig, men at informasjon om klientens barn ble regelmessig innhentet (Korhonen, Pietila & Vehvilainen-Julkunen, 2010). Det ble utført samtale med klienten om deres barn og med barna selv om foreldrenes sykdom. Det viste seg at personlig karakteristika som kjønn, alder, materiell status og det å selv være en forelder var signifikant relatert til sykepleiernes tilbøyelighet til å ha fokus på barna til deres kliner. Det viste seg også at profesjonell erfaring, videreutdanning innen familie og bruk av familiefokusert behandling på avdelingen økte interaksjonen med barna til deres klienter. Dette studie viser til at utdanning, erfaring og personlighet har betydning for barnefokus og på initiativ ovenfor barn. På samme sider viser det også til

betydningen av gode rutiner og prosedyrer på systemnivå slik at tiltak ovenfor barn ikke avhenger av enkeltpersoner.

Selbekk har evaluert prosjektstillingen Barne- og pårørendekontakt (BPK) i sin rapport ”Utvidet oppfølging av barn og pårørende i spesialisert rusbehandling” (Selbekk, 2011). I rapporten vises det til barriere i forhold til å nå barn, da barn i liten grad tar kontakt selv. Av den grunn blir oftest kontakten etablert gjennom barnets foreldre, andre voksne pårørende eller hjelpere. Stillingen som BPK, sammenliknet med en behandlerstilling, gir mulighet for å bruke tid til å komme i posisjon i forhold til barnet. Erfaringer tilsier at personell med primært fokus på barn bidrar til at institusjonen som helhet ser barna bedre. I de daglige prioriteringene, og i behandlingssammenheng kan det til tider oppleves som en konkurranse mellom de ulike perspektivene. BPK har vært barna og de pårørendes kontakt, og har også vært en støtte for de barneansvarlige. Denne evalueringen viser til helsepersonell må ta initiativ til både å innhente informasjon om barna og til å møte barna til deres pasienter, slik at dette ikke kun avhenger av foreldrenes interesse. Evalueringen løfter også frem at det å kunne skille mellom rollen som behandler og rollen som barneansvarlig som positivt, da barnefokuset blir bedre ivaretatt og lojalitetskonflikten minimaliseres.

I sin helhet ser det ut til at flere av utfordringene og manglene som er påpekt i rapporten til Aamodt og Aamodt (2005) og Solbakken et al. (2005) blir bekreftet av annen forskning, og flere av funnene er fortsatt relevante. Prosedyrer for å identifisere barn som pårørende, innføring av barneansvarlig, generell økt kompetanse og satsning på tidlig intervensjon er forbedrede tiltak på nasjonalt nivå. Tiltak rettet direkte mot barn viser til utfordringer som mangel på rutine, usikkerhet i møte med barn og foreldre, lite samarbeid, lojalitetskonflikt, foreldrenes anerkjennelse av sin situasjon og helsepersonell sin personlighet. Utfordringer ved å ivareta barn som pårørende finnes både på individnivå og systemnivå. Forskning viser altså til at ivaretagelse og oppfølging av barn som pårørende er mangelfull til tross for kunnskap om risiko og belastninger disse barna utsettes for. Dette bekrefter viktigheten av lovendringene. I det følgende vil jeg redegjøre for rusens kompleksitet ved å vise til konsekvenser rusavhengigheten får for foreldrefunksjonene og for barna.

4.0 Oppvekst med rusavhengige foreldre

Oppgavens tema omhandler barn som pårørende av rusavhengige foreldre, og ivaretagelse av disse barna når deres foreldre er i behandling. Dette teorikapittelet vil derfor fokusere på

rusens konsekvenser for foreldrene og for barna. Rusavhengighet er et komplekst problem som utover avhengigheten medfører tilleggsproblematikk både for den enkelte og for barna. Barns opplevelse av manglende oppfølging, uforutsigbarhet, mangel på sensitivitet og trygghet er konsekvenser av svekkede foreldrefunksjoner. For mange barn vil belastningen av foreldrenes rusavhengighet og omsorgssvikt føre til alvorlig risiko og utvikling av psykososiale problemer. Overføring av problemer mellom generasjoner er grundig dokumentert gjennom forskning, både nasjonalt og internasjonalt (Cleaver, Unell, Aldgate, 1999; Hansen, 2008, 2012; Killén & Ollofson, 2003).

Da samspillet mellom barn og foreldre svekkes av foreldrenes rusmisbruk har jeg valgt å vektlegge tilknytningsteorien i dette teorikapittelet fordi nærhet og samspill er grunnleggende for barnets utvikling. I tillegg har jeg valgt å fokusere på strategier barnet bruker i møte med foreldrenes rusavhengighet, enten ved hemmeligholdelse eller ved å opprettholde familiestrukturen ved å påta seg omsorgsrollen.

4.1 Rusavhengighetens kompleksitet

I følge den internasjonale sykdomsklassifikasjonen ICD-10, som brukes innenfor spesialisthelsetjenesten, defineres avhengighet som ”et spektrum av fysiologiske, atferdsmessige og kognitive fenomener der bruken av en substans eller substansklasse får en mye høyere prioritet for en gitt person enn annen atferd som tidligere var av stor verdi” (Lossius, 2011, s. 24). Denne definisjonen, ulike teorier om årsakene til rusavhengighet og ulike behandlingsformer viser til rusavhengighetens kompleksitet (Lossius, 2011; Tjersland, Jansen & Engen, 1998, 2010).

Rusen kan som kortsiktig funksjon bidra til å regulere ulike tilstander, og mange definerer sitt eget rusmisbruk som selvmedisinering. Som undersøkelsen av elevene i Tyrili viser til opptrer ofte rusavhengighet sammen med psykiske lidelser. Mange rusavhengige har svak emosjonsregulering, og bruk av rusmidler kan kompensere for dette, men effekten av rusmidler kan også på sikt føre til nedsatt emosjonsregulering. Min erfaring fra rusbehandling er at mange av pasientene må lære seg å regulere emosjonelle tilstander uten rusmidler.

Psykiske lidelser kan i seg selv bidra til økt risiko for bruk av rusmidler for å kompensere for vanskene (Kvello, 2011). Bruk av rusmidler kan også forklares som en måte å mestre hverdagen og utfordringer på. For mange er rusavhengige er rusen og avhengigheten også en overlevelsesstrategi, en måte å håndtere en traumatisk oppvekst og psykiske problemer (Lie & Granby, 2011). Uavhengig av om rusmidler er årsak til psykiske problemer eller om psykiske

vansker har skapt en rusavhengighet, blir det vanskelig å sette et skille mellom disse (Kvello, 2010; Haugland et al., 2012).

Den medisinske definisjonen av rusavhengighet som jeg viste til innledningsvis, legger fokuset på den enkelte rusavhengige, men den sier lite om hvilken skade og belastning rusen skaper på de ulike livsområder og for pårørende. I et behandlings perspektiv er det viktig å se rusavhengigheten opp i mot alle livsforhold og definere rusavhengighetens konsekvenser også som et relasjonelt problem (Lossius, 2011; Hansen, 2012).

Samlede undersøkelser viser til andre risikofaktorer som følger med et rusmisbruk er tap av økonomi, kriminalitet, isolasjon og splittelse av familien (Cleaver et al., 1999). Kvello (Sundfær, 2012) benevner i tillegg faktorer som hyppig flytting, ustrukturert og uforutsigbar hverdag, venner i rusmiljøet, abstinensproblemer og voldsproblematikk. Dette samsvarer med den tidligere refererte undersøkelsen gjort av elevene innskrevet i Tyrilistiftelsen i 2010, som viser til at rusavhengighet ofte kombineres med dårligere psykisk og fysisk helse, overdoser, lav utdanning, arbeidsløshet, ustabil bosituasjon, gjeld, kriminalitet, vold og nettverk tilknyttet rusmiljøet (Wangensteen, 2010). Bruk av rusmidler vil altså ha konsekvenser for fysiske, psykiske og sosiale funksjoner.

Denne fremstillingen illustrerer at rusavhengighet bidrar til sosial ekskludering og marginalisering, fordi rusmisbruket medfører at den rusavhengige er utelatt fra ulike samfunnsarenaer. Heggen støtter dette og understreker at marginalisering handler om å falle utenfor flere enn en arena på samme tid (Heggen, 2004). Det bør også nevnes at det er mye stigmatisering knyttet til rusmiddelmissbruk, som i tillegg til sosial utstøtning vil medføre et negativt bilde og lav selvtillit hos den rusavhengige.

Dencik, Jørgensen & Sommer (2008) mener at mangel på sosial integrering kan øke individets sårbarhet, hvilket jeg er enig i, men sett ut i fra et familieperspektiv har sårbarheten flere dimensjoner. Som vi så over vil sårbarhet gjøre forelderen mer mottakelig for stress og belastninger som igjen kan føre til svikt i omsorgsrollen, og barnet blir sårbart da det utsettes for omsorgssvikt på flere nivåer, og samtidig opplever isolasjon og mangel på støtte utenfor familien.

Som beskrevet innledningsvis er rusavhengighet er et komplekst problem. Dette får uttrykk i form av de ulike måtene å forstå rusavhengighet på, og i form av risikofaktorer og belastninger som medfølger. Kompleksiteten av rusavhengigheten utvides når den

rusavhengige også er foreldre. Jeg vil videre belyse hvilke konsekvenser foreldrenes rusmisbruk får for foreldrefunksjonene.

4.2 Svekkede foreldrefunksjoner

Foreldrefunksjonene forstyrres når foreldrene har alvorlige vansker i sine liv. Rusavhengighet vil i så måte være en faktor som får konsekvenser for foreldrefunksjonene. Likevel vil det også være foreldre som kan være omsorgsfulle ovenfor sine barn til tross for sin rusavhengighet. Sundfær påpeker dette, og mener at det ikke er diagnosen som avgjør hvordan foreldrene utfører sin foreldrefunksjon, men måten de uttrykker sin omsorg på (Sundfær, 2012).

Cleaver et al. (1999) beskriver seks foreldrefunksjoner som påvirkes av foreldrenes rusavhengighet. Disse er 1. foreldrenes evne til å organisere sine liv, som kan resultere i at foreldrene er inkonsekvente og ineffektive, 2. foreldrenes oppfattelse av seg selv, verden og barnet forstyrres, 3. tap av kontroll på følelser kan utsette barn for vold, irritasjon og tilbaketrekking, 4. neglisjering av barnets fysiske behov, 5. utrygg tilknytning grunnet mangel på sensitivitet og respons, aggresjon og en kritisk holdning til sine barn og 6. separasjon ved at barnet må flyttes ut av hjemmet grunnet konsekvenser av foreldrenes rusbruk.

Jeg vil i fortsettelsen ta utgangspunkt i disse foreldrefunksjonene, da jeg synes at de gir en god beskrivelse av de ulike problemer rusavhengighetene skaper for foreldrene og deres omsorgsrolle. Flere av de overnevnte foreldrefunksjonene kan komplimenteres med Killén sine foreldrefunksjoner, hvor Killén og Oloffson mener at det er de følelsesmessige og kognitive foreldrefunksjonene som er det viktigste å vurdere opp i mot foreldrenes rusmisbruk (Killén, 2004; Killén & Ollofson, 2011).

Måten rusavhengige foreldrene organiserer sine liv kan kjennetegnes ved ustruktur, som vises i form av forstyrret døgnrytme og mangel på faste rutiner. Mangel på rutiner i sammenheng med rus, psykisk sykdom og svakt samspillsrepertoar kan føre til at foreldrene blir upålitelige, uforutsigbare og inkonsistente i møte med barnet (Kvello, 2011). Haugland et al. (2012) påpeker at brudd på familierutiner og ritualer kan reflektere graden av uforutsigbarhet.

Mange rusavhengige har et negativt bilde av seg selv, og ser på seg selv som mindre kompetente i foreldrerollen. Synet på barnet kan også være av negativ karakter ved at barnet tillegges negative egenskaper og kvaliteter, som igjen kan føre til avvising eller invadering fra foreldrene. Et forstyrret syn av barnet kan også komme til uttrykk ved urealistiske krav og

forventninger som ikke er tilpasset barnets alder og utvikling. Barnet kan i tillegg bli sett på som en ”redning” ut av misbruket (Cleaver et al., 1999; Killén & Oloffson, 2011). I sitt forstyrrede syn på eget misbruk kan foreldrene tro at verken barnet eller samfunnet for øvrig oppfatter foreldrenes rusmisbruk. Foreldrenes benektelse av rusmisbruket påvirker barnets kognitive utvikling ved å ugyldiggjøre barnets forståelse og opplevelse. Ved å projisere problemet fraskriver forelderen seg ansvaret for sitt eget rusmisbruk, og plasserer ansvar og skyld hos andre eller på hendelser utenfor seg selv. Dette fører til at barnet får en opplevelse av seg selv som preges av utilstrekkelighet, skyld og ansvar (Killén & Oloffson, 2011). Emosjonelle svingninger som viser seg i form av veksling mellom kjærlig omsorg, sinne, frustrasjon og tilbaketrekning vil for barnet være uforutsigbart, og kan komme uttrykk både verbalt og fysisk. Foreldre som bærer på sinne og frustrasjon, eller som er aggressive kan i kombinasjon med rusmidler ty til vold (Cleaver et al., 1999; Killén & Oloffson, 2011).

Sammenhengen mellom voldsproblematikk og rusmidler bekreftes i undersøkelsen gjort av elevene i Tyrili som viser til at nesten halvparten (44,8 %) av informantene har vært tiltalt for vold (Wangensteen, 2010). Killén og Oloffson (2011) referer til en undersøkelse gjort av Famulare et. al hvor 67 prosent av foreldrene som hadde utsatt barna sine for overgrep var klassifisert som rusavhengige. Det viste seg å være sammenheng mellom alkoholmisbruk og fysiske overgrep, og kokainmisbruk og seksuelle overgrep (Killén & Oloffson, 2011).

Neglisjering av barnets fysiske behov eller fysisk vanskjøtsel henger sammen med evnen til å engasjere seg positivt følelsesmessig i barnet. Fysisk vanskjøtsel innebærer mangel på ernæring, materiell og medisinsk oppfølging (Killén & Oloffson, 2011).

Gjennomgående i litteraturen vises det til at omsorgspersoner med rusproblematikk eller psykiske lidelser er mindre sensitivitet ovenfor barnets signaler og tilstand, og er svakere på å tolke og respondere. Dette kommer til uttrykk ved under- eller overeksponering eller feiltolkning. Foreldrenes manglende evne til å tolke barnets signaler vil også hindre foreldrene i å hjelpe barnet med å regulere sine følelser. I tillegg vil foreldrenes strategi på å regulere emosjoner og tilstander ved bruk av rusmidler, stille de svakere til å kunne romme og regulere barnets følelser (Kvello, 2011; Killén & Oloffson, 2011). Foreldrenes innlevelse er avhengig av at de ser barnet og forstår barnets følelsesliv, men rusmisbruk gjør det vanskelig å lese og tenke barnets tanker og følelser. Rusen forstyrrer evnen til å reflektere over seg selv og andre, den forstyrrer foreldrenes evne til å mentalisere (Sundfær, 2012). Dette bekreftes av Kvello (2011) som påpeker at ubalanse, sterke emosjoner og stress vil reduserer kvaliteten på

mentaliseringsprosessen. Wallroth beskriver mentalisering som å ”se seg selv utenfra og andre mennesker innenfra” (2011, s. 12) eller ”tenke om følelser og å føle om tanker” (2011, s. 16).

Foreldrenes mentaliseringskapasitet kommer til uttrykk i evne til å være sensitiv ovenfor barnets signaler. Dette innebærer å prioritere barnets utviklingsmessige behov og nedprioritere egne behov og lyster. Min erfaring er at mange med rusavhengighet er impulsstyrte, og for mange foreldre vil det være en utfordring å ikke umiddelbart agere på sine egne behov, men prioritere barnets. I rusbehandling får foreldrene hjelp til å kjenne igjen og håndtere følelsesuttrykk hos seg selv og andre ved bruk av samtaler og grupper, men også i andre samhandlingsarenaer som felleskapet tilbyr (Wangensteen & Jansen, 2013). Dette vil bidra til økt mentaliseringsevne hos den enkelte.

Som siste punkt på Cleaver et al. sin liste henvises det til separasjon grunnet omsorgssvikt, som skyldes foreldrenes rusmisbruk. I tillegg vil skilsmisse, fengselsopphold, innleggelse i helseinstitusjon eller død være andre årsaker til adskillelse. I en undersøkelse om tiltak i barnevernet, i perioden 1995 til 2008, vises det til at bakgrunn for tiltak som benyttes mest er manglende omsorgsevne, foreldrenes rusmisbruk og foreldrenes psykiske lidelse. I 2008 ble 2950 barn utsatt for omsorgssvikt, blant disse var 807 barn under tiltak av barnevernet grunnet foreldrenes rusavhengighet. Undersøkelsen viser også til en sterk økning av omsorgsovertakelse grunnet omsorgssvikt (Clausen & Valset, 2012, s. 642-648).

Som denne gjennomgangen viser til er det liten tvil i fagfeltet om at rusavhengighet påvirker foreldrenes evne til å være en god nok omsorgsgiver. Foreldrenes manglende støtte og oppfølging vil medføre stor risiko for barns utvikling. Jeg vil videre rette fokuset mot konsekvenser for barnets utvikling, og hvilke strategier barnet benytter i møte med foreldrenes rusmisbruk.

4.3 Barns konsekvenser av foreldrenes rusavhengighet

Barn som vokser opp i familier hvor en eller begge foreldrene er rusavhengige, har i større grad atferdsmessige-, psykiske- og sosiale utfordringer enn andre barn (Hansen, 2008; Sundfær, 2012; Killén & Ollofson, 2011). Hjerneforskning og tilknytningsteorien belyser skadevirkningene på barna.

Kunnskapen om at trygge omsorgspersoner og positive samspillserfaringer er fundamentalt for barnets utvikling, og menneskets evne til senere å kunne knytte relasjoner, er utvidet i kraft av den senere hjerneforskningen. Forskningen viser til at tidlige samspill mellom

foreldre og barn også har en stor betydning for hjernens utvikling, og at et vedvarende høyt stressnivå hos små barn kan føre til vedvarende endringer i nervesystemet i hjernen (Killén, 2007; Hart, 2011; Sundfær, 2012). På denne måten støtter og understreker hjerneforskningen tilknytningsteorien, som viser til at barnet utvikler seg i relasjon med andre. Som tidligere belyst vil barnets behov for en tilstedeværende og psykologisk nærværende omsorgsperson (Söderström, 2008) for å oppnå positive samspillserfaringer og god utvikling være mangelfull hos barn som vokser opp med rusavhengige foreldre.

4.3.1 Utrygg og desorganisert tilknytning

Samspillserfaringer mellom barn og omsorgsgiver danner ulike former for tilknytningsmønstre. På bakgrunn av Bowlby sin teori om tilknytningsatferd som et biologisk fundament for overlevelse, videreutviklet Ainsworth teorien ved funn av strategier hos barnet som uttrykte tre former for tilknytning. Disse er trygg tilknytning, utrygg ambivalent og utrygg unnvikende tilknytning. Det ble senere funnet en fjerde av Mary Main – desorganisert tilknytning.

De tilknytningserfaringene barnet gjør seg integreres i barnet, og betegnes av Bowlby som indre arbeidsmodeller. Barnets erfaringer basert på samspill med sine omsorgsgivere integreres som en indre oppfatning av både seg selv og av omsorgspersonen, og hva barnet kan forvente av dem og relasjonen (Eide & Eide, 2008; Killén & Oloffson, 2011). Barn av rusavhengige vil i stor sannsynlighet utvikle utrygg tilknytning da det ikke blir møtt på sine behov til enhver tid. Dette er barn som er utsatt for å oppleve at samspill, som vi så ble belyst av foreldrefunksjonene, med foreldrene er preget av uforutsigbarhet, utilgjengelighet og manglende sensitivitet.

Killén påpeker at tilknytningsmønstrene kan vise seg på ulike måter i forskjellige aldre, og henviser til Crittendens tilknytningsstrategier for barn i førskolealderen. I takt med at barn utvikler seg kognitivt, emosjonelt og sosialt utvikler tilknytningsfunksjonen seg fra fysisk beskyttelse og trøst til psykologisk trygghet og intimitet (Killén & Oloffson, 2011).

Barn som blir skremt eller truet av sine tilknytningspersoner vil kunne utvikle en desorganisert strategi. Dette fordi barnet befinner seg i en situasjon uten løsning, og hvor barnet ikke er i stand til å ha en strategi. Dette kan være i familieforhold hvor barnet utsettes for vold, fysiske og seksuelle overgrep (Hart, 2010; Killén & Oloffson, 2011). Det spesielle for relasjonen mellom foreldre og barn når barnet danner denne strategien er at barnet er avhengig av beskyttelse fra den som utsetter barnet for den skremmende opplevelsen. Barnet

finner ingen løsning på situasjonen sin, og ei heller en opplevelse av at en spesiell atferd øker sjansen for ivaretagelse og trygghet. Wennerberg (2011) beskriver det som et ”biologisk paradoks”, hvor barnet slites mellom trangen til å både nærme seg og å trekke seg unna omsorgsgiver. Barnets trygge base, blir roten til det utrygge, og kilden til desorganisert tilknytning.

Trygg tilknytning betegnes som en viktig beskyttelsesfaktor, og grunnleggende for barnets utvikling av motstandskraft, mens utrygge former for tilknytning gjør barnet mer sårbart for utvikling av psykiske problemer (Killén, 2007; Wennerberg, 2011; Anke, 2012). Ut i fra dette vil en kunne trekke konklusjoner om at utrygg tilknytning i kombinasjon med andre belastninger som foreldrenes rusproblematikk medfører, vil utgjøre en stor risiko for at barnet utvikler psykososiale problemer. Svikt i foreldrefunksjonene vil ikke bare ha konsekvenser for barnet i form av utrygg tilknytning, og i ekstreme tilfeller desorganisert tilknytning, men også gi utsalg i form av omsorgssvikt.

4.3.2 Omsorgssvikt

Som tidligere beskrevet vil tilleggsfaktorer som opptrer samtidig med rusavhengighet føre til ytterligere belastninger. Forskning viser til at flere belastninger som opptrer samtidig fører til høyere risiko for stress og påkjenninger, igjen øker sjansen for en skadelig omsorgssituasjon for barnet (Kvelling, 2011; Dencik et al., 2008) og omsorgssvikt i form av følelsesmessig vanskjøtsel, psykiske overgrep og fysiske og seksuelle overgrep (Killén & Oloffson, 2011).

Foreldrenes mangel på positivt engasjement i barnet viser seg i følelsesmessig vanskjøtsel. Som vist vil bruk av rusmidler føre til utilgjengelighet, manglende evne til å se og respondere på barnets signaler og nedsatt mentaliserings evne. Den følelsesmessige vanskjøtselen har også sammenheng med manglende evne til å beskytte barnet mot farer, som innebærer at barnet kan utsettes for ulykker, seksuelle overgrep eller annen destruktiv atferd (Killén & Oloffson, 2011).

Barn som utsettes for forelderens uforutsigbare atferd er i konstant beredskap i forhold til farer og ubehag. Disse barna er lydhøre ovenfor foreldrenes signaler, de observerer stadig og tilpasser seg foreldrenes atferdsendringer, som en måte å beskytte seg selv på. Disse psykiske overgrepene bidrar til en utrygg hverdag og et utrygt barn (Haugland et al., 2012; Killén & Oloffson 2011; Sundfær, 2005). Psykiske overgrep kan også vise seg ved at barn lever med en konstant bekymring og trussel om å miste sine foreldre og omsorgsgivere. Barn som lever med rusavhengige foreldre kan oppleve at foreldrene blir borte i flere dager eller at

foreldrenes rusmisbruk fører til døden. Bowlby mente at det alvorligste psykiske overgrepet et barn kan utsettes for er trussel om tap av tilknytningspersonen (Killén & Ollofson, 2011).

Følelsesmessig vanskjøtsel og psykiske overgrep er sterk knyttet til fysiske og seksuelle overgrep (Killén & Ollofson, 2011). Det er dokumentert sammenheng mellom fysiske overgrep i familier hvor en eller begge foreldrene er rusavhengige. Det vises til at barn i familier hvor en eller begge foreldrene bruker rusmidler er i større risiko for å bli utsatt for vold (Hansen, 2012; Mohaupt & Duckert, 2010; Cleaver et al., 1999; Kvello, 2011). Dette kan ha sammenheng med at rusmidler påvirker foreldrenes måte å håndterer sin aggresjon på, terskelen blir lavere og ugylldigheten større.

Veldig mange foreldre vil oppleve å miste omsorgen for sine barn grunnet svekkede foreldrefunksjoner, som viser seg i form av omsorgssvikt og utrygge tilknytningsmønstre. Flere av disse barna vokser opp i fosterhjem eller i private plasseringer, og det vil være varierende kontakt mellom barnet og de biologiske foreldrene. I noen tilfeller vil det være hyppig og faste samvær, mens i andre tilfeller vil det være få eller ingen avtale om samvær. Dette er gjenkjennbart hos foreldrene som mottar behandling for sitt rusmisbruk i spesialisthelsetjenesten. I de tilfeller hvor foreldrene har avtalte samvær, eller ønsker oppstart av samvær blir en vesentlig oppgave for barneansvarlig være å vurdere og regulere samværsformen. I Tyrili sin rutinebeskrivelse om oppfølging av elevens barn henvises det til at det skal tilrettelegges for kontakt mellom foreldre og barn. Videre står det at denne kontakten skal ta utgangspunkt i barnets behov, barnets alder og elevens stabilitet. Men som det påpekes i rundskrivet (Helsedirektoratet, 2010) til lovendringene i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven kan det være et sprik mellom barnets behov og foreldrenes behov, det blir viktig å vurdere både foreldrenes samværskompetanse og barnets samværskapitet (Koch & Walstad, 2005).

4.4 Barnas strategier i møte med rus

Som vi har sett over vil konsekvenser av sviktende foreldrefunksjoner blir en belastning for barnet og barnets utvikling. Barn vil i mange tilfeller kompensere for foreldrenes svik ved å ta i bruk ulike strategier for å overleve, men også som en måte opprettholde kontroll, normalitet og familiens fasade på. Overtakelse av foreldrenes omsorgsoppgave og hemmeligholdelse er to slike strategier jeg vil beskrive i fortsettelsen.

4.4.1 Overtakelse av omsorgsrollen

I forarbeidene til loven legges det vekt på at barn som pårørende ikke må forveksles med vårt tradisjonelle syn på pårørende, da det er viktig at barn får være barn og at de ikke blir belastet med ansvars- og omsorgsoppgaver (Helsedirektoratet, 2010). Men på tross av dette kan barn få omfattende omsorgsoppgaver i hjemmet grunnet foreldrenes manglende evne til å utføre omsorgsrollen. Dette innebærer både emosjonelle omsorgsoppgaver og praktiske omsorgsoppgaver. Barn lærer tidlig å ta vare på sine foreldre, og ha kjennskap til foreldrenes behov og leve opp til forventninger. Dette får konsekvenser i at barnet fortrengr sine egen følelser og behov. Barn som utfører de voksnes omsorgsoppgaver har ulike betegnelser ”parentifisering” (Haugland, 2006), ”unge omsorgsgivere” (Kallander, 2010), ”rollebytte” (Killén & Ollofson, 2011) og ”young carers” (Becker, 2007).

Det er viktig å belyse i denne sammenheng at det som forventes av et barn er kulturelt og historisk betinget. Som nevnt i kapittelet om lovendringenes bakgrunn vil et historisk tilbakeblikk kunne vise at barns oppvekst i Norge var preget av deltakelse i det voksne arbeidet, og at synet på barndom ikke er det samme som i dag. Haugland (2006) påpeker at den vestlige kulturen fremmer synet på at barnets oppvekst skal være preget av å motta omsorg, tid til lek, samvær med andre barn og at tilføring av kunnskap og ferdigheter ikke er avhengig av barnets ytelse. Dersom barnet har plikter reguleres dette i forhold til alder, utvikling og modning.

”Parentifisering er et mønster av familieinteraksjon hvor barn og ungdom tildeles roller og ansvar som innenfor deres kultur normalt utføres av voksne” (Haugland, 2006, s. 212).

Haugland tilfører at denne definisjonen rommer både de emosjonelle og praktiske omsorgsoppgavene. Parentifisering deles inn tre ulike kategorier av rollemønstre; barn som har en foreldrerolle i forhold til egne foreldre, barn som har en partnerrolle i forhold til egne foreldre og barn som har en voksenrolle i forhold til andre familiemedlemmer. Utvikling av parentifisering kan skje ved svikt i foreldrefunksjonene, og foreldrenes rusmisbruk utgjør en risiko for en slik utvikling. Foreldre- og familieproblemer som kan øke sjansen for parentifisering kan deles inn i to kategorier. Dette er umodne foreldre som forsøker å få dekket egne behov gjennom barna eller familier med store belastninger (Haugland, 2006)

Barn overtar foreldrenes rolle og blir omsorgsgivere for å sikre en viss trygghet og funksjonalitet, men som ofte kan gå på bekostning av barnets utvikling og behov for å være barn. Det er vesentlig at helsepersonell ser disse barna som unike individer og møter de med

anerkjennelse. Til tross for belastninger er hvert av disse barna er et unikt individ, som innehar ressurser og oppgaver som er viktig i en familie. Helsepersonell må anerkjenne jobben og ansvaret barnet har tatt i en familie for å sikre dets overlevelse (Sundfær, 2012).

4.4.2 Hemmeligholdelse som strategi

Rusmisbruk er belagt med tabu og stigmatisert, og barn lærer seg tidlig å holde dette skjult og hemmelig for omverdenen. En kombinasjon av at foreldrenes rusmisbruk ikke tematiseres med barna, og barnets forbud mot å fortelle noen om foreldrenes rusavhengighet fører til at barnet ikke får hjelp til å bearbeide vanskelige opplevelser og barnet får heller ikke bekreftet sine følelser, opplevelser og reaksjoner (Sundfær, 2012; Killén & Oloffson, 2011). Både Stern og Bowlby sine teorier bekrefter viktigheten av at barnets følelser og opplevelse blir anerkjent. Stern sier at det er viktig for barnets psykososiale utvikling at følelsesmessige erfaringer blir bekreftet, og Bowlby mente at barnet regulerer sine handlinger og reaksjoner ut i fra responsen de får av sine omsorgsgivere (Hart & Schwartz, 2009).

Ringeffektene av hemmeligholdelsen er mange, og svært skadelig for barnet. Sundfær (2005) problematiserer at den psykologiske virkningen av hemmeligholdelse eller tabu blir mer traumatiserende enn det opprinnelige traume. Da den virkeligheten barnet lever i ikke tematiseres, blir den heller ikke eksisterende, og barnets tilstand blir ugyldig. Det som er vanskelig og smertefullt i barnets liv blir ikke satt ord på, som igjen fører til et manglende språk. Uten rom og språk til å snakke om vonde opplevelser og følelser, blir barnets følelser ei bekreftet. Barnet kan tilegne hendelser seg selv, tror at det som skjer er deres feil og påta seg skyld.

Hemmeligholdelse kan bli en form for solidaritet ovenfor foreldrene. Barnets lojalitet ovenfor sine foreldre, og ønske om å bli sett og satt pris på hindrer barnet i å søke støtte, og fortelle andre om sine opplevelser. Barnet kan også styres av redsel for at åpenhet vil få konsekvenser for foreldrene. ”Hvem skal ta vare på mamma og pappa hvis jeg må flytte?” (Sundfær, 2005). I tillegg kan mange barn oppleve isolasjon som en konsekvens av rusens hemmeligholdelse. Foreldrenes streben etter å holde sitt rusbruk skjult for øvrige familie, venner og samfunnet fører til lite sosial omgang og isolasjon.

4.5 Foreldrenes problem blir barnas belastninger

Som beskrevet i dette kapittelet vil foreldrenes rusmisbruk føre til store konsekvenser for barna. Kunnskapen om rusens skader på individet, de svekkede foreldrefunksjonene, hjerneforskning og tilknytningsteori tydeliggjør behovet for tidlig inngripen, da barnet er i

fare for å utvikle psykososiale problemer. Mange barn av rusavhengige har opplevd brudd i familien og brudd i relasjoner ved å måtte flytte inn og ut av hjemmet og ved plassering i fosterhjem. Kontakten med foreldrene kan også være preget av ustabilitet og brutte løfter.

Lovendringene i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven anerkjenner samfunnets ansvar for å ivareta barn som vokser opp med rusavhengige foreldre.

Rusbehandlingsinstitusjoner, som Tyrilistiftelsen, og helsepersonell kan bidra til forebygging av psykososiale problemer ved tidlig å identifiserer disse barna og iverksette nødvendige oppfølgingstiltak, både ovenfor barn og foreldrene. Haugland et al. (2012) argumenterer for at kunnskap om overføringsmekanismer mellom foreldrenes rusbruk og barnets fungering tilsier at rusbehandlingen bør ha et familieperspektiv i tillegg til individuell behandling. Ved å yte hjelp til både foreldre med rusavhengighet og deres barn, kan en bistå to generasjoner (Anke, 2012, s. 1051-1060).

I det følgende vil jeg beskrive mine valg av metode og fremgangsmåte som tilnæringsmetode til problemstillingen.

5.0 Metode

I dette metode kapitlet vil jeg redegjøre for og begrunne mitt valg av metode og tilnærming til problemstillingen. Jeg vil vise til hvordan undersøkelsen ble gjennomført, og hvordan datamaterialet ble bearbeidet. Forskningsetikk og min rolle som forsker vil være et

gjennomgående tema i dette metodekapittelet, og som forhåpentligvis gjenspeiler validiteten av mine resultater.

5.1 Kvalitativ metode som undersøkelsesmetode

Mitt ønske om å forstå hva som utfordrer ivaretagelse av barnefokus i behandlingen av vokse rusavhengige, ut i fra de barneansvarliges erfaringer og refleksjoner (Ringdal, 2007) dannet grunnlaget for valg av kvalitativ metode. På lik linje med samfunnsvitenskapen som studerer mennesket som tenkende og handlende vesener, og som kan foreta handlingsvalg ut i fra sine refleksjoner (Ringdal, 2007), er formålet mitt å samle inn data som gjenspeiler de barneansvarliges tanker, refleksjoner og valg av handling.

Kvalitativ metode bygger på teorier om menneskelige erfaringer og fortolkning (Malterud, 2003), og intervjuer kan brukes for å innhente empirisk kunnskap om informantens typiske opplevelser av et tema (Kvale & Brinkmann, 2009). Malterud påpeker videre at kvalitativ metode er en kunnskapspraksis som ikke blir fullstendig, men som handler mer om å utvikle nye spørsmål isteden for universelle sannheter (2003). Slik forstått vil et kvalitativt intervju hente frem en dyp forståelse av et fenomen, men ikke svar og absolutte sannheter.

Det finnes flere former for hvordan et kvalitativt intervju kan gjennomføres. Da det var viktig for meg at informantene skulle snakke om sine erfaringer og at jeg skulle få frem temaer de var opptatt av, ville jeg ha en intervjuform som kunne være åpen og gi rom for innspill fra informant. På bakgrunn av dette valgte jeg samtaleintervju, også kalt et semistrukturert intervju (Malterud, 2003). Ryen (2006) bekrefter dette ved å si at samtale gir rom for spontanitet, refleksjon og utdyping. For at jeg allikevel skulle kunne ha en viss form for struktur på samtalene, og sikre at de samme temaene ble fremhevet i hvert intervjuguide, hadde jeg laget en intervjuguide i forkant av intervjuene. Fleksibiliteten som et semistrukturert intervju gir gjør at jeg har kunnet justere mine spørsmål ut i fra data fremkommet i tidligere intervju (Thagaard, 2003).

5.1.1 Hermeneutikk

Mitt formål med undersøkelsen er å få en forståelse av hva som hindrer ivaretagelsen av et barneperspektiv i behandlingshverdagen, til tross for kunnskap, lovrammene og et ønske om å ta ansvar for barna. Dette henger sammen med et hermeneutisk syn som søker forståelse og mening. Ringdal sier at hermeneutisk metode er å forstå eller fortolke en handling, ved å knytte den til en hensikt eller intensjon hos den handlende (2007).

Menneskets forståelse utvikler seg hele tiden ved at vi tillegger vår kunnskap ny forståelse og mening. Den hermeneutiske sirkelen viser til at meningen av en del kan bare forstås dersom den settes i sammenheng med helheten. På samme måte kan vi bare forstå helheten ved å tillegge delene. Forståelsen utvikler seg gjennom gjensidig å veksle mellom helhet og del (Alvesson & Sköldberg, 2008).

En dypere forståelse av hermeneutikkens måte å søke mening kan tydeliggjøres ved bruk av den objektiverende og den aletiske sirkelen. Alvesson & Sköldberg (2008) beskriver den objektiverende sirkelen ved at en del ses i sammenhengen med helheten og hvor helheten får en ny betydning i lys av denne delen, og hvor delen da får en ny betydning i lys av helheten. Dette ble tydelig for meg i analyseprosessen da informantenes sitater kun ga mening når de ble sett i forhold intervjuens tema. På lik linje fikk temaet en dypere mening ved bruk av informantenes sitater. Når jeg satte sammen de informantenes ulike sitatene skapte dette en bredere forståelse av temaet. Enkelt sitater satt sammen, skaper en helhet.

I løpet av analyseprosessen har jeg gått igjennom dataene og resultatene mine flere ganger ved å se delene opp i mot helheten og omvendt for å sikre meningsinnholdet i teksten. Jeg opplevde ved flere anledninger at min forståelse av et sitat ble utvidet eller endret ved at jeg satte sitatet tilbake i teksten, i helheten.

Den aletiske hermeneutikken er sirkelen mellom forforståelse og forståelse (Alvesson & Sköldberg, 2008). Forforståelse må kontinuerlig referere tilbake til tidligere forforståelse, og forforståelse må befruktes gjennom ny forståelse. Som forsker bringer jeg med meg oppfatninger, meninger, kunnskap, erfaringer og fordommer med inn i forskningsprosessen (Neumann & Neumann, 2012). Ut i fra min forforståelse griper jeg en mening i dataen som fremkommer av intervjuene eller i selve intervju settingen. Informantenes refleksjoner og erfaringer bidrar til å korrigere min forforståelse, som igjen fører til at jeg utvider min forståelse.

For å kunne forstå og tolke hva informantene sier er det viktig med åpenhet og nærhet. Ringdal (2007) viser til at åpenhet begrenses av våre fortolkninger og forforståelse. Likeledes kan nærhet ha sin pris i form av at forskeren velger ut sitater som tilpasses forskerens forståelse. Å være bevisst sin forforståelse gjennom hele forskningsprosessen vil være en viktig faktor for å minske risikoen for feiltolkninger.

Til tross for ulikhetene betrakter Alvesson & Sköldberg (2008) både den hermeneutiske og den aletiske sirkel for å være komplimenterende, og at de derfor kan forenes i samme forskningsprosess.

5.2 Utvalg

Jeg valgte å gjennomføre mine intervjuer i Tyrili, grunnet kjennskap og tilgjengelighet. Etter å ha avklart valg av tema, formål med undersøkelsen og metode kom jeg frem til at jeg ønsket å intervju barneansvarlige i Tyrili. Tyrili har seks døgneheter, og jeg ønsket å inkludere alle enhetene i min undersøkelse. Formålet med et intervju er å innhente informasjon, og antall informanter vil være avhengig av formålet (Ringdal, 2007).

Bakgrunn for valg av informanter var at informantenes rolle som barneansvarlig ville kunne tilsi at de hadde kunnskap om temaet. I tillegg til kriteriet som barneansvarlig, måtte informantene være i direkte kontakt med voksne rusavhengige i en døgnet. Jeg valgte å intervju seks barneansvarlige da det i Tyrili er seks heldøgnsenheter. På den måten kunne jeg sikre at alle heldøgnsenheterne ble representert i undersøkelsen, samt innhente kunnskap om likheter og eventuelle ulikheter ved praksis på de ulike enhetene. Ved å intervju en fra hver døgnet ville jeg også kunne sikre en bred kunnskap basert på ulike erfaringer og refleksjoner. Dette for å få et mest mulig bredt og pålitelig bilde (Ringdal, 2007).

5.2.1 Rekruttering av informantene

Etter at jeg fikk godkjent mitt masterprosjekt i Tyrilistiftelsen tok jeg kontakt med enhetsledelsen på de seks ulike døgnsenheterne. Ved førstegangskontakt med den enkelte enhetsleder, presenterte jeg min undersøkelse, formålet med oppgaven og ønske om å intervju de barneansvarlige. Jeg sendte ut et informasjonsskriv og et samtykke skjema til enhetslederne slik at de fikk mulighet til å lese igjennom dette.

Videre tok jeg kontakt med den enkelte barneansvarlig, og spurte om de ville la seg intervju til mitt masterprosjekt. Responsen var positiv, både fra enhetsledelsen og fra de enkelte barneansvarlige, og jeg fikk bekreftet at dette temaet var viktig ved at samtlige ønsket å bidra i undersøkelsen. Dette til tross for at flere av de barneansvarlige uttrykte en usikkerhet vedrørende sin rolle og lite systematikk rundt arbeidet med barn som pårørende.

Tid og sted for intervju ble avtalt med den enkelte informant. I forkant av intervjuene sendte jeg ut informasjonsskriv og samtykkeskjema. Her opplyste jeg om hva jeg ønsket å undersøke, hensikt og formål. I tillegg var det viktig å presisere at informantene ville bli

anonymisert og at deltakelse var frivillig. Informanten fikk også vite at de hadde mulighet til å trekke seg underveis i undersøkelsen dersom det var ønskelig (vedlegg 1).

5.2.2 Presentasjon av informantene

Ringdal (2007) sier at det i samtaleintervju kan være interessant å registrere bakgrunnsopplysninger som utdanning, alder og yrke. I intervjuene etterspurte jeg om informantenes bakgrunnsopplysninger. Videre samlet jeg disse opplysningene i et skjema for å skaffe en oversikt over mine informanter, og se eventuelle forskjeller og likheter. Jeg vil under gi en kort presentasjon av mitt utvalg.

Av seks informanter var tre av de psykologer og tre var barnevernspedagoger. To av psykologene var spesialist i barn og unge. Ut i fra deres faglig bakgrunn kunne jeg altså forvente at disse barneansvarlige hadde kunnskap om barns utvikling og behov. Fire av informantene hadde stilling som leder på sin døgnetenhet. Alle unntatt en informant har jobbet i Tyrili mellom fem og elleve år. Lengden på rollen som barneansvarlig varierte fra en måned til to år, fire hadde vært barneansvarlige i over ett år.

Bakgrunn for valget av den enkelte barneansvarlig baseres på engasjement hos den enkelte og kunnskap. I tre av døgnetetene var det en barneansvarlig, mens i de andre tre var det to barneansvarlige. En enhet skilte seg ut ved at de også hadde en koordinator rolle. Alle de barneansvarlige jeg intervjuet var kvinner, og i intervjuene fremkom det at de barneansvarlige som ikke ble intervjuet også var kvinner.

5.3 Utforming av intervjuguide

I forkant av intervjuene utarbeidet jeg en intervjuguide (vedlegg 2), med temaer og spørsmål tilpasset problemstilling og forskningsspørsmål. Som utgangspunkt for intervjuguiden lå min forståelse og teoretiske kunnskap om barn som pårørende og rusavhengighet. Jeg hadde allerede en bakgrunnsforståelse av rusbehandling i Tyrili, som behandler selv, men det var også vesentlig for meg å inneha en teoretisk forståelsesramme. Jeg anså det som viktig å sette meg inn i lovbestemmelsene og ytterligere utvide min teoretiske forståelse av barn som pårørende og foreldre med rusavhengighet. Kjennskap til praksis og teori gjør at jeg kan stille relevante spørsmål, og bidra til at jeg skal kunne utføre dyptgående intervjuer. I tillegg til fagkunnskap har min personlighet også en betydning for mine valg og mitt fokus som forsker (Neumann & Neumann, 2012).

For meg som førstegangsintervjuer var det viktig at intervjuguiden skulle ha en støttefunksjon gjennom intervjuprosessen. Utfordringen lå i å lage en intervjuguide som gjorde meg trygg på at jeg i løpet av intervjuene kom innom alle temaene og spørsmålene, men også at det ikke skulle bli for mange spørsmål som ville låse meg til intervjuguiden. Jeg ønsket at det skulle være rom for å følge opp informantens fokus, og ikke utelukke relevant data.

5.4 Gjennomføring av intervjuene

De fleste av intervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidssted, med unntak av to intervjuer som ble gjennomført på en annen Tyrilienhet en den informanten jobbet på til daglig. Alle de seks informantene ble intervjuet en gang hver, og intervjuene ble tatt opp på båndopptaker. Før mitt første intervju hadde på forhånd ”lekt” meg med båndopptakeren slik at jeg skulle være fortrolig med både lyd og alle tekniske funksjoner.

I starten av hvert intervju fortalte jeg om strukturen i intervjuet, og hvilke hovedtemaer vi skulle snakke om. Deretter viste jeg til det tilsendte informasjonsskrivet, og gjentok kort hovedmomentene om informert samtykke, taushetsplikt, anonymisering og frivillighet. Et fåtall av informantene ble litt ukomfortable da de så båndopptakeren, men alle ga sitt samtykke til opptak av intervjuet. Mitt inntrykk var at båndopptakeren på ingen måte hindret informantene i å være åpne om viktige temaer, men at informantene ble mer fortrolig med den underveis i intervjuene (Thagaard, 2003). Bruk av båndopptaker i selve intervjuene ga meg frihet, ved at jeg kunne slippe å måtte notere underveis i intervjuet, og full fokus, ved at min oppmerksomhet var rettet mot informanten og hennes svar. I tillegg til at jeg kunne høre igjennom intervjuene flere ganger, ble dataene beriket med nyanser i måten dataene kom frem på.

Jeg startet intervjuene med spørsmål rettet mot informantens status, som utdanning, stilling, arbeidslengde i Tyrili, lengden på rollen som barneansvarlig og hvorfor akkurat de var barneansvarlig. Videre konsentrerte jeg meg om organiseringen, for så å bevege meg ut i forståelsen av hvordan arbeidet med barn som pårørende løses i praksis, med både tiltak og dilemmaer som hindrer tiltak og barnefokus. Tema som informantenes status og organisering var for informantene enkle og konkrete spørsmål, mens tema basert på hvordan barn som pårørende blir jobbet med i praksis ga større rom for refleksjoner og fylldigere svar. Alle intervjuene ble avsluttet med spørsmål om det var noe informantene ønsket å tilføye eller ytterligere belyse, før jeg takket for at de hadde stilt opp og delt sine tanker og erfaringer.

Etter hvert intervju skrev jeg refleksjonsnotater, hvor jeg beskrev mine inntrykk av intervjuet, og eventuelle tips og tanker videre i intervjuprosessen.

I mitt første intervjuet merket jeg at jeg var nervøs og noe usikker i rollen som intervjuer. Jeg ble veldig bundet til intervjuguiden, og dette hindret meg i å gå dypere inn i enkelt temaer, da jeg fokuserte på å komme innom alle spørsmålene. Jeg erfarte også at et tidsbegrenset intervju kunne være et hinder for oppnåelse av dybde i intervjuet. I de neste intervjuene var jeg mer komfortabel i min rolle, og mer selvsikker på hvordan jeg kunne få informantene til å dele sine erfaringer.

Underveis i intervjuprosessen justerte jeg på intervjuguiden, slik at den ble mer tilpasset temaer jeg følte ble vesentlige i de første intervjuene. Den endrede intervjuguiden hadde mer fokus på temaer enn på spørsmål. Dette gjorde meg mindre bundet til intervjuguiden, og førte til at jeg kunne fokusere mer på informantens initiativ og temaer som kom frem underveis i intervjuet. Allikevel lå intervjuguiden som et bakteppe for intervjuet, og som et sikkerhetsnett på at jeg skulle få fanget opp de temaene og spørsmålene som jeg ønsket. Viktigheten av å følge informantens initiativ, men samtidig ha intervjuguiden i fokus bekreftes også av Dallan (1997). Det skal sies at flere av spørsmålene ble tatt opp av informantene selv, ved at de i løpet av samtaleintervjuet kom inn på de temaene jeg hadde på intervjuguiden.

Alle mine seks intervjuer utartet seg noe forskjellig, jeg hadde seks informanter og seks ulike intervjuer. Ulikhetene handlet både om lengde på intervjuene, tilstedeværelse, usikkerhet og dybde i intervjuene. Men til tross for at intervjuene opplevdes forskjellig, var det også store likhetstrekk ved at det var de samme temaene som ble fremhevet i samtlige intervju,

5.5 Transkribering - "fra ord til tekst"

Alle intervjuene ble transkribert ord for ord slik at data kunne klargjøres for analyse. Dette var en jobb som tok lang tid, men som også var en viktig prosess for å fange opp relevant data.

Dette har også ført til at jeg har god kjennskap til innholdet i intervjuene. I de to første intervjuene transkriberte jeg på informantens dialekt, i tillegg til tenkeord. I de senere intervjuene transkriberte jeg på bokmål, men ord som ble sagt på dialekt og som jeg oppfattet at hadde en betydning for innholdet beholdt jeg i sin opprinnelige målform. I transkriberingen anonymiserte jeg informantene ved å henvise til intervju 1,2,3,4,5 og 6.

Sitater jeg har valgt å bruke i analysen er direkte sitat, og nært opp til informantens språk. Jeg har tatt vekk pause eller tenkeord, og ord som jeg oppfattet ikke hadde noen betydning i

sammenhengen. Jeg har også tatt valgt å ta bort stedsnavn slik at sitater og steder ikke skal være gjenkjennbart for leseren. Datamaterialet består av over 80 sider med transkriberte intervju.

5.6 Temabasert analyse

I analysen av datamaterialet gikk jeg systematisk til verks. Jeg valgte å tematisere informantenes sitater inn i noen hovedkategorier, for så og sette disse kategoriene inn i en skjematisk oversikt. Dette bidro til en god oversikt over de ulike temaene og variasjonene som fremkom. Ut i fra dette skjemaet kunne jeg tyde likheter og forskjeller av tiltak ovenfor barn og foreldre, dilemmaer og utfordringer, og ikke minst hva den enkelte barneansvarlig var opptatt av. Dette er hva Ryen (2006) beskriver som en første del av en analyse prosess, hvor forskeren foretar en datareduksjon ved å plukke ut interessante svar, finne likheter og om svarene kan tematiseres.

Som metode i analyseprosessen beskrives både en ”nedenfra og opp” modell og en ”ovenfra og ned” modell (Ryen, 2006; Ringdal, 2007). ”Nedenfra og opp” metoden deler rådata inn i enheter som videre tilpasses kategorier. Dataen danner videre grunnlaget for begreper og kategorier. I ”ovenfra og ned” metoden begynner forskeren med bestemte kategorier, for så å lete etter data som bekrefter kategoriene. Ryen (2006) problematiserer bruk av denne metoden ved at forskeren kan overse viktig data. I min fremgangsmåte og temabaserte analyse har jeg nok vekslet mellom begge disse metodene. Jeg har delt sitater inn i kategorier, men også hentet frem data på bakgrunn av kategorier. Kategoriene ble delt inn i samarbeid, tiltak ovenfor barna, tiltak ovenfor foreldrene, dilemmaer og videre fokus.

Uavhengig av valg av metode innebærer analyse av kvalitativ data å redusere datamengde (Ryen, 2006; Ringdal, 2007), og finne relevant data. Temaene jeg kom frem til omfavnet funn fra alle intervjuene, og gjenspeilet informantenes fokus. Jeg anså temaene som relevante for videre tolkning og diskusjon, frem mot å kunne belyse min problemstilling. Ryen (2006) betegner dette som en del av analyseprosessen hvor forskeren trekker frem det som bidrar til en samlet fremstilling i en datapresentasjon, og hvor forskeren til slutt konkluderer ved å gjøre opp status og valg videre.

I løpet av analyseprosessen har innholdet i datamaterialet etter hvert formet seg til å skape en mening som jeg mener belyser både de barneansvarlige sitt fokus og mitt fokus som forsker. Slik Ringdal sier det er formålet med analysen å klargjøre data for tolkning, og bidra til en forståelse om et tema (2007).

5.7 Forskerrollen

Valget om å forske på egen arbeidsplass kan både være en styrke og en utfordring. Min fordel ved å skulle gjennomføre undersøkelsen på Tyrili er at jeg er godt kjent med strukturen i arbeidshverdagen, og at jeg kjenner til kulturen som kommer til uttrykk i tankesett og språk. Kvale og Brinkmann (2009) sier at dersom forsker oppholder seg i det miljøet der intervjuene skal foretas, blir forskeren innført i den lokale sjargongen, lokale rutiner og maktstrukturer. Fortrolighet med kulturen trekkes også frem som vesentlig faktor i en intervjusituasjon.

På samme måte kan nærheten til arbeidsplassen være en utfordring. Å studere i eget felt er møtt med mye skepsis. Mye av grunnen til dette er manglende fremmedhet til feltet, og at en blir blind for eget felt (Malterud, 2008). I mitt tilfelle kunne det bety at jeg ikke stiller spørsmål om forhold jeg allerede har kjenskap til, og derved ubevisst legger ord i munnen på informanter. Eller at jeg glemmer de viktige hvorfor spørsmålene fordi jeg tror jeg allerede kjenner begrunnelsen. Når forskeren på forhånd har en bestemt oppfatning av informantens virkelighet kaller Bourdieu (1992) dette for prekonstruksjoner. Ved å tilpasse informasjon min forforståelse, kan jeg lukke meg fra å oppdage nye perspektiver. I et intervju kan jeg kan feile på å etterspørre informasjon, som kanskje en annen forsker ville etterspurt.

Viktigheten av å forkant av undersøkelsen å klargjøre for sine fordommer og sin forforståelse i forkant av undersøkelsen bekreftes også av Malterud (2008). Ved å være bevisst disse utfordringene, har jeg kunnet gjennomført intervjuer med visshet om at jeg har vært opptatt av å følge informantene i sine refleksjoner, ved aktiv å følge opp med oppfølgingsspørsmål. Jeg har også vært bevisst på å etterspørre uklarheter slik at data informanten kommer med gir mening og forståelse.

Da jeg hadde valgt tema, bearbeidet det og skulle ta fatt på mine undersøkelser, hadde jeg i forkant av intervjuene noen tanker og fordommer om hvordan barnefokuset ble ivaretatt i behandlingshverdagen. Jeg var ganske sikker på at Tyrili holdt seg innenfor lovrammene, men usikkerheten omhandlet hvilken tye oppfølging barna fikk utover lovbestemmelsene. Disse tankene frembrakte en form for lojalitetskonflikt mellom eventuelle negative funn og ønske om å ikke sverte Tyrili sitt rykte og eller svekke mine kollegaers tillitt til meg.

Da dette viste seg som et dilemma tok jeg kontakt med Stiftelsesledelsen og enhetslederne angående offentliggjøring av Tyrili som undersøkelsesplass i masteroppgaven. Samtlige bekreftet at Tyrili ikke har noe å "skjule", og at dette er et viktig tema å løfte frem både

internt og eksternt. Dette betrygget meg, og ga meg mot til å bruke et kritisk blikk i analyseprosessen. Uavhengig av all tillitt visste jeg at det å skulle forholde seg mest mulig upåvirket av min daglige rolle som arbeider og kollega i intervjusituasjonene og til resultatene ville by utfordringer. Men ved å være bevisst mine følelser, førforståelse og fordommer og avklare disse vil dette kunne bidra til at jeg skal kunne legge en viss avstand til følelsene i analysearbeidet (Neumann & Neumann, 2012).

Neumann og Neumann (2012) mener at jeg som forsker ikke kan klare å være nøytral eller objektiv i en intervjusituasjon uavhengig av bakgrunn, og at jeg ikke vil kunne unngå å gå inn i en relasjon med informanten. Med dette menes at informant og forskeren påvirkes gjensidig av hverandres nærvær i en intervjusituasjon. Neumann og Neumann sier videre at ingen i praksis klarer å forholde seg taus, nøytral eller upåvirket i en intervjusituasjon, og legger til at dersom en forsker greier å forholde seg helt nøytral, vil ikke forskeren ha de nødvendige forutsetningene til å forstå de sosiale situasjonene det forskes på (2012).

Dette har jeg erfart ved at jeg i intervjusituasjonen har måtte kommet frem mer som person og ikke holdt meg i bakgrunnen. I flere av mine intervjuet har jeg sett det som nødvendig å vinkle spørsmålene for å få frem relevant data ut i fra hvem jeg har intervjuet. Dette har bunn i flere faktorer som informantens kunnskap, erfaring, usikkerhet og tilstedeværelse, men også min kjennskap til de ulike informanter. På samme måte påpeker Neuman og Neumann (2012) forskerens behov for å være aktiv i en intervjusituasjon ved å ha fokus på gitte temaer og fremme disse. Forskeren skal etterstrebe å få frem informantens synspunkt, men samtidig vise vei inn på temaer. De mener videre at god kvalitativ forskning består i at forsker er aktiv, og ikke holder seg i bakgrunnen slik annen forskningsmetode anbefaler.

Awareness, eller tilstedeværelse, er også en faktor som fremhever viktigheten av en aktiv forsker fremfor nøytralitet. Mine intervjuer er alle ulike, og jeg har måtte justert meg ut i fra situasjonen og ut i fra hvem jeg snakket med (Neumann & Neumann, 2012). Dette har jeg gjort ved å være bevisst og oppmerksom på meg selv, informanten og helheten i situasjonen, ved å lytte til hva som sies, hvordan ordene sies, følger med på egne følelser og reaksjoner, og observere informantens kroppsspråk. Poenget med en tilstedeværelse i intervjusituasjonen er å minske faren for feiltolkning ved at forsker tar med seg helheten i situasjonen, og ikke barer tolker ord eller kroppsspråk (Neumann & Neumann, 2012).

5.8 Reabilitet og validitet

Kvalitativ undersøkelse handler om å gå i dybden og få en forståelse av et fenomen. Antall informanter er begrenset, og det er informantens erfaringer og refleksjoner som blir viktig data i en slik type undersøkelse. Dette setter begrensninger på hvordan en kan måle kvalitet og lit til resultatene, men allikevel vil gyldighet og pålitelighet være en viktig faktor å ha med seg i en slik undersøkelse.

Reliabilitet, validitet og generaliserbarhet er oftest knyttet til kvantitativt design, og det er omdiskutert om disse begrepene har noen relevans innenfor kvalitativt design (Ringdal, 2007; Ryen, 2006). Thagaard i Ringdal (2007) bruker begrepene troverdighet, bekreftbarhet og overførbarhet som en tilpasning til kvalitativt design. Troverdighet handler om forskningen er utført på en tillitsvekkende måte, bekreftbarhet knyttes til kvaliteten i de tolkningene som gjøres, og om innsikten støttes av andre undersøkelser, og overførbarhet knyttes til om resultatene fra undersøkelsen gjelder i andre situasjoner eller andre steder. Ringdal mener på den andre siden at bruk av andre begreper vil kunne føre til tap av innarbeidede begreper som kan bidra til å vurdere dataens kvalitet (2007).

Generaliserbarhet beskrives å sjelden være aktuelt i kvalitativt design grunnet mangel på overførbarhet av resultater til andre situasjoner (Ringdal, 2007), likevel vil jeg påstå at mine funn sannsynligvis er gyldige også for hvordan andre rusinstitusjoner arbeider med pasientens barn. Jeg antar at de står i mange av de samme dilemmaene, som for eksempel samarbeid med barneverntjenesten. Reliabilitet kan beskrives som pålitelighet og validitet som gyldighet. Reliabilitet er mine refleksjoner over hvordan datainnsamlingen har foregått og min grundig beskrivelse av fremgangsmåte for å gjøre forskningsprosessen synlig. Validitet omhandler om jeg har målt det jeg vil måle (Ringdal, 2007; Ryen, 2006). For meg så henger disse to begrepene tett sammen, noe som forøvrig bekreftes av Ryen (2006).

Tidligere har jeg redegjort for mitt utvalg i undersøkelsen. Jeg mener at mitt valg av informanter og antall, 6 barneansvarlige fra 6 ulike enheter, viser til et grunnlag for å kunne oppnå gyldige data. Da det i intervjuene og i analysen fremkom mange av de samme temaene vil jeg si at dette styrker validiteten i undersøkelsen.

Samtaleintervju er basert på åpne spørsmål og fleksibilitet, noe som medfører at de sjelden er like. Dette bidrar til at sammenlikning er vanskelig. Ringdal sier at dette kan bøtes på ved at noen spørsmål stilles rimelig likt til alle informantene (2007). I mine intervjuer var det noen like spørsmål som gikk igjen, og temaene var de samme i alle intervjuene. Med

intervjuguiden som bakgrunn gir den meg også en sikkerhet om at jeg har vært innom de temaene jeg ønsker i løpet av intervjuet, samt at jeg klarer å holde en viss struktur.

Silvermann i Ryen (2006) sier at reliabilitet er et krav som kan stilles i flere stadier av en undersøkelse. Ved datainnsamling kan båndopptak av alle intervju bidra til å sikre høy reliabilitet. Videre kan forskeren under analysen la ulike forskere kategorisere samme materiale, for så å sammenlikne. Det siste punktet i Silvermann sitt eksempel er at forsker i rapporten redegjør for prosedyrer i datainnsamlingen og notater, samt at forskeren presenterer større utdrag fra data og ikke bare oppsummeringer. Jeg har i dette metode kapitlet beskrevet bruk av lydopptaker i alle intervjuer, og jeg har redegjort for min fremgangsmåte i datainnsamlingen. Jeg har i analysen brukt mange sitater fra intervjuene for å vise til troverdighet i mine tolkninger og temaer. I punktet om sammenlikning av materiale med andre forskere har jeg ved bruk av veileder og kollokvie gruppe diskutert materialet og mine funn for å kvalitetssikre mine resultater.

Jeg har i dette metode kapitlet avklart mine utfordringer som forsker ved egen arbeidsplass, og vært bevisst mine tanker, førforståelse og følelser til temaet. Ved bruk av teori og tidligere forskning har jeg kunne dannet meg en teoretisk forståelse av data som fremkom i intervjuene, som jeg mener også kan være gyldig for andre som jobber med ”barn som pårørende”.

5.9 Etikk

I forkant av undersøkelsen meldte jeg undersøkelsen til Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) om lov til å gjennomføre mine intervjuer i Tyrili. Jeg beskrev formålet med undersøkelsen, problemstilling, forskningsspørsmål og hvordan jeg ville gjennomføre intervjuene. Jeg viste til anonymitet ved at jeg anonymiserte informantene, og benyttet meg av låsbare skap til både diktafon og datamaskin som sikkerhet. Jeg sa videre at jeg ville slette all skreven data og alle intervju, samt makulere papirnotater når masteroppgaven er ferdigstilt. Alt dette er for å beskytte informantenes privatliv og integritet. Jeg fikk godkjent min undersøkelse (vedlegg 3).

Informantene deltok frivillig i undersøkelsen, og i forkant av intervjuet ble de tilsendt et informasjonsskriv om undersøkelsen fremgang og formål. I tillegg skrev informantene under på samtykke til å delta, men de kunne underveis i undersøkelsen eller i etterkant trekke samtykke. I starten av hvert intervju fortalte jeg gjennomgikk jeg intervjuet gang, slik at informantene viste hvilke temaer jeg ville komme innom.

Når informantene bruker eksempler fra egen arbeidsplass, og som tidligere nevnt er Tyrili som undersøkelsesplass offentliggjort i oppgaven, har jeg gjort det jeg kan for å skjule den enkeltes informant sin identitet. Jeg har ikke tatt med hvilken enhet informanten jobber på, og jeg har utelatt stedsnavn. Anonymiteten vil utad være ivaretatt, men innad i Tyrilistiftelsen vil noe kunne være gjenkjennbart for kollegaer. Jeg har omskrevet sitater til bokmål, og tatt vekk ord som kunne være gjenkjennbare, og på den måten anonymisert sitatene.

5.10 Metodekritikk

Validiteten i undersøkelsen ville vært styrket om jeg hadde benyttet meg av triangulering. Patton viser til Denzin sine fire former for triangulering ”1. metodetriangulering, 2. kildetriangulering, 3. observatørt triangulering og 4. teoritriangulering” (sitert av Malterud, 2008, s. 188) Men rammene for oppgaven i tid og omfang har slik jeg ser det begrenset dette.

Jeg kunne benyttet meg av metodetriangulering ved at jeg i tillegg til intervjuene brukte spørreundersøkelser som verktøy for så å kunne sammenlikne resultater, eller bruke de til å utdype hverandre. Kvale og Brinkmann (2009) sier at bruk av blandede metoder er det samme som bruk av forskjellige verktøy for å svare på forskjellige spørsmål. Kvalitativ metode handler om ”hva slags” og kvantitativ metode handler om ”hvor mye av en slags”.

For å nå et bredere utvalg kunne jeg benyttet meg av gruppeintervju. Til forskjell for intervjusamtaler ville en fokusgruppe kunne få frem data som følge av en gruppedynamikk, og som en ikke vil kunne oppnå i intervjusamtaler. Videre ville et gruppeintervju kunne frembringe utsagn fremkommet gjennom sosial interaksjon (Ryen, 2006). Allikevel mener jeg at mitt valg om å intervju seks barneansvarlige som representant for hver enhet og at deres fokus gjenspeiler mange av de samme temaene som den øvrige medarbeider ville vært opptatt av.

Et annet element, som tidligere nevnt, er vanskeligheten av å generalisere ved bruk av intervjuer. Dette er fordi informasjonen informantene gir er representativt for dem selv, og ikke for alle helsearbeider som jobber med barn og foreldre med rusavhengighet.

Informantene reflekterer ut i fra rammer som egen oppfattelse, erfaring, verdier, tankesett og arbeidsplass. Resultatene av intervjuene er basert på den enkeltes forståelse av et fenomen, og ut i fra rammer som egen erfaring, verdier og arbeidsplass. Alikevel kan en argumentet for at Tyrilistiftelsen som undersøkelsesplass har mange likhetstrekk med andre behandlingsinstitusjoner i Norge, og at flere av resultatene som er fremkommet i intervjuene vil være gjenkjennbare for andre som møter barn av sine pasienter.

I diskusjon om å fremskaffe ekte kunnskap blir intervju som metode kritisert (Ryen, 2006). På den andre siden kan en spørre seg om hva som er faktakunnskap? Slik jeg ser det omfatter kunnskap også opplevelser og erfaringer. Samtaleintervjuer kan ikke bidra til absolutte sannheter, men som mitt formål med denne undersøkelsen, å bidra til en økt forståelse av et fenomen og av menneskers handlinger.

6.0 Analyse

I analysen har jeg tatt utgangspunkt i hovedtemaene fra intervjuguiden, som igjen gjenspeiler problemstillingen. For å kunne forstå hvilke utfordringer som kan hindre tiltak og oppfølging av barn i behandlingshverdagen, har jeg sett det som nødvendig belyse hvordan Tyrili som helseinstitusjon har organisert oppgavene, hvilke tiltak som rettes mot barn og hvilke tiltak som rettes mot elevene som foreldre. I tillegg har det vært viktig å få frem de barneansvarlige sin forståelse av oppgaver, dilemmaer og utfordringer.

Jeg har også valgt å fremheve tanker de barneansvarlige har om sin rolle og hvilket syn de har på barnet og på elevene som foreldre for å få en forståelse av praksis. De barneansvarlige sine refleksjoner over hvordan Tyrili kan benytte seg av sin kunnskap om rusavhengighet og sine erfaringer i møte med barn av elevene, vil kunne være et viktig bidrag i å skape et økt barnefokus i fremtiden. Alle resultater som fremkommer i analysen bygger på utsagn fra barneansvarlige.

6.1 Organisering og felles rammer

I intervjuene kom det frem noen forhold som jeg anser for være en felles ramme og et utgangspunkt for hvordan arbeidet med barn som pårørende blir organisert. Alle enhetene følger lovendringene i helsepersonelloven og lov om spesialisthelsetjeneste ved at det er utnevnt barnevernsansvarlige, og at det systematisk registreres om elevene har barn. I alle enhetene ble bestemmelsene om å journalføre alle tiltak rettet mot barn og foreldre utført. Videre var meldeplikt og samarbeid med barneverntjenesten et tema som kom opp i alle intervjuene. Alle enhetene hadde også erfaringer med å ha barn på besøk og å tematisere foreldrerollen til elevene. Hva som faktisk ble gjort av direkte og indirekte tiltak ovenfor barna varierte.

I det følgende vil jeg belyse hvordan de barneansvarlige beskriver sin rolle og sitt ansvar, hvordan enhetene har organisert arbeidet, hvilken oppfølging barn som pårørende får, hvilke tiltak som rettes mot elevene som foreldrene, dilemmaer og hva som vanskeliggjør arbeidet med barn som pårørende.

6.1.1 Den som holder barneperspektivet oppe

Alle enhetene har barneansvarlig, men antallet barneansvarlige per enhet varierer. Tre av enhetene har en barneansvarlig, mens på de andre tre enhetene var det to barneansvarlige per enhet. En enhet skilte seg ut i undersøkelsen ved å ha en koordinator i tillegg til to

barneansvarlig. Avgjørelsen for hvem av de ansatte som er barneansvarlig er gjort av, eller i samråd med enhetsleder. I alle enheter er det enhetsleder som er hovedansvarlig for at lovbestemmelsene følges.

Samtlige barneansvarlige som ble intervjuet er kvinner, og det fremkom i intervjuene at de barneansvarlige som ikke ble intervjuet også er kvinner. Av de seks som ble intervjuet var tre barneansvarlige psykologer, mens de andre tre var barnevernspedagoger. To av psykologene var spesialist i barn og ungdom. Lengden på rollen som barneansvarlig varierte fra en måned til to år.

De barneansvarlige ser på seg selv som systemansvarlig, ved at de skal sikre at lovens intensjoner blir gjennomført, ved å følge opp det formelle arbeidet. Dette innebærer kartlegging og journalføring. Flere av de barneansvarlige har delegert oppgaver som kartlegging og journalføring videre til elevkontaktene. Videre omtaler de barneansvarlige sin rolle generelt som en som skal sikre at barneperspektivet fremmes i diskusjoner. *”for at fokuset skal holde oppe, så må det være noen som bringer det opp her og der. Rett og slett”* De har ansvar for å sette barn på dagsorden og sikre at fokuset holdes oppe i behandlingshverdagen.

”når først den rolla tillegger meg så er det jo mitt ansvar å få løfta det litt opp. Jeg ser ikke på at det er mitt ansvar å instruere noen her. Absolutt ikke. Men mitt ansvar å løfte det opp så vi kan finne litt vår måte å gjøre det på å ha det litt levende da”

De barneansvarlige mente at de kunne ha en viktig funksjon i forhold til å fremme barnas interesser i behandlingsrelasjonen mellom leder og elev. Denne relasjonen kan ofte være tett, og det var en bevissthet om at elevkontakt og elev kom så tett på hverandre at elevkontakten kunne miste synet av barnets behov fremfor elevens behov. Fordelen ved å ha rollen som barneansvarlig i slike tette relasjoner mellom leder og elev, er at barneansvarlig som 3. part lettere kan se og sikre barnets interesse. Dette beskrives som muligheten til å kunne ha en annen rolle. *”Særlig de som er kontaktpersoner er jo ofte nærmest på eleven. Men jeg tenker at det kan være litt min rolle, at det ikke bare blir elevens behov som går først, når de diskusjonene er oppe”*

Det beskrives at i vanskelige situasjoner, som for eksempel når foreldrenes og barnas interesser er motstridende er det viktig med en person som har et spesielt ansvar ovenfor barna.

Som et eksempel nevnes samtaler hvor elevkontaktens relasjon eller lojalitet ovenfor eleven utfordrer barnefokuset.

”jeg tror at noen her synes det er litt barskt og ta det perspektivet, og orke å mate på med; ja men du skal vite forventninger, og nå må vi å tenke at dette skal være langsiktig også. Hva om du ikke skulle lykkes i rehabilitering, har du tenkt hvordan det vil være for ungene dine, og enda en gang blir skuffa. Så kan jeg være med på å si noe av dette som er ubehagelig, og så stå litt for det, som ikke skal være elevkontakt og tett på eleven på alle andre arenaer i livet også”

Et annet eksempel som trekkes fram er hvor ledere unngår vanskelige temaer i samtaler, og hvor det da blir viktig at barneansvarlig er i stand til å ta disse følelsesladede samtalene.

”Også akkurat på dette så synes jeg selv at jeg kjenner på at jeg har faktisk klart etterhvert å tilegne meg, tror jeg, evnen til å tåle ganske mye all den smerten og alle de tårene og all den fortvilelsen når du skal begynne å problematisere det, men jeg kjenner at jeg sitter godt og tørr det. Og andre her blir fryktelig personlig utladet av det, og syns det er kjempe barskt”

En annen beskrivelse av rollen er kontrolløren, som forsøker å sikre at arbeidsoppgaver blir ivaretatt og at resten av ledergruppen holder barnefokuset i behandlingshverdagen: *”vi er jo kjempe engasjert på elevene sine vegene og vil jo masse... Så, jeg kjenner at jeg er litt sånn på å kontrollere litt der, hadde dere det som tema, snakker dere nå om da... at jeg blir litt kontrollerende...”*

Oppsummert forstår de barneansvarlige sin rolle som en vokter for barnas interesser og som en som løfter frem tematikken i diskusjoner og i behandlingshverdagen. De anser seg som støttespillere i situasjoner hvor relasjon mellom leder og elev blir så tett at leder mister fokus på barneperspektivet, eller i situasjoner hvor leder opplever det å skulle fremme barnets behov fremfor elevens behov som en lojalitetskonflikt.

6.1.2 Barna identifiseres ved kartlegging

Lovendringene har hatt stor betydning for det barnefokuserede arbeidet i Tyrili. Det førte til oppnevning av barneansvarlig, men også til at det ble innført systematisk kartlegging av elevenes barn. På alle enheter gjennomfører ledere kartlegging av elevene ved inntak. Det kartlegges om eleven har barn, hvor mange barn, hvilken kontakt det er mellom elev og barn, hvem som har daglig omsorg for barnet og om barnets omsorgssituasjon er ivaretatt.

Kartleggingen gjennomføre i all hovedsak av elevkontakt på de ulike enhetene. På denne den måten sikres identifisering av barna, og det bidrar til et økt fokus på barna hos både ledere og elever.

”lovendringene utløste kartleggingen, som i seg selv gir et annet fokus fra første dag. Tidligere så har det gått mye lengre tid, og det har vært litt mer sånn ut i fra hvor mye eleven er opptatt av det selv. Men her plikter oss å gå inn å undersøke, vi har et ansvar i det det å. Det at en gjør kartlegginga skaper jo en oppmerksomhet på det, som vi ikke hadde i fra før”

Det foreligger et felles kartleggingsskjema for hele Tyrili Stiftelsen, og gjennomført kartlegging blir journalført i elevens journalsystem. En av de barneansvarlige sa at det også registreres i det elektroniske systemet dersom eleven har bodd sammen med andre barn som ikke er ens egne. I et av intervjuene kom det frem at en enhet ikke fulgte kartleggingsskjema, men at samtale med eleven om barn ble gjennomført og journalført.

I tillegg til at barna identifiseres åpner kartleggingen opp for samtale om barn, og blir sånn sett en innfallsvinkel til et vanskelig tema. Kartleggingen kan brukes som et verktøy for målrettet arbeid i samarbeidet mellom elev og leder, ved at barna blir tematisert i behandlings sammenheng. Selv om de barneansvarlige har gode erfaringer med bruk av kartleggingsskjema tyder det på at skjemaet er noe begrenset med tanke på utdypning av relasjonen mellom eleven og barnet.

”...noen av elevene som er foreldre er jo mer opptatt av det enn andre, noen har mer fokus på andre ting mens de er her, mens noen har veldig mye fokus på relasjonen til barnet sitt. Og jeg tenker at man kan ikke ha det samme opplegget for alle, fordi folk er på forskjellig sted i forhold til barna sine. Jeg tenker at det burde kanskje være en av de tingene man bør kartlegge når man kartlegger om folk har barn. Hva slags kontakt har du med barnet ditt og er den god nok?, og hva slags hjelp trenger du for å kunne komme dit at du er fornøyd med den kontakten du har med barnet ditt?, ja, jeg tenker jo at folk vil ha forskjellig behov for det”

På spørsmål om samtykke fra elev til å gjennomføre kartlegging og undersøke var det en felles opplevelse av at elevene ønsket å samarbeide om sine barn. De barneansvarlige hadde en generell holdning og oppfattelse av at elevene vil det beste for barna sine. Det ble nevnt ett tilfelle hvor en elev ikke ville gjennomføre kartleggingen i redsel for at barnevernet skulle

innblandes. Denne elevens barn bor utenlands. I dette tilfellet ble det gjort to tiltak, et hvor elev måtte skrive under på at han ikke ville gjennomføre den lovpålagte kartleggingen, og tiltak to hvor elev fikk besøk av barna og barnas mor på enheten. På den måten kunne lederne innhente informasjon om barna og deres omsorgssituasjon ved å observere og samtale med barna.

I tillegg til kartleggingen fremkommer det at leder og elev bør snakke sammen om konsekvenser og tiltak som igangsettes dersom eleven velger å ruse seg. En av de barneansvarlige påpeker at pårørendeskjema som eleven fyller ut ved inntak omfatter elevens foreldre, søsken eller partner, men ikke elevens barn. Hun sier videre at hendelser hvor hverken tiltak eller avklaring av om barnet skal varsles på lik linje med andre pårørende ikke er tydeliggjort i forkant av en rusepisode vanskeliggjør arbeidet med å ivareta barnet.

6.1.3 Meldeplikt til barnevernet

Alle barneansvarlige var tydelige på plikten de har for å sende bekymringsmelding til barnevernet. De barneansvarlige hadde inntrykk av at det var en felles forståelse og enighet i ledergruppen på når bekymringsmelding skulle sendes.

Bekymring vedrørende barnet, enten ved observasjon av samspill mellom barn og foreldre eller ved informasjon om at barn lever i rus, har ført til at barneansvarlig har sendt bekymringsmelding. Det nevnes også eksempel på informasjon som har fremkommet i samtale med elev som foreldre, og hvor eleven selv har uttrykt usikkerhet på om barnets omsorgssituasjon er godt nok ivaretatt, som har ført til bruk av meldeplikt til barnevernet. Bekymringsmelding har blitt sendt både med og uten samtykke fra elev. I de tilfeller hvor elev ikke har vært enig, har eleven blitt informert om at barnevernet vil bli kontaktet.

En av de barneansvarlige satte ord på en situasjon hvor hun ble bekymret for barna da hun observerte samspillet mellom ei mor og sine barn, da de var på besøk ved enheten.

”Nå var det jo i sommer, så var det en elev som fikk besøk av kjæresten sin med barna. Han har jo ikke noe formelt, han har jo ikke noe samvær. Det er hans mor som har samværet, hans del av samværet. Men de barna var her i sommer, og da så man jo ganske godt, eller det man var mest opptatt av da var jo at man så at mor hadde veldig dårlig emosjonell kontakt med barna..., det var da man kjente den klumpen i magen...”

Barneansvarlig sa at i dette tilfellet ble det ikke sendt bekymringsmelding til barnevernet, da barnevernet allerede hadde opprettet en sak i forhold til moren og barna.

I situasjoner hvor ledere er i tvil eller usikre på om barnets omsorgssituasjon er godt nok ivaretatt, påpeker barneansvarlig at bekymring skal meldes til barneverntjenesten: ”Hvis dere er i tvil, så sender vi fra oss bekymringsmelding”

6.2 Tiltak og oppfølging for å ivareta barnet

I intervjuene kom det frem hvilke tiltak som har blitt gjort og som gjøres for å følge opp barna av elevene i Tyrili. Det var ingen store forskjeller i måten å ivareta barna på, og tiltakene var stort sett de samme med noen små variasjoner. Et viktig tiltak var samvær mellom foreldre og barn på institusjonen. Det kunne være at barna ble invitert på tur eller at de var sammen med sine foreldre i behandlingsenheten. I forbindelse med samvær kunne relasjonen mellom foreldre og barn observeres, og i noen få tilfeller ble det gjennomført samtale med barn.

6.2.1 Barn på besøk

Ledere i de enkelte enhetene tilrettelegger for samvær mellom barn og elever. Samtlige barneansvarlige sier at de har hatt barn av elever på besøk på enheten og barn som har vært med på turer arrangert av Tyrili. Sommerleir, en uke hver sommer, nevnes som eksempel på tur hvor det har vært tradisjon at både elever og ledere deltar med barna sine.

Oppfølgingen av barnet under samværet består hovedsak i at ledere observerer samspillet mellom elev og barn. Sommerleir-ukene nevnes som en fin mulighet til å observere samspill over en lengre periode. Alle de barneansvarlige er enige i at observasjon av samspillet mellom barnet og forelderen vil gi verdifull informasjon om samspilletts kvalitet, og foreldrenes evne til å se sitt barn:

” det var en farmor som kom med barnebarnet, da skjønnte jeg at nå var det hun som hadde barnebarnet og da kom de jo da for å besøke pappa her. Så skjedde det en episode at barnet ble usikker eller spørrende, og da så jeg jo at barnet henvendte seg til farmor og ikke til pappa. Så da tenke jeg, altså det var noen flere litt sånne eksempler som gjorde at jeg tenkte at når barnet nøyte eller var spørrende så var det farmor det søkte mot for å få bekreftelse eller.. Og farmor var jo veldig der, altså hun skjønnte med en gang at... ah.. blant annet så var det at hun fikk kakao med krem, så likte hun ikke krem, og det turte hun ikke si til pappa tydeligvis da, men da så hun bort på farmor, og da var det farmor som sa; den kremen kan jeg ta også kan du ta... ja. Altså, det var noen sånne episoder som jeg tenkte at den pappaen catchet det jo ikke, og ikke spurte han, og ikke undre...altså han så det jo ikke da”.

Barneansvarlig tok også opp problemet med at mange av barna har hatt lite kontakt med foreldrene sine, og at foreldrene ikke kjenner barnet særlig godt. Sporadisk kontakt og lange perioder hvor barn og foreldre har vært adskilt kan ha konsekvenser for hvordan foreldrene møter og forstår sitt barn. Samspillet kan også bære preg av usikkerhet og utrygghet:

”tenker at når det forholdsvis ikke er regelmessig samvær og sånn, når man er på besøk hos noen så er jo det en annen, selv om det er pappa, så er det jo da allikevel en avstand i ehh..., i et sånn emosjonelt felt da. Og man kjenner ikke til barnets hverdagsrutiner og man kjenner jo hverandre ikke så godt. Så man vet jo ikke helt hva disse signalene betyr å man, tørr man å si i fra å...”

Observasjon av samvær mellom barn og elev ble i følge de barneansvarlige i liten grad brukt som metode eller som et målrettet tiltak. Ledere observerer samspill, men det gis eksempler på at aktiviteter eleven og barnet gjorde sammen i løpet av samværet stod mer i fokus enn kvaliteten av samspillet. Flere av de barneansvarlige var kritisk til ledernes fokus: *”vi ser de jo fordi de springer rundt, men ser vi dem?”*

I forbindelse med observasjon av samvær har elever blitt fulgt opp med samtaler underveis eller i ettertid av samværet, men oppfølgingen av barnet etter samværet er mangelfull. De barneansvarlige mener det er bra at barna får komme på besøk, men flere av dem mener at besøkene ikke utnyttes godt nok. For det første at muligheten til å observere barnet og samspillet ikke satt godt nok i system, og for det andre at barna ikke følges opp i etterkant. Det vises til manglende rutine på å kontakte barnet eller barnets omsorgspersoner etter samværet for å sikre at barnet er ivaretatt. Muligheten til sammen med barnets omsorgsperson å vurdere elevenes fungering i forelderrollen blir fraværende da kontakten etter samværet er minimal.

”...når barn har vært her på besøk sammen med de som har den daglige omsorgen for de, da har vært snakk om at da er det naturlig å ta kontakt med disse omsorgspersonene i ettertid for å få høre deres vurdering av eleven som forelder i den situasjonen de har vært i og gjøre en evaluering både sammen med eleven og sammen med omsorgspersonene, men så vidt jeg vet så er det ikke noe rutine på det...”

Stabilitet over lengre tid fremheves som en viktig faktor før barn involveres i elevens behandlingsforløp, og før samvær mellom barn og elev etableres. De barneansvarlige sier at det er viktig å tydeliggjøre dette ovenfor foreldrene: *”du skal huske at du har eks antall*

ganger med brudd med barna dine og hva det gjør med dem". Slik det fremstår i intervjuene er det enighet i ledergruppene om at stabilitet både i forhold til rus og psykisk helse hos eleven må ligge til grunn før eleven kan ha samvær med sitt barn.

"det jeg tror ledergruppen er flinke til er å si, at først og fremst må du blir rusfri,... målsetningen din må være at du selv kan håndtere det før du kan involvere deg i andre. Og det tror jeg ledergruppa er veldig flinke til, jeg tror vi er ganske enige om målsetningene sånn da"

6.2.2 Barnesamtaler er unntaket

Loven påpeker at barn skal sikres alders adekvat informasjon om foreldrenes tilstand. Informasjon til barna kan gis direkte av ledere, av foreldrene selv eller av de med daglig omsorg for barnet. Ledere i Tyrili har erfaring og kunnskap i å samtale med elever og ulike samarbeidspartnere om vanskelige og utfordrende temaer, men har lite erfaring i å samtale med barn om vanskelige temaer.

På samme måte synes det å være en tradisjon på at enhetene skal være et trygt og godt sted for barn å komme på besøk, men det har ikke vært tradisjon på å samtale med barn som er på besøk:

"Vi har vært en plass hvor det har vært stort rom for å komme på besøk og ha det bra som barn av noen av elevene våres. Men vi har ikke hatt noen god tradisjon, eller veldig tradisjon på å snakke så mye med ungene om det"

I undersøkelsen fremkommer det ingen tiltak som gjøres for å sikre at barna har fått den informasjonen de trenger. I fire av seks enheter har ingen av lederne hadde hatt en formell eller målrettet samtale med barn. To barneansvarlige nevner eksempel på at psykolog ved enheten har hatt samtaler med barn etter ønske fra elev. I det ene tilfellet var det bekymring rundt et barns språkutvikling og eleven ville at psykologen skulle gjøre en vurdering av situasjonen. I det andre tilfellet hadde eleven etablert en relasjon til psykologen gjennom individuell samtaler og ønsket at den samme psykologen skulle snakke med hans barn. I en enhet har barneansvarlig hatt samtale med barn om foreldrenes situasjon.

Det har ikke vært noen etablert tradisjon å ha strukturerte samtaler med barna, og flere av de barneansvarlige ga uttrykk for at de mente dette ikke nødvendigvis var deres oppgave heller.

”Men så er det hva vår rolle skal være i det også da, det er jo vanskelig, det er jo kanskje ikke vår rolle å gjøre dette, men vi bør jo i alle fall veilede og sånn i forhold til det. Ja. Undersøke om det er noen som prater med disse ungene å, ja, og hvordan og hva det snakkes om”

De barneansvarlige vises til eksempler hvor ledere har hjulpet og veiledet elever eller de med daglig omsorg i hvordan snakke med barn og hva slags informasjon som bør gis.

”...og det er noen unger som er akkurat i den derre, de har vært for små til å fortelle så mye om problematikken, men nå er dem akkurat i overgangen og skjønner jo at det er noe annet enn... dem trenger en annen forklaring enn syk eller bor et annet sted. Hvor vi har veiledet de som har ungene daglig, men også moren selv da. På hvordan hun kan forklare, hvor mye hun skal si, hvor lite, og hvordan hun kan gjøre det på en best mulig måte”

De samtaler med barn som har funnet sted pregers av at de stort sett er uformelle og uten agenda. Det gis eksempler på hvor ledere har vist sin tilgjengelighet ovenfor barna, og vært åpen og mottakelig for spørsmål fra barna. Samtaler med barn skjer på initiativ fra barna, og ledere selv tar lite initiativ til samtale. Dette kan i følge de barneansvarlige ha sammenheng med at ledere er usikre og redd for å si noe feil.

”...så det blir skummelt og at det føles lett å trampe i klaveret. Skal jeg snakke med den ungen her? Ja, men hva er riktig å si, hva er ikke riktig å si? Den der hvordan snakke med barn, den er ganske så undervurdert.. ja ting å snakke om altså, for det er ikke..., det faller seg ikke naturlig for de fleste å tenke at det er jeg flink til. For det er skummelt det! Det er nesten sånn at du kan tenke at de fleste tenker at du kan knuse glass ved å.. ja barnet som kommer inn i et glass og at det knuses ved at du sier ett feil ord, da har du ødelagt alt, og da blir det skummelt !”

Mangel på kunnskap og erfaring fører til at ledere er tydelig usikre på hvordan de skal snakke med barna. Slik det kommer frem i intervjuene kan usikkerhet blant ledere bidra til at en unngår eller vegrer seg for å samtale med barn. Denne usikkerheten er i følge de barneansvarlige lite tematisert i ledergruppene og i felles fora, og derfor lite synlig og ved bevissthet i organisasjonen. En av de barneansvarlige påpeker at en kan ta for gitt at alle ledere er komfortable med å samtale med barn.

6.3 Oppfølging av foreldrerollen og barnet i samhandling med elevene

Et indirekte og viktig tiltak som gjøres ovenfor barna er tiltak som omhandler elevene som foreldre. Tiltak og initiativ ovenfor elevene som foreldre viste seg å være igjen kjennbare i alle intervjuene. Her som i tiltak ovenfor barna var det lite variasjoner mellom enhetene og ledes oppfølging av eleven. Jeg har valgt å dele tiltakene inn i to hoved deler, veiledning av foreldrerollen og familiearbeid.

6.3.1. Veiledning om foreldrerollen

I alle enheter gjennomføres individuelle samtaler med elevene, både av kontaktpersoner og av psykologer, om det å være foreldre. Gjennomgående temaer er rusfrihet i forhold til samvær, stabilitet før involvering av barna, veiledning i foreldrerollen, følelser knyttet til det å være foreldre, samarbeid og lojalitet ovenfor den barna bor hos, hvordan snakke med barna sine, samarbeid med barnevernet, strategiplan dersom eleven ruser seg og hvordan barnet skal ivaretas i slike situasjoner, elevens egen historie og oppvekst, og hvordan tidligere erfaringer påvirker foreldrerollen.

I følge de barneansvarlige var dette et viktig arbeid. Veiledning kunne omhandle tema som samspill og å øke bevisstheten om forskjellene mellom barnets behov og elevens eget behov. Det gis eksempel på en sommerleir hvor en elev som hadde med seg barnet sitt ble veiledet hver dag i forhold til sin foreldrerolle. Denne type oppfølging ble gitt fordi mange av elevene ikke er vant til å være foreldre over flere sammenhengende dager, eller at de ikke har vært i foreldrerollen på lenge.

Flere av elevene i Tyrili har selv levd under omsorgssvikt av ulik karakter og de barneansvarlige viser til generasjonsperspektivet som et viktig fokus i samtaler og i et forebyggende perspektiv. Flere av elevene har selv vokst opp med rusmisbruk i familien og i følge de barneansvarlige kan erfaringer basert på elevens egen barndomshistorie brukes i samtaler om foreldrerollen:

”For her er det ganske mange som opplever selv å ha hatt turbulente oppvekster. Og jeg utfordrer dem litt på, tror du det hadde vært godt for deg om noen voksne hadde satt seg ned, og vært veldig tydelig på hva dem hadde tenkt at du hadde trengt. For å slippe all den turboen, for å slippe all den der fortvilelsen over at du ikke visste... Vi vet jo ofte ganske mye om hvordan deres oppvekst er i fra før, som ikke er så ulike. Det er ganske mange med andre generasjon her”

”tenk litt tilbake på historien din. Syns du det var greit, at du hadde en pappa som var borte, for det har jeg hørt mange historier på. Ante ikke helt, plutselig så skjønnte jeg, og hørte fra andre at han satt inne. Syns du det var greit? Også bare meldte han seg på banen igjen, også trodde du at alt var bra, og ingen sa noe om at det er ikke sikkert at han blir her veldig lenge nå heller eller. Nei, jeg lærte meg til det. Ja, du lærte deg til det, men var det trygt og godt for deg?...men det er ikke sikkert at du skal lære ungene dine til å leve opp i det samme. Kanskje du skal hjelpe dem til å få det noe mer avklart og ryddig”

Ledere som selv er foreldre kan ha en funksjon som rollemodeller ovenfor elevene, ved at elevene gjennom råd og observasjon får tips om hva en kan gjøre i samspill med sine barn. En av de barneansvarlige tematiserer at mange av elevene selv kanskje mangler erfaring på aktiviteter en kan gjøre med barn fra egen oppvekst, og at en bevisstgjøring rundt aktiviteter som forelderen kan gjøre med barnet sitt vil være en god hjelp.

Flere av de barneansvarlige kommer inn på tema om følelser som savn, skyld og skam, og sier videre at det er viktig å gi aksept for disse følelsene. En barneansvarlig sier at en må møte elevene som foreldre med respekt for sine vurderinger og valg vedrørende foreldrerollen: *”...vi skal ikke nødvendigvis presse folk til å være mer foreldre enn det de er klare for å være...vi skal ikke frata folk mulighetene til å være så mye foreldre som de klarer å være...”*

I følge de barneansvarlige bør ledere i tillegg til relasjonen mellom barn og elev, også ha et fokus på hvordan en i praksis kan legge til rette for god kontakt mellom barn og elev, men med fokus på barnets beste.

Foreldregruppe eller temagrupper nevnes som erfaringsmessige gode tiltak ovenfor elevene, og hvor responsen fra elevene er positive. Tre enheter har hatt eller har foreldregrupper som en del av behandlingen, for de elevene som er foreldre. De andre enhetene har vurdert det som et nyttig tiltak, men ikke startet opp.

6.3.2 Familiearbeid ja, men uten barn

Tyrili har en lang tradisjon på familiearbeid, og som et ledd i familiearbeidet gjennomfører alle enhetene årlige familieseminarer som et etablert tiltak. Disse familieseminarene er rettet mot elever og elevenes foreldre og søsken, eller øvrig familie som har en nær relasjon til eleven. Ingen av enhetene har inkludert elevenes barn på familieseminar.

De barneansvarlige viser til at enhetene har tema familie og nettverk som punkt i behandlingsplaner og eller utviklingsplaner. Det kommer frem at få har spesifisert disse punktene til å omhandle barn av elever eller til å gjelde elevens utvikling som foreldre.

Ønske om å inkludere barna mer i familiearbeidet blir tydelig når de barneansvarlige snakker om å starte opp med egne barnegrupper, eller å invitere barn med på familieseminar og ha egne grupper for dem. En barneansvarlig sa at enheten hadde inkludert barn av elever som er over 18 år til å være deltagere på familieseminar, men problematiserte disse barna sin rolle i familiesamtalene:

”Snakka om å ha egne grupper for barn på familieseminar, og invitere barna av, for nå har vi veldig at det ofte er de som er voksne barn, eller over 18, de kommer på familieseminar og deltar på lik linje og det er også diskutert; er det hensiktsmessig for dem eller er det ikke? Burde de også få lov til å samle seg om noen andre tema som brenner litt mer for dem. For da blir de behandla veldig som pårørende og litt sånn oppgaver fremover, hva skal vi sammen gjøre for at?, og legger vi da for store forventninger og for mye press på de som er 18-19 år? Hva skal du gjøre nå for at jula skal bli bra, i stedet for å høre, ja.. hva er det du trenger ?”

Som dette eksempelet viser til er utfordringen ved å inkludere de voksne barna på lik linje med andre pårørende, at de får oppgaver som de nødvendigvis ikke bør få ansvaret for. Et annet dilemma er at de voksne barna fortsatt vil ha behov for å snakke om temaer og opplevelser ut i fra et barneperspektiv, og gjerne i gruppe sammen med jevnaldrende.

”Ja, det hadde vært interessant å hatt grupper for de små også. Og kanskje også plukka ut fra familieseminaret de som er.. som treffer hverandre på samme aldersnivå, om du er 17, 18, 19, 20, så tenker jeg at du har sikkert mye å snakke om, med andre på samme aldersgruppe. De har levd, de fleste, lenge med foreldre som har rusa seg og det.. de vet hva det gjør med dem, og blir de sittende med en tante eller bestemor så tror jeg ikke at de får den samme type samtaler”

På en av enhetene gjennomfører lederne månedlig ”familiekaffe”. Dette er et treffpunkt for elevens familie, hvor felles opplevelser og erfaringer deles. Disse treffpunktene er også rettet mot foreldre og søsken, ikke barn av elevene.

Oppsummert er det tydelig at tiltak og oppfølging av foreldrerollen blir fulgt opp i samhandling med elevene. Elevene sin rolle som foreldre blir tematisert i flere ulike settinger,

med fokus på elevenes foreldrefunksjoner, rusproblematikk og tidligere historie, sett opp i mot foreldrerollen. Dette er ved individuelle samtaler, veiledning i forbindelse med samvær, gjennom ledere som rollemodeller, foreldregrupper og familiearbeid hvor pårørende, unntatt barn, også er delaktige. De barneansvarlige mente at fokus på eleven som forelder vil kunne ha en direkte effekt på barnet, ved at foreldrene ble mer bevisst og tryggere i sin rolle. Det kommer frem at tematisering av rollen som foreldre vil variere ut i fra den enkelte elevs behov og ønske eller vurderinger gjort av ledere. Det er ingen standardiserte rutiner på dette arbeidet.

6.4 Tilfeldig og usystematisk samarbeid rundt barna

Alle de barneansvarlige mente at samarbeid med barnets omsorgspersoner og med andre instanser er tilfeldig og lite systematisk. Det foreligger ingen faste rutiner på samarbeid, og arbeidet preges derfor av enkeltsaker. Etablering av kontakt med andre instanser omhandler fortrinnsvis barneverntjenesten, og samarbeidet består i all hovedsak av dialog knyttet til samvær. Ingen av de barneansvarlige hadde erfaring knyttet til samarbeid eller kontakt med barnets øvrige arenaer som for eksempel skole eller barnehage.

Gjennomgående i de sakene hvor barneverntjenesten er involvert, regnes barnets behov for å være ivaretatt av barneverntjenesten. For barn som har foreldre på Tyrili er barnevernet involvert i nesten alle tilfeller

”For det første så tror jeg vi har vært ganske heldige for barnevernet har vært så inni de sakene. I forhold til elevene hos oss, så vi har på en måte sluppet litt å håndtere det så mye. Barnevernet har vel allerede enten vært så på banen at de ikke har trengt noe fra oss, eller man kan se det på en annen måte også. De har heller ikke vært så interessert i noe samarbeid med oss”

Flere av de barneansvarlige har en oppfatning av at barneverntjenesten ikke ønsker eller ser behov i å involvere seg i elevens behandling. Det vises til få saker hvor barnevernet har deltatt på ansvarsgruppemøter.

Mangel på interesse for samarbeid fra barnevernets side kan skyldes mangel på kommunikasjon. En barneansvarlig påpekte at mangel på involvering fra barneverntjenesten kan være et tegn på at barnevernet ikke vet hvilke problemstillinger lederne i Tyrili står ovenfor. Barnevernet anklages for å vise liten interesse, men i følge de barneansvarlige tar Tyrili i liten grad ansvar for samarbeidet rundt barna.

Det blir tematisert i flere av intervjuene at elever er skeptiske til barnevernet. Dette kan skyldes både redsel, og mangelfull informasjon om hva barnevernet kan bistå med i de enkelte tilfellene. Det tyder på at elevene er redde for at barnevernet skal forstyrre eller hindre samværet med barnet: *”mange har dårlig opplevelse med barnevernet selv. De er redde for at barnevernet skal gå inn å gjøre dramatiske tiltak fra dag en”*.

På den andre siden mente flere av de barneansvarlige at barnevernet også kan uttrykke en skepsis i samarbeid med eleven som foreldre. Tidligere erfaringer fra møte med elevene mens de har vært i aktiv rus kan henge igjen hos barnevernet, og påvirke viljen til å samarbeidet.

”enkelte ganger så møter man mye.. ja, sinne som henger igjen også. Som gjør at samarbeidet blir vanskelig, for jeg tenker at det handler jo ikke om hun eleven som endelig kanskje har evne til å snakke på et litt annet nivå enn hun kanskje har gjort før. Det handler jo om at barnevernet henger igjen der hun var en gang”

I ett av intervjuene beskriver barneansvarlig et eksempel på godt samarbeid mellom en elev som er mor, barneverntjenesten og fosterforeldre. Barneansvarlig sier at eleven har hatt en åpen dialog med barnevernet hele veien i behandlingsforløpet og hun har deltatt på møter. Barneverntjenesten har ut i fra sitt samarbeid med elev informert fosterforeldrene videre, som igjen har kunnet gitt informasjon til barna om sin mor. Barneansvarlig henviser i dette eksempelet til et godt samarbeid rundt barna, hvor åpenhet og kommunikasjon er høyt prioritert. I tillegg viser dette eksempelet også til en mor som tydelig skiller mellom eget behov og barnas behov for trygghet og stabilitet, ved at barneansvarlig refererer til en samtale hvor eleven selv setter ord på sine tanker.

”jeg skal ikke forstyrre det gode hjemmet og den tryggheten de har, og jeg skal signalisere tidlig til dem at dem ikke skal være redde for at jeg skal begynne å rive og slite i dem...jeg skal bare være litt ekstra mamma når de ser at de er klare for det”.

I de fleste enhetene har ledere hyppigere kontakt med barnets omsorgspersoner enn med barneverntjenesten. Allikevel betegner de barneansvarlige kontakten med barnets omsorgspersoner som situasjonsavhengig, tilfeldig og lite rutinemessig. Samarbeidet det refereres til i intervjuene er i forbindelse med samvær mellom elev og barn, og hvor barnets omsorgspersoner har vært til stedet, eller til kontakt per telefon. I de saker der barnet bor hos elevens egen familie refereres samarbeidet til som noe tettere. Dette begrunnes i at elevens relasjon til sin familie forenkler samarbeidet

”... elevene våre har nødvendigvis en tettere link til de familiemedlemmene allerede, for de har også en form for samvær». «Jeg tror det bare faller seg naturlig fordi at elevene allerede har mer kontakt på grunn av at barna er der de er”

Til tross for tilfeldig og usystematisk samarbeid, mente de barneansvarlige at det var viktig å samarbeide med barneverntjenesten og barnets omsorgspersoner. Mangelfull og dårlig dialog med barneverntjenesten beskrives som bekymringsfullt, og de barneansvarlige mente at ledere derfor bør ta mer ansvar for samarbeidet. I et av intervjuene påpekes det at lovendringene kan være et bidrag til å bedre samarbeidet mellom de ulike instanser, da loven pålegger et felles perspektiv på barn som pårørende.

6.5 Barnefokus i ledergruppen varierer

Elevenes individuelle utvikling og andre problemstillinger blir diskutert i teammøter og ledersamlinger. Dette er felles fora hvor alle ledere deltar. utfordringer knyttet til elevenes barn tematiseres lite i disse fellesforaene, og barneperspektivet fremtvinges kun i enkeltsaker: *”jeg håper jo at vi kommer dit at vi kan ha flere av disse temaene her på ledergruppa, ikke bare knytta til Per, eller Kari, eller Ola”*

Samtlige barneansvarlige ønsker at barneperspektivet skal løftes frem jevnligere og på den måten bidra til økt bevissthet i ledergruppene

”For det er jo en gang sånn at de temaene som løftes inn i ledersamling kommer litt lenger fram i skallen igjen. Det er stadig vekk mye å forholde seg til, så en del ting kan bli litt bak i bakhodet, og det får i hvertfall vær rolla mi. Og få løfta det opp jevnlig så vi ikke glemmer det. Det håper jeg at vi kan gjøre, mer enn på enkelt elever. For det er da det ofte kommer da. Få løfta det litt opp generelt, det håper jeg at vi skal få gjort etterhvert. Ikke hver uke, men innimellom. Bevisstgjøre oss selv på det”

De barneansvarlige viser til en skepsis ved at barnefokuset kan være personavhengig, og ulik fra elevkontakt til elevkontakt. Dette kan skyldes at noen er mer aktive, engasjerte, har mer kunnskap eller har et større fokus på barnet enn andre ledere. Slike faktorer bidrar til et tilfeldig fokus på barn som pårørende.

”...men jeg håper jo vi kunne diskutert nesten litt sånn som du og jeg diskuterer nå, eller prater nå. Ikke sant! Alle disse dilemmaene for det blir litt tilfeldig da hvem som er elevkontakt for noen, hvor vi går litt inn og er litt sånn aktive på det. For det er litt sånn mye tilfeldig på det, og litt etter engasjert å”

Til tross av at de fleste ledere er positivt til et økt barnefokus, mente de barneansvarlige at det var ett stykke fram til at holdningene ga seg utslag i konkrete tiltak. Nye tiltak rettet mot barna til elevene kunne gjerne møtes med motstand. Et eksempel som nevnes i denne forbindelsen er ønske om oppstart av barnegrupper på familieseminarene. Flere av de barneansvarlige mente at motstanden mot barnegrupper blant lederne kan handle om tid, arbeidsmengde, kapasitet og kompetanse.

I ett av intervjuene kommer det frem at handling ovenfor barn kan hos ledere styres av redsel for hvilken innflytelse eller makt en sitter med som leder i et behandlingsperspektiv. Ledere må ta avgjørelser som er ubehagelige, og gjøre vurderinger som kan kreve at en må handle her og nå. Mangelen på organisering og fora hvor slike utfordringer kan diskuteres fører til at slike temaer ofte blir usagt eller liggende hos den enkelte.

”...man må ta noen mer standpunkt, man må kanskje handle litt, agere litt mer. Og det er også litt vanskelig for oss. Vi liker å jobbe litt langsomt eller prosessorientert...”

Mangelen på systematikk i oppfølging av barna medførte at de barneansvarlige var usikre på kvaliteten av dette arbeidet. Oppdeling i små team av ledere og elever forsterket problemet med systematikk, både fordi informasjonsflyt mellom teamene kan være mangelfull og fordi barnefokuset varierer. De barneansvarlige sier at de ikke til stede i alle team eller diskusjoner, og de er usikre på om noen andre stiller de kritiske spørsmålene og fremmer barneperspektivet når barneansvarlig ikke er til stede.

Fokuset på barneperspektivet i ledergruppa varierer også ut i fra elevgruppen. De barneansvarlige sier at dersom flere av elevene har barn og samvær med sine barn blir det mer naturlig å samtale om dette i hverdagen. Det at temaet barn og elevens mål i forhold til sine barn blir nedfelt på papir og i planer sies å føre til en synliggjøring av temaet og en større bevissthet i ledergruppen.

6.6 De barneansvarliges syn på barna og på elevene som foreldre

I løpet av analyseprosessen har det vært interessant for meg å se hvilket syn de barneansvarlige har på barna og elevene som foreldre. Disse funnene har vært svar på direkte spørsmål fra forsker, men det er også funn som har fremkommet i en implisitt forståelse av de barneansvarlige sine beskrivelser.

6.6.1 Det sårbare barnet

De barneansvarliges syn på barnet som sårbart er gjennomgående i intervjuene

og tanker om det kompetente barnet kommer lite frem: ”... du vet at disse ungene ofte har.. de fleste av dem har jo en eller annen sårbarhet. I det dem har opplevd”

Lovens intensjoner, ved at barnet defineres som pårørende, skal sikre at barn involveres i sitt eget liv og ivaretas som følge av foreldrenes situasjon. Synet på barnet som sårbart, og ikke kompetent pårørende: ”vi tenker ikke på barna som pårørende”, kan føre til at barna blir undervurdert, og resultere i at tiltak som involverer barnet uteblir. En barneansvarlig setter ord på dette.

”... det er jo generelt vanskeligere å vite hva, hvordan man skal prate med mindre barn, og hva dem forstår og hvor mye det er lurt at dem skjønner og er med. Og jeg tror at veldig mange tenke at dem er... både elever og medarbeidere tenker at dem er jo for små til at det er noe poeng å gå inn å gjøre noe, men jeg tror at vi undervurderer ungene på mange måter der da”

6.6.2 Mor er mer knyttet til sine barn enn far

Kjønnspektivet viser seg å være et tema i møte med foreldrene, og som kan påvirke tiltak ovenfor barn og foreldre. De barneansvarlige ser ut til å ha en ulik holdning til mor- og farsrollen: ”det er jo fortere å tenke på det her med mor sin rolle som enda viktigere, mammarollen enn papparollen”

Det fremkommer at mor anses for å være nærmere barna sine følelsesmessig enn fedrene, og de barneansvarlige har en opplevelse av at det er vanskeligere og sårere for mødre å være borte fra barna sine, enn for fedre: ”... det er litt mer krevende når det er mødre og at en kanskje tenke at båndene er sterkere eller at det er mye vanskeligere”

Flere av elevene som fedre har hatt mindre eller sporadisk kontakt med barna sine, mens flere av elevene som mødre har hatt omsorgen for barnet sitt i en kortere eller lengre periode. Dette påpekes å kan være faktorer som påvirker både elevens og lederes fokus.

”En tenker at.., ja,.. at det er vondere og vanskeligere og mer følelsesmessig for ei mor enn for fedrene, mange av disse fedrene har jo hatt mindre kontakt med ungene, kanskje enn mødrene også da”

En barneansvarlig sier at det kanskje ubevisst gjøres mer aktivt for å tilrettelegge for god kontakt mellom mødre og barna deres, enn mellom fedrene og barna deres. En annen

barneansvarlig undrer seg over om samfunnets syn på det å vokse opp uten en mor som forskjellig fra å vokse opp uten en far, kan gjenspeiles i behandlingshverdagen.

De barneansvarlige har en positiv fremstilling av elevene sin motivasjon som foreldre, og en sterk tro på at foreldrene ønsker det beste for sine barn: *”eleven ønsker jo det beste for ungene sine”, ”de fleste elevene er jo opptatt og interessert, genuint interessert i ungene sine”*

6.7 Dilemmaer som vanskeliggjør ivaretagelse av barn

I intervjuene spurte jeg spesifikk informantene om å beskrive eller tenke seg til ulike dilemmaer som vanskeliggjør oppfølging av barn og svekker barnefokus. I denne delen av analysen har jeg oppsummert hvilke utfordringer som viser seg å være gjennomgående i alle intervjuene, og samlet sett har jeg kommet frem til to hovedkategorier. Disse hovedkategoriene valgte jeg å dele inn i 1. motstridende interesser og 2. lojalitetskonflikt. Innen for disse to hovedkategoriene viser det seg i intervjuene at samvær og samarbeid er to konkrete arbeidsområder hvor mange av dilemmaene blir synlig i arbeidet med barn og elever.

6.7.1 Motstridende interesser

Samtlige barneansvarlige brakte frem problemstillingen, hvem sitt behov er samværet mellom barn og foreldre?. De barneansvarlige viser til dilemmaer i kontrastene mellom barns behov og foreldres behov, og også mellom behandlingsperspektivet og barneperspektivet. Samtale med foreldrene om deres behov for samvær samsvarer med barnets behov for samvær poengteres som et viktig av de barneansvarlige. Men å ta opp dette som tema i samtale er utfordrende og vanskelig, og i flere av intervjuene ble det nevnt at dette kan være samtaler ledere kvier seg for å gjennomføre. Å skulle begrense samvær preges av følelser. Temaet barn er sårbart, og det kan forbindes med smerte å problematisere dette temaet, både for elever og ledere.

Behovene til barn og foreldre kan være motstridene, og de barneansvarlige sier at dette kan være vanskelig å vurdere. Men alle de barneansvarlige mener at barnets behov alltid skal prioriteres i slike vurderinger. En barneansvarlig påpekte at retten til samvær også burde ses ut i fra barnets perspektiv: *”det er ikke foreldrene sin rett til å være sammen med barna sine, det er jo barna sin rett til å få samvær med foreldrene”*.

De barneansvarlige fremmer langtidsperspektivet som en viktig vurderingsfaktor vedrørende samvær mellom barn og foreldre. Hva er bra her og nå, og hva er best på lengre sikt? Flere av

de barneansvarlige sier at enhetene i Tyrili kan oppleves som et trygt og godt sted for barn å være, et sted med mye aktivitet og mange opplevelser. Men i intervjuene problematiseres det også om barns besøk på enhetene og deltagelse på turer og i høytider gir opplevelser som ikke samsvarer med barnets hverdag og forhåpninger som foreldrene ikke klarer å leve opp til i fremtiden: *”en rusfri jul på enheten med mye moro. Ja, det har dem. Men hva med neste jul? Hva med jula etter det?”*

En av de barneansvarlige henviser i intervjuet til et tidligere arbeidssted hvor hun opplevde at et barn uttrykte svik og skuffelse av å ha blitt involvert i forelderen, for så å oppleve brudd igjen. I følge barneansvarlig hadde hun opplevd at et barn mente det var et overtramp at det ble åpnet for mye samvær med sin far, mens far var i behandling. Det problematiseres videre at samvær kan for barnet være todelt. Barnet kan få en opplevelse av glede og av å få fylt et savn, men på den andre siden kan foreldrenes ustabilitet forstyrre barnets ro og trygghet. *”for ungan dine så er det ganske skjebnesvangert når du går inn å viser alt du har å by på for så å plutselig bli borte igjen”*

Langtidsperspektivet blir for de barneansvarlige viktig i vurderinger av samvær mellom barn og foreldre, og spesielt i foreldre-barn relasjoner preget av langvarige brudd i kontakten.

” vi som gode Tyrili hjelpere må være bevisst på hvordan vi støtter, veildere, ikke støtter når eleven etter tre måneder ønsker å gjenoppta samværet med barna sine, også ryker dem ut på igjen om seks måneder og blir borte av det..., hjelpe elevene til å forstå den risikoen og den belastningen det er for en unge..., å få opp håpet også ryker det igjen”

I argumentasjonen om å være bevisst et langtidsperspektiv viser også de barneansvarlige til en viten og erfaring om at en stabilitet og rusfrihet vil for mange elever ta lang tid, og mange vil ha behov for mer behandling. En av de barneansvarlige sier dette konkret: *”For det er jo, ... det har vi nødt til å være ærlige om, at det er ikke alle som lykkes altså”*

Uavhengig av elevenes framtidsutsikt har de barneansvarliges en sterk tro på at eleven vil sine barns beste, men at elevenes evne til å skille mellom egne behov og barnets behov utfordres i forbindelse med samvær. Mange av elevene sidestiller rusfrihet med samvær med sine barn. Følelser som skyld, skam og lengsel kan ha vært undertrykt av rusmidler og disse følelsene blir styrket når eleven blir rusfri. For de elevene som har barn vil ønske og behov for samvær være en umiddelbar respons på disse følelsene.

”det er for enkelt å si at da kobler jeg meg på som forelder, for da er jeg i rehabilitering og da går det bra. Utenom å gi dette litt tid, for de fleste vil jo med en gang. Våknet litt opp av tåka. Så er det jo barna som kommer fort frem i skallen, også vil man melde seg på før vi har sett om det i det hele tatt er litt hold i dette”

I slike sammenhenger anser de barneansvarlige det som en viktig oppgave for ledere å bidra til økt refleksjon vedrørende barns behov i samhandling med elevene. En av de barneansvarlige sier at evne til å prioritere barnets behov ikke bare er en kognitiv, men også en emosjonell utfordring. Barneansvarlig problematiserer dette videre og sier at synet på barnets behov hos ledere og elver ikke nødvendigvis ser ulikt ut på overflaten, men at forskjellene blir mer synlig på det emosjonelle plan.

” Jeg tror veldig mange har problemer med å virkelig å sette barnas behov først da man har så lyst, man savner ikke sant! Da man har vært rusfri en stund, så har man lett for å bagatellisere problematikken rundt rusen...Altså det der med å tenke på hvor lang tid har du vært rusfri, i forhold til barnets behov for å ha stabilitet, og hva gjør det med barnet hvis du på en måte nå har samvær i to måneder også er du ute å ruser deg igjen ?...Der tror jeg det er lettere å stå utenfor å se på enn å virkelig å føle, det er vanskelig for de å sette seg inn i det tror jeg. Men, de fleste er jo med sånn rent kognitivt, eller skjønner det sånn kognitivt da, men så er det disse emosjonene da”

Et annet tema som mange av de barneansvarlige bragte frem var at barneperspektivet kan svekkes på bekostning av et tydelig behandlingsperspektiv. Ledere jobber for at elevene skal nå sine mål, og elevens individuelle utvikling står i fokus for behandlingen. I intervjuene kom det tydelig frem at de barneansvarlige så det som en utfordring å holde barnefokuset oppe i behandlingshverdagen, da ledere kan ta perspektivet til den en står nærmest til daglig. Dette medfører at behandlere kan ”glemme” å vektlegge flere sider ved samme sak. En av de barneansvarlige sier at det antageligvis er vanskeligere å fremme barnets perspektiv når en til daglig ikke er i direkte kontakt med barna. Videre løfter de barneansvarlige frem at til tross for fokus på elevens utvikling og behov her og nå, er det viktig at ledere også prioriterer barnets behov sett ut i fra et langtidsperspektiv.

”jeg synes at vi ofte er opptatt av å støtte eleven, også tenker jeg at der må vi i hvertfall ta barnets perspektiv, og hjelpe elevene til å skjønne at, eller forstå den risikoen og den belastningen det er for en unge, å få opp igjen det håpet og så ryk det igjen. En får

heller vente de ekstra månedene det tar. I et langt liv så er det verdt det, tenker jeg da”

Foreldre som er i behandling for rusavhengighet befinner seg i en krevende livssituasjon. Dette medfører at både de selv og ledere må vurdere om de er i stand til å se sitt barn, og gi god nok omsorg. De barneansvarlige problematiserer hvordan manglende innsikt kan hindre den enkelte elev i å se sitt rusmisbruket ut i fra et helhetsperspektiv, og sier videre at elevene må hjelpes til å se sitt rusmønster i sammenheng med samvær og rollen som omsorgsperson. I intervjuene gis det eksempler på hvordan elever vurderer sine rusepisoder isolert fra samvær med barnet: *”men jeg skal ikke ruse meg nå, jeg skal ikke ruse meg denne helgen for da er jeg sammen med barna”*. Videre uttrykker de barneansvarlige en bekymring over elevenes manglende refleksjoner for fremtiden, som vises ved at elevene blir opptatt av umiddelbare konsekvenser og enkelt hendelser, fremfor å se på helheten.

” det spiller jo ingen rolle at jeg ikke har fortalt noen at jeg drakk forrige helg, fordi nå skal jeg ikke drikke, eller nå skal jeg ikke ta noen annet. Også lar man være å fortelle det for man skjønner at det blir mye styr selvfølgelig. Så tenker man heller på det, her og nå, neste helg, enn å tenke at, oj, hvis jeg fortsetter på denne galeien her, så hvordan går det om et år da ? Er jeg en god omsorgsperson da ?”

I intervjuene var det minimalt fokus på tiden etter behandling, men det ble nevnt et eksempel på at en elev i utflyttingsfasen holdt tilbake informasjon og var mindre åpen om sin problematikk i redsel for restriksjoner fra barnevernet og mindre samvær som konsekvens. Dette eksempelet viser også til elevens tenkning av konsekvenser her og nå, og mindre fokus på et langtidsperspektiv.

En av de barneansvarlige påpeker viktigheten av å kartlegge det enkelte barn, slik at vurderinger kan gjøres på bakgrunn av barnets behov, og ikke bare elevens ønsker. Dette innebærer kartlegging av ressurser, behov og tiltak rundt barnet. Barneansvarlig påpeker at ledere må se hva det enkelte barn trenger og hva som allerede er ivaretatt på de ulike områder: *”... hva er bra for disse barna og når tramper vi over?, enten at vi glemmer å involvere dem, eller at vi i en sånn iver av å skulle gjøre ting riktig, tramper over...”*

I et intervju kommer det frem at en forutsetning for å kunne holde begge perspektiver oppe er å vite noe om de konkrete barna, men at denne informasjonen mangler fordi det ikke samtales med barn eller barnets omsorgspersoner.

6.7.2 Lojalitetskonflikt

I intervjuene snakker samtlige barneansvarlige om lojalitet som et dilemma i behandlingshverdagen. De barneansvarlige har en opplevelse av at barnefokuset utfordres av lederes lojalitet ovenfor elever som de har en behandlingsrelasjon til. Noen av de barneansvarlige opplever også at lojaliteten til enkelt elever kan bidra til konflikt mellom ledere. I tillegg fremkommer det at lojalitet også kan skape en konflikt i forhold til prioritering av arbeidsoppgaver.

I samtlige intervjuer brukes betegnelsen ”elevens advokat” om rollen en leder kan innta ovenfor enkelt elever, og som beskriver lederens lojalitet til eleven. Alle de barneansvarlige så på lojalitet ovenfor enkelt elever som et dilemma vedrørende vurderinger rundt behov og samvær mellom barn og foreldre. I saker hvor det er mangelfull informasjon om situasjonen rundt barnet og avtaler for samvær, kan dette føre til at ledere tar rollen som elevens advokat og blir følelsesmessig forført av elevens ønsker. Eksempel på dette kan være saker hvor Tyrili ikke er involvert i noe samarbeid med barnevernet, og det er uklare rammer for samvær.

”Så blir det jo på en måte en problemstilling der vi ser at eleven ønsker samvær og det foreligger uklare rammer for hvordan det samværet skal være, også er ikke vi trukket inn i det, men vi er jo klar over at det er, ja. Og det er vel der jeg ser at våre problemstillinger..., altså det er litt vanskelig å håndtere for vi blir litt elevens også advokat. Da har vi blitt så kjent med eleven, at vi følelsesmessig så står vi litt på elevens ønsker”

Involvering og engasjement er viktig i behandlingsrelasjonen, men nære relasjoner mellom leder og elev kan også utfordre barnefokuset. De barneansvarlige problematiserer dette ved å vise til eksempler hvor tette relasjoner kan bidra til mangel på perspektiv, og føre til at ledere gjør vurderinger på emosjonelt grunnlag. En av de barneansvarlige ga uttrykk for en bekymring over at ledere kunne fremheve elever ved å fokusere på ressursene, og på samme tid bagatellisere sider ved eleven som ikke er like sterke. Videre sier barneansvarlig at det i slike saker kan være utfordrende å skulle fremheve negative sider ved eleven for å få frem et helhetsbilde.

”man blir litt sånn elevens advokat også, han er jo så flink å, han er så flink til å lese, du skulle bare sett. Han synger så.. men det blir litt plunk, altså ja, men jeg er ikke uenige i at han er flink på gitar og kan syng fine sanger eller at han er leken og sånn. Det er jo ikke det jeg prøver å påpeke”

En av de barneansvarlige satte ord på følelsen av å bli upopulær grunnet av at en stiller kritiske spørsmål og tar opp et sårbart tema, og barneansvarlig har opplevd at lojaliteten ledere i mellom også blir utprøvd: ”...*man blir upopulær fordi man stiller litt ubehagelige spørsmål. Også blir det litt sånn forsvar, en leder forsvarer eleven, også er det andre ledere som forsvarer lederen igjen*”.

Noen av de barneansvarlige opplever det som konfliktfyllt å skulle både ivareta barnets behov og elevens behov, og at det kan oppleves som å ha to ulike roller. Det vises til et eksempel hvor leder i en fortrolig samtale med en elev har fått opplysninger som lederen videreformidlet grunnet usikkerhet rundt et barns omsorgssituasjon. Dette fikk konsekvenser ved at eleven i senere samtaler lukket seg og veiet hva slags informasjon han ga lederen. De barneansvarlige påpeker at det er en felles enighet om meldeplikten dersom det er bekymring for et barns omsorgssituasjon, men at det kan oppleves som utfordrende å skulle både vise forståelse og være lyttende som behandler og samtidig kontrollere og ta vanskelige avgjørelser.

Det å skulle holde et langtidsperspektiv kan sette Tyrili sitt verdigrunnlag om endringsoptimisme på prøve. En av de barneansvarlige beskriver det som en indre konflikt når ønske om å støtte eleven og vise til troen på at endring er mulig utfordres ved å si at jeg tror du kan endre deg, men når det kommer til barna dine så vil jeg ikke ta den sjansen.

” Det er det rusfrie livet du skal leve. Vi forer jo på med det. Også akkurat når vi har dette temaet så blir jeg en av dem som sier det er jeg ikke sikker på at blir. Akkurat det er faktisk mer enn ett dilemma, nesten en litt sånn konflikt. På så løsningsorienterte vi er, så optimister vi er på vegne av elevene våres, så flinke vi er til å ikke si at det finnes ikke håp for deg. Men snarere tvert i mot. Ja, nå har du bomma igjen, men vet du hva det går an å reise seg. Hvis man er ærlig, hvis man tar lærdom, hvis man står for. Og vi er jo ekstremt flinke på dette. Også er det liksom ett tema hvor jeg skal si at ikke hør på hva jeg sier ellers, for jeg har ikke helt trua på deg”.

Lojalitetskonflikten viser seg i konflikt mellom hvilke arbeidsoppgaver ledere skal prioritere og arbeidsmengde. Et eksempel som nevnes er om fokus og oppfølging av barn kan føre til mindre tid til oppfølging av elever og andre arbeidsoppgaver: ”...*blir ikke det mer jobb, tar vi ikke det bort fra det andre vi gjør*”. Barneansvarlig sier at denne diskusjonen blir spesielt synlig i forbindelse med familieseminar, hvor det har blitt forslått om det i tillegg til samtaler med elever og foreldre skal være et eget opplegg med oppfølging av barna. Barneansvarlig

sier at ledere har uttrykt bekymring for kvaliteten dersom flere oppgaver skal gjøres: *”...for vi må jo vite at vi får til å møte alle på en bra måte, og ikke sånn halvveis fordi at vi skal rekke over så mye”*

I intervjuene forklares denne typen konflikt med at ledere kan oppleve det som en ekstra jobb fordi de til daglig ikke har barneperspektivet integrert i behandlingshverdagen.

Jevnt over vises det til at ledergruppen kjenner til loven og at de barneansvarlige har en oppfattelse om at det er en generell enighet, men enkeltsakene utfordrer denne enigheten. Ledere er stort sett enige om hva som gjelder rundt barn og prioritetsnivå, men når det kommer til enkelt elever blir disse skillene vanskeligere. Det viser seg at den generelle enigheten, blir trosset av enkeltsaker: *”jeg opplever også at lederne kjenner til rammeverket og vet hvordan det skal være. Også når du lander litt ned på hver enkelt elev, så blir det litt vanskeligere da”*.

6.8 Hvordan forbedre det barnefokuserte arbeidet?

I intervjuene spurte jeg de barneansvarlige om hvordan Tyrili som kan nyttiggjøre seg sin erfaring om rusavhengighet i møte med barn og familie, og hva de barneansvarlige sitt fokus skal bestå i fremover. De barneansvarlige kom med forslag på flere ulike tiltak, men det var noen tiltak som alle var enige i og som danner grunnlag for et felles fokus.

De barneansvarlige kom inn på Tyrili sin kompetanse om rus og rusatferd. Ledere kan bruke sin kunnskap om rusens funksjoner i samhandling med eleven som foreldre, og bidra til å øke elevens kompetanse som foreldre: *”hovedtema som Tyrili skal stå for og ta med, er jo hva rusen og det livet man har levd har gjort med den ustrukturen i samværet, oppfølging og avtaler som har blitt brutt”*.

Videre var å sikre ivaretagelse av barnet gjennom jevnlig kontakt og samarbeid med viktige personer i barnets liv.

”...det er jo noe med at så lenge eleven er i behandling hos oss, og de skal ha kontakt med barnet sitt, så har vi et ansvar for at den kontakten er bra for barnet. Og at vi må ha et samarbeid med de aktuelle personene rundt barnet, for å kunne være sikre på at barnet har det bra når de har kontakt med foreldrene sine”

De barneansvarlige ytret ønske om å utvide familiearbeidet til også å inkludere barna mer som en del av behandlingsforløpet. Eksempler på dette var i utarbeidelse av elevens planer hvor barna skulle tematiseres og inkludering av barna i familieseminarene.

Det siste tiltaket, og som gjenspeiler mange av utfordringene de barneansvarlige fremmer, er utarbeidelse av system og gode rutiner for praksis. Dette kunne gjøres enhetsvis, men også i samarbeid mellom enhetene. I intervjuene ble det nevnt muligheten for å kunne ha et felles seminar for de barneansvarlige fra alle enhetene med fokus på arbeid med barn som pårørende.

6.9 Oppsummering av funnene

Undersøkelsen viser til at Tyrili tiltaksmessig holder seg innenfor lovbestemmelsene, som tilsier at det skal utnevnes en barneansvarlig, det skal kartlegges om pasienten har barn og om barnets omsorgssituasjon er ivaretatt og barnet skal sikres nødvendig informasjon. Likevel viser undersøkelsene i sin helhet til at ledernes sitt initiativ ovenfor barna styres av minimumsløsninger, tilfeldighet og mangel på systematikk og integrering. Det vises også til at initiativ og barnefokus er situasjonsavhengig og saksorientert.

De barneansvarliges beskrivelse av sin rolle er både en som skal sikre et barneperspektiv i det daglige arbeidet, og en som skal kunne ta en "*annen rolle*" i vanskelige situasjoner. De barneansvarlige uttrykker tydelig et engasjement ovenfor barna, og sin rolle.

Oppfølging av barna kan hindres av lederes usikkerhet. I tillegg vises det til at ledergruppen er skeptisk til nye tiltak som kan hindre at andre oppgaver ikke blir fulgt opp. Mangel på felles fora hvor barn blir tematisert hindrer en bevisstgjøring blant ledergruppen, og gjør at det blir vanskelig å holde fokus på barneperspektivet i behandlingshverdagen.

Samarbeid med barnets omsorgspersoner og andre instanser er usystematisk og tilfeldig, og spesielt barneverntjenesten nevnes som vanskelig å etablere kontakt med. Ønske og behovet for et tettere samarbeidet med barneverntjenesten er tydelig, men begge parter virker passive i forsøk på å fremme et samarbeid. Lite samarbeid med de som har daglig omsorg for barnet og andre instanser fører til at Tyrili har mangelfull informasjon om barnet, barnets situasjon og hvordan barnet blir ivaretatt etter for eksempel samvær.

Det kommer også frem at en skiller og tenker ulikt om kvinner og menn som foreldre.

Kvinner blir ansett som mer nære sine barn og har sterkere følelser ved tap av sine barn. Dette kan skyldes ubevisste holdninger, men kan også gjenspeile samfunnets generelle syn på

kjønnsperspektivet. Synet på barnet som sårbart er repeterende, refleksjoner rundt det kompetente barnet kommer lite frem. Slik det kommer frem vil ledernes syn på kjønn og på hvordan de ser barnet kunne ha en innvirkning på tiltak eller mangel av tiltak.

Samtlige barneansvarlige problematiserer dilemmaet mellom barnets behov og elevens behov. Disse dilemmaene blir tydelige i diskusjoner om samvær. Eleven sitt ønske om samvær med sine barn når de har blitt nyktre, kontra det å holde et langtidsperspektiv til fordel for barnet fremheves som utfordrende. Motstridene interesser blir også tydelig mellom behandlingsperspektivet og barneperspektivet.

Lojalitetskonflikt ovenfor både elever og kollegaer settes på prøve i situasjoner hvor elevens behov tilsideettes når barneperspektivet fremmes. Eksempler hvor ledere går i forsvar ovenfor "sin" elev, problematiseres i samtlige intervju og rollen lederen tar blir henvist til som "elevens advokat". Tyrili sitt verdigrunnlag og endringsoptimismen kan settes på prøve, ved at ledere viser en skepsis i å involvere barn i elevens behandlingsforløp grunnet usikkerhet og ustabilitet.

7.0 Diskusjon

Slik det ble beskrevet i oppsummering av analyse kapittelet viser undersøkelsen til at lovens bestemmelser blir oppfylt. Utover lovens krav styres initiativ ovenfor barna av tilfeldighet, mangel på systematikk og integrering. Samarbeid med viktige personer rundt barnet, samvær mellom barn og foreldre og samtale med barn fremheves av de barneansvarlige som tre praktiske utfordringer. Disse utfordringene gjenspeiler seg i to dilemmaer som omhandler motstridene interesser og lojalitetskonflikt. Ut i fra min konklusjon etter gjennomgående analyse av funnene ser det ut til at utfordringer ved å ivareta barnefokuset kan knyttes opp i mot faktorer på systemnivå og individnivå. Dette omhandler blant annet rutiner, forankring og behandlingskultur på systemnivå, og fokus, holdning og kunnskap på individnivå.

Jeg vil videre diskutere utfordringene som fremkom i analysen, ved å drøfte funnene opp i mot forskning og teori.

7.1 Mangel på systematikk, rutine og forankring

Gjennomgående i intervjuene er mangelen på systematikk og rutiner for praksis. Dette er en hovedoverskrift som går igjen i alle temaer, og som innvirker på initiativ ovenfor barna og barnefokuset i behandlingshverdagen. Manglende rutine fører også til enkeltsaksarbeid med variert innhold og kvalitet. Rutinehåndboken til Tyrili beskriver noen prosedyrer og rutiner som skal sikre ivaretagelse av barna til elevene. Dette er føringer som skal sikre at lovens bestemmelser blir fulgt, men legger også opp til at den enkelte enhet må finne gode rutiner for hvordan arbeidet løses i praksis.

Tyrilistiftelsen har gjennom historien hatt barn av elever på besøk i enhetene, og ved flere anledninger hatt både elever og deres barn boende sammen på enheten. Til tross for dette er oppfølging av elevenes barn lite integrert, og mange så på samtale med barn som utfordrende. Mangel på rutine og system for arbeidet fører til at tilfeldigheter på systemnivå og individnivå preger barnefokuset i behandlingshverdagen. Nye retningslinjer og lovpålegg som fører til endringer og nye arbeidsrutiner krever implementering. Implementering av nye tiltak tar tid, og det krever opplæring og kompetanseutvikling, samarbeid, en felles forståelse og integrering. Den overordnede faktoren for god integrering av nye tiltak er en aktiv og støttende ledelse (Larsen, 2012).

7.1.1 Forankring av rollen som barneansvarlig

De barneansvarlige beskriver sin rolle som en som passer på at det formelle arbeidet blir fulgt opp, og at barneperspektivet blir fremmet i behandlingshverdagen. Disse beskrivelsene er i tråd med barneansvarlig sine oppgaver (rundskrivet 5/2010), og bekrefter at rollen og mandatet til barneansvarlig er viktig og funksjonell. Til tross for synet på sin rolle som viktig for å fremme barnefokuset, gir de barneansvarlige også uttrykk for usikkerhet rundt sin rolle, kompetanse og sine arbeidsoppgaver. Dette kan skyldes mangel på forankring av lovverket og et tydelig mandat, som også ble påpekt av Maybery og Reupert (2009) som en barriere i arbeid med barn og familier.

De barneansvarlige påpeker det som viktig at de kan inneha en annen rolle enn elevkontakt ovenfor enkelt elever. Dette kan begrunnes i at avstand til eleven gjør at barneansvarlig kan forholde seg mer nøytral, og derved klare å se begge perspektiv. De oppfattet også rollen sin en støtte for ledere i vanskelige situasjoner, ved at barneansvarlig kunne fremme barnets interesse uten å utfordre behandlingsrelasjonen til eleven. Disse funnene bekrefter erfaringene fra Selbekk sin evaluering av prosjektstillingen Barne- og pårørendekontakt. Rollen som barne- og pårørendekontakt minsket lojalitetskonflikten mellom ulike oppgaver som må prioriteres og mellom ulike roller. Mandatet som barne- og pårørende kontakt øker bevisstheten og fokuset på barn som pårørende i sin helhet (Selbekk, 2011).

De barneansvarlige har behov for anerkjennelse av sin rolle ovenfor barna, og dette kan sikres ved at de får tid og rom til å utføre sine oppgaver. Utfordringen ved å få nye ansvarsoppgaver, er at de ofte kan komme i tillegg til de en har fra før, hvilket skaper rom for frustrasjon og konflikt mellom oppgaver som må gjøres. Et tydelig mandat er en tydeliggjøring av rollen som barneansvarlig. Som henvist til tidligere er det ledelsens ansvar å legge til rette for at barneansvarlig skal kunne utføre sine oppgaver og lovpålagte plikt (Helsedirektoratet, 2010), men barneperspektivet må også fremmes gjennom et holdningsskapende arbeid i resten av ledergruppen.

Hvordan lovbestemmelsene blir organisert innenfor de ulike virksomhetene vil variere, og hvem av helsepersonellet som utpekes som barneansvarlig vil også være ulikt. Som beskrevet i rundskriv (Helsedirektoratet, 2010) vil mange av oppgavene som skal sikre ivaretagelse av barn bli utført av helsepersonell med behandlingsansvar ovenfor foreldrene. Barneansvarlig har ansvar for at arbeidet med å ivareta barn som pårørende sikres ved å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av barna. Dette innebærer å sette arbeidet i system.

Dette vil i praksis bety at ledere utover de barneansvarlig har ansvar for at blant annet kartlegging blir utført, og at barnets informasjon og oppfølgingsbehov blir fulgt opp. Ledere som er elevkontakt, og har ansvar for den enkelte elevs behandling er den som kjenner eleven best, og kan derfor på dette grunnlaget bidra med sine vurderinger rundt eleven og elevens samværskompetanse. Som tidligere berørt vil elevkontakt kunne oppleve ved å skulle ivareta både elevens og barnas interesse, dersom disse er motstridende. Før arbeidet med barn som pårørende er godt nok implementert i enhetene, bør rollen som barneansvarlig ligge til en leder som ikke er elevkontakt og nærmest eleven i behandlingshverdagen. Når noen har fått tildelt denne rollen så trenger ikke alle ta de vanskelige samtale, og avgjørelsene alene. Dette argumenterer for å gå bort i fra en generalist modell hvor alle skal gjøre det samme, men heller benytte seg av kunnskap og ressurser hos den enkelte.

7.1.2 Kartlegging

De barneansvarlige ser på kartlegging som et godt utgangspunkt for videre samarbeid med foreldrene. I tillegg til å gi nyttig informasjon om barnet, kan kartleggingen brukes som et verktøy og en innfallsvinkel til samtale om barn. Gjennomgående i analysen vises det til at samtale om barn og foreldrerollen er et vanskelig tema å berøre både for elever og ledere. Kartleggingen kan bidra til økt fokus og anerkjennelse av foreldrerollen hos den enkelte elev, en rolle som for mange av elevene har vært lite håndterbar grunnet rusavhengigheten.

Formålet med kartleggingen kan deles inn i tre deler, avklaring av om pasienten har barn, kartlegging hvor målet er å bli kjent med barnas behov for informasjon og oppfølging, og den tredje hvor tilpassede tiltak iverksettes (Helsedirektoratet, 2010). I intervjuene vises det til at kartleggingen blir gjennomført og at barna identifiseres. Utfordringen er om den kunnskapen lederne får gjennom samtale med elevene er dekkende nok for å avklare barnets behov for oppfølging. Bakgrunn for dette er funnene om at det sjelden samtales med barna og at samarbeidet med andre viktige personer rundt barnet er tilfeldig og lite integrert.

I undersøkelsen kom det frem at kartleggingskjema er begrenset med henhold til god nok informasjon om relasjonen mellom eleven og barnet, og at dette også burde være et fokus ved kartleggingen. I rundskrivet "Barn som pårørende" står det at det skal være lav terskel for at helsepersonell skal undersøke barns behov for informasjon og oppfølging, uavhengig av om barnet utviser symptomer. Det som skal ligge til grunn for vurdering er om helsetilstanden til forelderen har eller får konsekvenser for barnet, og om foreldrenes helsetilstand kan medføre

”at barna blir usikre og sårbare, får mestringsproblemer eller opplever bekymring”
(5/2010:5).

Kunnskap om rusens konsekvenser for både barn og foreldre vil være gode argumenter for at en slik undersøkelse burde igangsettes. Rusavhengigheten viser seg i form av ustruktur og uforutsigbarhet, både i livsførsel og atferdsmessig, som medfører usikkerhet, utrygghet og bekymring for barnet (Kvillo, 2010; Sundfær, 2012). Negative samspillserfaringer og opplevelser gjør barna sårbare for å utvikle egne problemer som rus eller andre atferdsproblemer (Nordahl, T. et al., 2011). Barn som utsette for flere risikofaktorer kan utvikle lav motstandskraft og mestringsopplevelse. Mestring kan defineres som å ha kontroll over eget liv og evne til å møte utfordringer (Vifladd, E. og Hopen, L. 2004). Ustruktur og uforutsigbarhet vil for barn føre til en opplevelse av å ha lite kontroll på sine omgivelser.

Utfordringene ved å skulle utføre en slik type kartlegging er mange. Lite føringer fra lovbestemmelsene og rundskriv om hvordan dette løses i praksis, kan ytterligere utfordres av ledernes usikkerhet og manglende erfaring, foreldrenes anerkjennelse av problemene og evne til å se barnet, lite kommunikasjon med barnet selv og andre personer rundt barnet og manglende samtykke. Dette er utfordringer som jeg vil diskutere senere i dette kapittelet.

7.1.3 Behandlingskulturen

Som henvist til tidligere i Tyrili sine dokumenter er erfaring og idegrunnlag godt forankret i behandlingskulturen. Tyrili sitt menneskesyn uttrykker en oppfatning om hva mennesket er, men de er også et utgangspunkt for teori og praksis (Mathiesen, 2008). Med dette menes at menneskesynet ikke bare oppfattes som et verdigrunnlag, men også som retningslinjer for praksis. Som vi så i intervjuene var barneansvarlig opptatt av at prinsippet om endringsoptimisme, kunne bli utfordret av langtidsperspektivet. Barneansvarlig beskriver det som et dilemma eller som å ha to roller hvor hun på den ene siden støtter eleven i sine valg, og har sterk tro på at endring er mulig, mens på den andre siden ikke støtter eleven i å ha samvær med sine barn, fordi stabilitet utfordres av rusmisbrukets dynamikk over tid.

Et annet prinsipp som utfordrer barnefokuset, er individperspektivet. Tyrili har fokus på familiearbeid i sin behandling, men prinsippet om at eleven står i sentrum (Wangensteen & Jansen, 2013) står sterkt. Elevens behov og ønsker styrer mye av behandlingsretningen. Individperspektivet kan i prinsipp utfordre et familieperspektiv (Hansen, 2012). Videre ser Tyrili på behandlingsrelasjonen som grunnleggende for endring og utvikling. Dette støttes av

både av klinisk erfaring og av forskningen (Schibbye, 2009; Eide & Eide, 2008). Utfordringen med dette er når behandlingsrelasjonen blir for tett, og fører til at lederen mister perspektiver, og blir ”blind” for elevens ønsker.

7.2 Tilfeldige samtaler med barn

I intervjuene kom det frem at samtale med barn var unntaket. De barneansvarlige henviste til at det er liten tradisjon og erfaring på å samtale med barn i enhetene. Samtalene som fant sted var uformelle samtaler når barn var på besøk. Lederne viser lite initiativ til å samtale med barn, og de barneansvarlige mente at dette kunne skyldes usikkerhet, både på sin egen kompetanse og redsel ved å si noe feil. Det var også usikkerhet på om det var ledernes oppgave å ha slike samtaler.

I rundskrivet (Helsedirektoratet, 2010) påpekes det at informasjon til barn bør gis av foreldrene selv, men at det er viktig å bistå foreldrene i hvordan de kan samtale med barna og hva det bør informeres om. Videre bør samtalen omhandle både foreldrene sin situasjon, og barnets egen situasjon. I mange tilfeller vil det være nyttig at helsepersonell er med i samtalen slik at de kan støtte forelderen, og samtidig sikre at barnet får den informasjonen de trenger, tilpasset alder og modenhet. Det kan tenkes at dersom lederne ikke samtaler med barn og at samarbeidet med personer rundt barnet ikke systematiseres vil det være vanskelig for ledere å sikre seg at barnet får den informasjonen de har krav på og at den er god nok. Samtale med barnet vil bidra til en opplevelse av sammenheng, også beskrevet som «sence of coherence» (Borge, 2003). Antonovsky (2000) mener at meningsfullhet, forståelse og håndterbarhet er tre viktige komponenter for opplevelsen av sammenheng. En forebyggende faktor kan være å gi barnet informasjon om hva som skjer med forelderen og hvordan dette påvirker familien. Informasjon i form av samtale vil gi barnet en opplevelse av å være delaktig i det som skjer, og samtidig danne en forståelse av det som skjer. Dette kan igjen bidra til økt håndterbarhet for barnet. Det er viktig at den helsehjelpen foreldrene får inkluderer barna også.

Utover å sikre barn informasjon, vil samtale med barn gi en forståelse av barnets situasjon og behov, som igjen kan bidra i vurderinger vedrørende oppfølgingstiltak. I samtale med barn søker en kunnskap om barnet gjennom barnets egne fortellinger og ord, ikke bare kunnskap om barnet gjennom foreldrene.

Når en foreldres rusavhengighet avdekkes kan barnet ha levd med rusens konsekvenser over lengre tid. Dette innebærer bekymring, hemmeligholdelse, fortvilelse og belastning på andre områder (Hansen, 2008; Sundfær, 2012). Samtale er et viktig redskap for å bryte mønstre som

hemmeligholdelse, opprettholdt av foreldrenes rusmisbruk. I mange familier har hemmeligholdelse vært en strategi for å opprettholde fasaden og en måte å skjule skammen på. Hemmeligholdelse kan både være utad og mellom familiemedlemmer. Mange foreldre tror at de har klart å holde sitt rusmisbruk skjult for barna, men historier og barns gjenfortellinger motviser dette. Barn vet stort sett mer enn de voksen tror (Hansen, 2012). Utfordringen med hemmeligholdelse er at barnet ikke får noe rom til å snakke om det de vet eller har opplevd. Barn kan derfor skape sin egen sannhet, og tillegge seg selv ansvar eller skyld for foreldrenes rusmisbruk (Sundfær, 2005). Hemmeligholdelse kan bidra til at mange barn ikke vet at foreldrenes deres er i behandling for sin rusavhengighet. Vi må oppfordre foreldrene til å bryte tausheten, slik at barnet fratras ensomhet og ansvar, og gis mulighet til å søke den hjelpen de trenger. I slike samtaler er det vesentlig at vi ikke opptrer illojalt mot foreldrene, de er ofte det viktigste i barnets liv.

Slik jeg ser det kan hemmeligholdelse av foreldrenes rusmisbruk føre til et dobbelt svik ved at foreldrene ikke anerkjenner barnets følelser og reaksjoner på opplevelser knyttet til foreldrenes rusavhengighet, og ved at barnet heller ikke får den hjelpen de trenger fra hjelpeapparatet da problemet ikke blir identifisert. Erfaring tilsier også at pasienter som er i behandling er skambelagte ovenfor sitt rusmisbruk, og selv i behandlingssammenheng underrapporteres rusbruken og problematikk knyttet opp mot rusbruken. Skyld og skam kan bidra til at foreldre ikke ønsker å snakke om rusavhengighet i kombinasjon med foreldrerollen. Skam knyttet til rus overføres også barnet, slik at barnet heller ikke klarer å være åpne om foreldrenes rusbruk. Sundfær (2005) problematiserer at skammen og hemmeligholdelsen på sin side også vil kunne føre til at barnet ikke får eller søker den støtten de trenger.

De barneansvarlige bekrefter Tyrili sitt idegrunnlag om fellesskapet, og rommet for at diskusjon bidrar til tankevirksomhet, som et ledd i endringsprosessen, ved å si at ledere er gode på samtaler med elevene, men ikke barna. Å jobbe med eleven som foreldre, rusens funksjon og konsekvenser kan vi mye om. Derfor er det lettere for oss å rette tiltak mot eleven.

Barn står ikke i et omsorgs- eller ansvarsforhold til noen, og de skal ikke belastes av de voksnes plikter. Barn som vokser opp med rusavhengige foreldre tar ofte på seg oppgaver og ansvar som tilhører de voksne. Dette er blant annet for å sikre en viss trygghet og funksjonalitet, men som ofte kan gå på bekostning av barnets behov for å være barn og

barnets utvikling. Dette må ikke forveksles med at hvert barn er et unikt individ som innehar ressurser, og oppgaver som er viktig i en familie. Et annet poeng som Sundfør påpeker er at vi må anerkjenner jobben og ansvaret barnet har tatt i en familie for å sikre dets overlevelse (Sundfør 2012). Dette er tema som må problematiseres både med barn og foreldre.

Som tidligere beskrevet påpeker resiliensforskningen at det å ha en signifikant andre som kan støtte og ivareta barnet vil kunne være en forebyggende faktor (Borge, 2003), dette argumenterer for viktigheten av at barneansvarlig følger opp samtaler med barna, slik det er skrevet om i rundskrivet. Samtale med barn og foreldre er også i tråd med folkehelseinstituttets anbefalinger som et tiltak for å bedre foreldreferdigheter (Major 2011, i Barn som pårørende, rapport om tiltak og videre oppfølging).

7.3 Lite planlagte og strukturerte samvær mellom barn og foreldre

Samvær fremstår som lite planlagte og strukturerte. Fokus for samvær mellom barn og foreldre har i stor grad handlet om praktisk tilrettelegging fra lederne sin side. De barneansvarlige sier at observasjon av samspillet mellom foreldre og barn er lite målrettet og ikke satt i system. Oppfølging av barnet i etterkant av samvær viser seg å være lite tilstrekkelig. Alle de barneansvarlige problematiserte også elevenes forenkling av sin rusfrihet i sammenheng med samvær.

De barneansvarlige uttrykker at de sjelden møter barna, og at treffpunkter lederne har med barna skjer når barna er på besøk eller deltar på turer. Ut i fra denne opplysningen vil det være ved samvær at lederne kan innhente informasjon om barnet ved bruk av samtale eller observasjon.

Observasjon kan gi ledere informasjon om barnets fungering, elevenes omsorgskompetanse og samspillet. Slik informasjon vil kunne danne grunnlag for videre vurdering av barnets oppfølgingsbehov, i tråd med lovverket (IS-5/2010). Utfordringen er manglende planer på hva som skal observeres i samspillet og hvem som skal observere. Dette gir konsekvenser som et blandet fokus blant lederne, og at informasjonen som presenteres etter samvær mellom barn og foreldre er personavhengig. Vi ser ting ulikt ut i fra kunnskap, erfaring og fokus. Hvordan kan det sikres at barnet ikke faller mellom de ulike lederes syn på fungering mellom barn og foreldre. Hvordan sikre at kunnskapen om eleven tas med videre i observasjonen av samspillet mellom elev og barn? Det kommer til syne i intervjuene at det er en usikkerhet på om barnet blir sett og om hvilke vurderinger som ligger til grunn for observasjon.

Observasjon i fellesskapet, og av enekelt elver sier noe om deres tilknytningsmønstre og er en god pekepind på samspill med egne barn.

Disse utfordringene gir lite sikring av barnets ivaretagelse og videre oppfølgings behov. Ut i fra et tilknytningsperspektiv vil observasjon av samspill mellom barn og foreldre indikere barnets utvikling (Anke, 2012). I tillegg vil foreldrenes tidligere tilknytningserfaringer speile seg i samspillet med sine barn (Wennerberg, 2011).

Observasjon og veiledning av elev i etterkant av samvær viser til at ledere klarer å se hva eleven trenger av oppfølging. Oppfølging av elev i etterkant av samvær er et viktig tiltak for å styrke elevenes foreldrekompentanse, som igjen vil være til barnas fordel. Oppfølgingen av barnet etter samvær er fraværende, og viser til at barnefokus ikke er til stede når samværet avsluttes og barne reiser hjem til sin omsorgsbasis. Erfaringer fra blandt annet fosterhjem viser til at barns reaksjoner etter samvær er ulike, men at mange barn trenger god oppfølging etter samvær. Et barneperspektiv krever at ledere klarer å holde fokus på barnet selv når det ikke er til stede, og samarbeid om hvem som ivaretar barnet etter samvær bør være et fokus på enheten. Dialog med barnet rundt samværet, og forutsigbarhet før og etter samvær er viktige faktorer som bidrar til trygghet for barnet. Erfaringer barn har fra samspill med sine rusavhengige foreldre er for mange preget av uforutsigbarhet, og det er derfor viktig at foreldre, ledere og andre voksne rundt barna bidrar til at barnet kan få en opplevelse av forutsigbarhet. Ustruktur og uforutsigbarhet er elementer av rusmisbruket som motarbeides i behandling, gjennom en tydelig daglig struktur og ledernes egenskaper (Wangensteen, 2010). Dette er elementer enhetene også burde etterstrebe for barna til elevene.

Sundfær (2005) påpeker at barn som lever under belastninger er vare på signaler. De blir gode på å observere de voksnes situasjon og de har følelser ute i forhold til foreldrenes sinnstilstand. Barnets behov for å lese situasjon blir en strategi for å kunne skape en form for forutsigbarhet. Som tidligere beskrevet er foreldrenes uforutsigbare atferd en konsekvens av rusmisbruket. Ut i fra foreldrenes sinnstilstand kan barnet ha en anelse av hvordan hverdagen skal bli, og hvordan håndtere den. Barnet tilpasser seg hverdagen med rus og de lærer tidlig å tolke signaler.

Interessene for samvær hos barn og foreldre kan i situasjoner vise seg å være motstridene, og det er i slike situasjoner at ledernes vurderingsevne utfordres. Eleven sitt savn etter egne barn, skyld og skamfølelse av å ikke ha vært til stede blir ofte førende følelser for handling. Disse følelsene har for mange elever vært undertrykt i lang tid av rusmisbruket, og en effekt av å

blir nykter er at disse følelsene og behovene gjør seg gjeldene. Elevene ønske om å handle på disse følelsene kan føre til utålmodighet for å ta igjen det tapte. Dette er nok følelser og behov vi alle kan forstå. På den andre siden har barnet behov og interesse som ikke alltid passer med elevens behov. Disse utfordringene vil bli diskutert senere i kappitelet.

7.4 Tilfeldig og usystematisk samarbeid

Intervjuene viser til at arbeidet med viktige personer rundt barnet utfordres av usystematisk samarbeidet, både internt og eksternt. Interne utfordringer er mangel på kommunikasjon mellom de ulike teamene på hver enkelt enhet, mellom ledere og mellom enhetene. Eksterne utfordringer kan knyttes opp i mot usystematisk samarbeid med kommune, i all hovedsak barneverntjenesten, og tilfeldig samarbeid med viktige personer rundt barnet, som for eksempel barnets omsorgspersoner.

De barneansvarlige er bekymret for kommunikasjonen mellom de ansatte, og at informasjonsflyten mellom de ulike teamene er for liten. Dette vil bidra til en mindre helhetlig fokus fordi viktig informasjon om barna ikke når hele ledergruppen. Slik det kommer frem i intervjuene er det ingen erfaringsutveksling om hvordan barnefokuset blir ivaretatt mellom barneansvarlig på de ulike enhetene. I ett av intervjuene kom det fram at en enhet har deltatt i BIRus prosjektet, som blant annet har resultert i heftet ”barnespor”. En slik kompetanse og erfaring vil være nyttig å dele med de andre enhetene. Samtlige barneansvarlige sier at det kunne vært nyttig med et felles fora eller treffpunkt hvor representanter fra de ulike enhetene kan utveksle erfaringer, ideer og tanker.

Gjennomgående i de sakene hvor barneverntjenesten er involvert, hvilket det viser seg at de ofte er, enten ved tiltak i hjemmet eller ved fosterhjemsplassering, regnes barnets behov for å være ivaretatt av barnevernet. Denne holdningen ser ut til å føre til passivitet ved at det hindrer videre initiativ ovenfor barna. Dette er et paradoks da det også sies at samarbeidet med barneverntjenesten preges av dårlig kommunikasjon, og lite samarbeid. Mangel på utveksling av informasjon mellom Tyrili og barneverntjenesten gir liten sikring av at barnets oppfølgingbehov blir ivaretatt, og hvem som ivaretar dette. Manglende kommunikasjon mellom Tyrili og barnevernet kan medføre at barnets behov for informasjon og oppfølging faller mellom de to ulike nivåene, da Tyrili tenker at barnevernet ivaretar barnet på alle områder, mens barneverntjenesten på den andre siden ikke nødvendigvis innehar informasjon og kunnskap om forelderens tilstand som burde vært videreformidlet barnet.

Flere av de barneansvarlige ga uttrykk for en oppfatning av at barnevernet ikke ønsker eller ser behovet ved å involvere seg i elevens behandling. Barneverntjenesten er sjelden med på ansvarsgruppemøter vedrørende enkelt elever som er foreldre og har samvær med barn. Dette forunderer meg litt da elevens utvikling og endring vil være sentrale vurderingsfaktorer med henhold til samvær, og fremtidige planer for kontakt med sine barn. Vurdering av foreldrenes omsorgskapasitet mens de er i behandling, vil kunne gi noen indikasjoner for tiden etter behandlingen og fremover. Barnets behov for stabilitet og forutsigbare omsorgsperoner som grunnlag for trygghet, vil være avhengig av foreldrenes rusmestring. Denne type informasjon vil for barneverntjenesten være vesentlig for å ivareta barnet. En annen faktor er tidlig etablering av samarbeid og kommunikasjon med foreldrene mens de er i behandling, slik at grunnlaget er lagt for videre samarbeid etter utsrivelse fra Tyrili. Kontakten mellom barneverntjenesten og forelderens bør etterstrebe åpenhet og trygghet i kommunikasjonen, og ledere i Tyrili må være behjelpelig med denne prosessen. En helhetlig oppfølging rundt barnet, basert på et velfungerende samarbeid er i barnets interesse.

I intervjuene ble det vist til at både elevene og barneverntjenesten kunne være skeptiske til samarbeid med hverandre. Elevene av grunner som redsel for restriksjoner i samvær, eller andre tiltak, og barneverntjenesten fordi erfaring fra tidligere samarbeid med de enkelte elevene ble sett på som vanskelig. Det påpekes av de barnenasvarlige at i slike situasjoner vil det være vesentlig for ledere å bidra til at kontakt og samarbeid mellom barneverntjenesten etableres. Mangel på dialog, og samarbeid forsterker elevenes og barneverntjenestens usikkerhet og skepsis til hverdandre.

Samarbeid med barnets andre arena, som skole, barnehage eller andre oppfølgingstiltak er i følge de barneansvarlige ikke eksisterende. Som teori viser til vil barns atferdsproblemer kunne være en direkte konsekvens av foreldrenes tilstand. Risiko for å utvikle psykososiale problemer kan være en følge av foreldrenes rusmisbruk. Informasjon om foreldrene og sammenheng med barnets atferd bør gis til andre instanser eller arenaer som barnets ferdes på. Mange barn som henvises til BUP grunnet atferdsvansker, kan ende opp med en diagnose på bakgrunn av sin atferd, men som også kan tolkes som en reaksjon på foreldrenes rusavhengighet. Det er viktig at hele historien til barnet belyses for at det skal bli forstått og møtt på en utviklings fremmende måte.

Det er tidvis uklare rammer for samvær, og ledere blir lite involvert i samarbeidet rundt samværet. Dette har ført til at barn har vært på besøk uten at samværet har blitt planlagt og

tilrettelagt. Slike hendelser kan ha sammenheng med elevens måte å håndtere sine behov og ønsker på. Rusatferd fører ofte med seg ustruktur, unnlattelse av å informere, hemmeligholdelse, lite planlegging og høy grad av impulsivitet og behovsstyrt handling. Forelderen kan også ha erfaring med at samarbeidet med andre er vanskelig. Uklare samværs avtaler er også et tegn på dårlig kommunikasjon med barneverntjenesten og eller barnets omsorgspersoner.

Overgangen fra døgnbehandling til utflytting, og videre etablering i kommunen er som tidligere belyst en sårbar periode for elevene. Det er i slike overganger at mange av elevene opplever tilbakefall (Wangensteen & Jansen, 2013). Dette viktiggjør samarbeidet med kommune og elevens nettverk, for å minske risikoen for tilbakefall. I denne fasen av behandlingen vil det være viktig at den gode relasjonen til eleven opprettholdes, slik at eleven klarer å være ærlige om sine utfordringer. Det ble i intervjuene vist til at elever kunne holde tilbake informasjon i denne fasen, da de var redde for konsekvensene. Det er også viktig å inkludere barna i denne fasen slik at barnets behov blir ivaretatt. Barn har behov for trygghet og forutsigbarhet i hverdag, og for barn som er pårørende kan dette behovet være enda sterkere siden situasjonen rundt foreldrene ofte er uforutsigbar. Fokus må ikke bare rette seg mot det som skjer mens eleven er i behandling, men også på tiden etter behandlingen (<http://www.helse-sorost.no/pasient/laeringogmestring/barnsbeste/helsepersonell/Sider/side.aspx>). Erik Larsen skriver i en NOVA rapport nr 7. fra 2005 at manglende samarbeid bidrar til barnets sårbarhet. Videre viser han til Killén sin (1991) formulering om at omsorgssvikt er alles ansvar rydeliggjør at samarbeid krever organisering, slik at ansvaret ikke skal bli pulverisert og individualisert. Begrepet alles ansvar inviterer der i mot til løsningsfokusert samarbeid.

Samhandlingsreformen peker på behovet for økt samhandling mellom nivåene, og at helsefremmende - og forebyggende innsats skal styrkes. Samhandling defineres som et uttrykk for helse- og omsorgstjenestenes evne til oppgavefordeling seg imellom for å nå et felles, omforent mål, samt evnen til å gjennomføre oppgavene på en koordinert og rasjonell måte (St.meld.nr.47, 2008-2009 i Barn som pårørende, sluttrapport og anbefalinger for videre oppfølging). ” Perspektiver vedr. barn som pårørende bør integreres i arbeidet med pasientforløp. Med den høye risikoen som disse barna har for å utvikle egen sykdom, må pasientforløp ses i et flergenerasjonsperspektiv” (Barn som pårørende, sluttrapport og anbefalinger for videre oppfølging, side 10).

Samarbeid med barnets øvrige arenaer- knyttet dette opp i mot bronfenbrenner og barnets ferdselsområder, og opp i mot overføringer og marginalisering. Pluss Inge Bø. Allt henger sammen!

7.5 Elevens anerkjennelse av sitt rusmisbruk

I intervjuene problematiseres elevenes egen holdning til sin rusavhengighet. Mange av de barneansvarlige opplevde at elvene ikke så sammenhengen mellom rusepisoder, og hverdagslivet, barneansvarlig var også bekymret for elevenes tilsynelatende mangel på å bruke langtidsperspektivet eller å ta valg ut i fra et kognitivt perspektiv, ikke emosjonelt.

Skam og tabu kommer sammen med rus og foreldreskap. I vår kultur og samfunn er rus preget av negative holdninger og stigma. I dette er rusavhengige foreldre er foreldre i et samfunn med fordommer og negative holdninger til rusmiddelmisbruk. Som det ble beskrevet i teorien er rus forbundet med ustruktur, uforutsigbarhet, tap av kontroll, mangel på sensitivitet, skade på seg selv og andre, mens foreldreskap er forbundet med trygghet, forutsigbarhet, stimuli, ansvar og tilgjengelighet. Kan de være at rusavhengige foreldre er marginaliserte både som rusavhengig og som forelder?

Halsa (2012) uttrykker også at behandleres syn på den rusavhengige ut i fra flere roller, ikke bare som rusavhengig. Jansen beskriver dette som å se hele mennesket (Jansen, 2013). Stigmatisering og skammen knyttet til rusmisbruk, gjør behandleres værmåte og syn på elevene som, og bli møtt som verdige foreldre.

I sin doktordrad "Mamma med nerver" drøfter Halsa hvordan identiteten som mor og som psykisk syk kan stå kontrast til hverandre. samfunnets syn på psykisk sykdom og begreper som "irrasjonalitet, manglende ansvar, tap av kontroll, mangel på kapasitet, skade på andre, skade på seg selv" er motstridende med synet på foreldreskap som forbindes med "trygghet, forutsigbarhet, stimulering, ansvar og tilgjengelighet" (Halsa, 2012 s. 157). Dette er kontraster som også vil kunne passe til beskrivelsen av rusavhengighet. Slike følelser vil være relle for rusavhengige, og forsterker skammen.

Skyls og skam kan føre til ambivalens hos eleven. Viktig å vise respekt for valg eleven har gjort med tanke på sin foreldrerolle.

Det er vesentlig at en kan bygge relasjon til foreldrene slik at de kan være åpne om sin rusproblematikk, slik at barna får den hjelpen og oppfølgingen det trenger. Trygghet i relasjonen mellom elev og behandler krever en allianse som bygger på anerkjennelse og

enighet om målet (Sundfær, 2012; Shibbye, 2009). Sundfær (2012) refererer til skammen over å ruse seg har ført til at mødrene underkommuniserte rusproblemet, både ovenfor familie og hjelpeapparatet. Dette hindre tiltak ovenfor barn. Redselen for å miste sine barn er også en vesentlig faktor for underkommunisering. Dette var et tema som bekymret de barnenasvarlige, spesielt i slutten av behandlingstiden og eleven skulle etablere sitt eget liv utenfor institusjonen. Sundfær påpeker også en vesentlig faktor i dette bildet, at barna også hjalp familien med å opprettholde fasaden. Dette er kjente strategier barn bruker både ved hemmeligholdelse av problemet, og ved å dekke over mangler ved å påta seg omsorgsrollen i hjemmet.

Skam, tabuisering og benektelse hos eleven kan motvirkes dersom behandler er åpen, vennelig og med en anerkjennende holdning. Haugland utfordrer behandlere til både å kunne klare å se det negative samspillet som utvikles ved rusmisbruket, og samtidig klare å se positive kvaliteter, som igjen fører til en åpen og anerkjennende holdning, som igjen øker muligheten for et godt samarbeid med foreldrene.

Rusavhengighet vil i stor grad påvirke hvordan foreldrene klarer å fylle foreldrefunksjonene. Samtidig vil det også være mange tilfeller hvor rusfrihet ikke nødvendigvis bedrer foreldrefunksjonene da andre faktorer som psykisk og fysiske helse, abstinensproblematikk og rustanker kan virke forstyrrende og oppta foreldrenes fokus. Dette tematiserer også av Killen og Ollofson (2011).

Foreldrenes mangel på positivt engasjement i barnet betegnes som følelsesmessig vanskjødsel. Bruk av rusmidler eller psykisk sykdom hos foreldrene fører til utilgjengelighet, og at barnets signaler blir ikke sett eller respondert på. I tillegg vil foreldrenes manglende evne til å mentalisere komme til uttrykk i foreldrene sin ambivalens til rusmisbruket. Foreldrene kan benekte at de har et rusproblem, samtidig som barnet opplever rusavhengigheten på nært hold. I sitt forstyrrede syn på sin situasjon kan foreldrene tro at verken barnet eller samfunnet for øvrig oppfatter foreldrenes rusmisbruk. Dette påvirker barnets kognitive utvikling ved at foreldrenes benektelse vanskeliggjør barnets forståelse og opplevelse. Ved foreldrenes projisering av problemet fraskriver forelderens ansvar for sitt eget rusmisbruk, ved å plassere ansvar og skyld hos andre og hendelser utenfor en selv. Dette gjør at barnet får en opplevelse av seg selv som preges av utilstrekkelighet, skyld og ansvar (Killen og Ollofson, 2011). Det er ingen tvil om at disse mekanismene virker forstyrrende på barnets utvikling. Den følelsesmessige vanskjødselen har også sammenheng med manglende evne til å beskytte

barnet mot farer, som innebærer at barnet kan utsettes for ulykker, seksuelle overgrep eller annen destruktiv atferd (Killen og Ollofson, 2011).

Foreldrekopetanse i samvær og samspill er også en viktig faktor, med tanke på barnets behov. Det kommer frem at samvær i hovedsak blir tilrettelagt, men at fokuset på hvordan elevens fungering som foreldre er tilfeldig. Det veiledes i situasjoner hvor en ser at det er behov, men ikke over tid.

Sundfær (2012) sier forelderens diagnose som er avgjørende for hvordan foreldrefunksjonene blir ivaretatt, men måten foreldrene uttrykker sin omsorg som er avgjørende for hvordan barna har det. Dette bekrefter Hansen (2012) ved å si at det ikke er konsumet eller mengden av rusmidler som er avgjørende, men hvordan rusmidlene forstyrrer foreldrenes relasjon til barnet og familiens funksjoner.

De barneansvarlige hadde en opplevelse av at elevene ønsket å samarbeide om sine barn. Men erfaringsmessig kan elevene vise en ambivalens ved å skulle være åpne om sitt rusmisbruk, både ovenfor barn og andre instanser. Dersom foreldrene ikke gir sitt samtykke vil dette hindre ledere i å få snakket med barna, andre i hjelpeapparatet eller barnets omsorgspersoner. Å inkludere barnet og andre i en kartleggingssamtale vil gi et bredere bilde av barnets situasjon, og flere perspektiver vil bli fremtredene, spesielt barnets perspektiv. De barneansvarlige sier at de har en opplevelse av at eleven vil samarbeide om sine barn, men etter mitt inntrykk har ikke dette samarbeidet blitt utfordret av behov for å innhente flere opplysninger ved enten å samtale med barna eller med andre personer rundt barnet. Ville elevene vært like åpne for å gi et samtykke i en slik situasjon? Det kan godt hende at dette ikke vil være noen utfordringen dersom eleven er trygg på denne informasjonen skal brukes til barnets beste, og ikke omhandle elevens situasjon. I beskrivelsen om Tyrili legges det vekt på nettopp denne tryggheten mellom elev og leder som grunnlag for samarbeid (Wangenstein og Jansen, 2013).

Selv om de barneansvarlige ikke hadde en opplevelse av at mangel på samtykke hindret arbeidet med barn som pårørende, er det viktig for meg å påpeke noen faktorer ved samtykke. Et samtykke kan avgrenses eller trekkes tilbake når som helst. Dersom pasienten ikke samtykker i det hele tatt vil dette kunne avgrense og vanskeliggjøre arbeidet. Informasjon om pasientens helsetilstand eller behandlingsforløp kan ikke informeres om uten gyldig samtykke. Men Bente Laforce påpeker at det likevel er noen tiltak helsepersonell kan gjøre.

Helsepersonell kan informere andre omsorgspersoner om hjelpetiltak for barn. En kan snakke med barnet om det barnet allerede har kjenskap til. Et eksempel er dersom barnet har kunnskap om at mor eller far er på Tyrili og hvorfor kan ledere gi generell informasjon om foreldrenes tilstand. Barna kan også informeres om at foreldrenes tilstand ikke er barnas ansvar, og at foreldrene blir godt ivaretatt der de er. I tillegg vil informasjon till barna om at det er viktig å snakke med en voksen om det man tenker på. Andre omsorgsgivere kan heller ikke informeres uten samtykke, men dersom barnets omsorgsgiver tar kontakt kan helsepersonell informere om hva som er viktig for barn i en slik situasjon, hvilke hjelpeinstanser som kan bidra i den aktuelle situasjon og gi generell informasjon om rusavhengighet. Barnets omsorgsgiver kan informeres om forhold rundt det enkelte barn som en har blitt kjent med som helsepersonell. Dette kan være kjennskap til barnets reaksjoner og hvordan barnet har det. Den med daglig omsorg for barnet kan ta enkelt avgjørelser knyttet til oppfølging av barna, og dersom pasienten ikke bor sammen med barnet kan han/hun ikke nekte oppfølgingstiltak (Av Bente LaForce, foretaksadvokat/avdelingssjef juridisk avdeling, Sykehuset Innlandet HF).

Et dilemma som bør nevnes i denne sammenheng er den offentliges inngripen i privat livet. I Norge står prinsippet om privatlivets ukrenkelighet sterkt, men disse private rettighetene kan stå i kontrast til barnets beste. Samfunnet har forpliktet seg til å sikre barns livsvilkår og må derfor gripe inn når dette er nødvendig (Frønes, 2003). Lovendringene i denne sammenheng kan anses som samfunnets svar på sine forpliktelser ovenfor samfunnets barn. Dette dilemmaet kan forminskes ved at man har et godt samarbeid og en åpen dialog med foreldrene. I behandlings sammenheng vil behandler kunne få en god relasjon til sin klient over tid, noe som igjen kan føre til samtykke fra foreldre til å undersøke barnets livssituasjon.

Barn som har vært utsatt for vanskelige opplevelser trenger ivaretagelse på flere arenaer. Tyrili vil i så måte være en liten del av barnets liv, men et sted hvor barnet kan oppleve å bli sett og ivaretatt gjennom at deres foreldre blir ivaretatt.

7.6 Ledergruppens fokus

Inntrykket fra intervjuene er at ledergruppen er opptatt av barnefokuset og synes at arbeide med elevens barn er viktig. Alikevel er de barneansvarlige usikre på om barnefokuset blir ivaretatt i foraer hvor barneansvarlig ikke deltar, og personlig fokus er avgjørende for tiltak ovenfor barna. Samarbeid mellom lederene ser ut til å utfordres av lite informasjonsflyt mellom de ulike teamene, få felles diskusjoner om temaet barn som pårørende, og

lojalitetskonflikt. De barneansvarlige viste til at det var en fellesforståelse av viktigheten ved å ivareta barna til elevene, men at ulikt fokus kan begrunnes i faktorer som ulik bakgrunn, erfaring, kompetanse og arbeidsområdene, som igrjen kan føre til ulikt fokus blant lederne. Ulikt fokus blandt lederne ble av de barneansvarlige tematisert som en utfordring i intervjuene.

7.6.1 Usikkerhet og kunnskap

Kunnskapen om barn som pårørende er varierende i ledergruppen. Dette kan skape usikkerhet rundt hva barns behov er når deres foreldre er i rusbehandling, hva lovbestemmelsenes intensjoner er og hvordan barna skal følges opp. Disse faktorene kan skape engstelse for handling, og en faktor til at fokuset på barn ikke kommer frem i behandlingshverdagen. Hvordan kan en ha fokus på noe som en ikke har kunnskap om?

I samme momang som varierende kunnskap, kan lite erfaring også bidra til usikkerhet blandt lederne. Mangel på erfaring blant ledere ble spesielt tematisert i forbindelse med barnesamtaler. Det kan tyde på at ledere vegrer seg for å samtale med barn, og at denne usikkerheten er lite tematisert i ledergruppene. Dette kan medføre at disse utfordringene blir lite synlige og ubevisste.

7.6.2 Synet på barnet som sårbart

I undersøkelsen beskrives barna som sårbare av de barneansvarlige, og det snakkes ikke om barnet som kompetent. Dette vil ha betydning for hvordan de barneansvarlige og ledergruppen for øvrig møter barnet. Denne holdningen vil også kunne ha betydning for initiativ ovenfor barna.

I teorikappitlet viste jeg til risikofaktorer som gjør barn av rusavhengige foreldre sårbare for selv å utvikle psykososiale problemer eller selv utvikle et rusmisbruk (Clever et al., 1999; Hansen, 2012; Kvvello, 201; Sundær, 2012). Faktorer som uforutsigbarhet og utrygghet grunnet foreldrenes livsstil og manglende beskyttesle av en tilstedeværende forelder gjør barnet sårbart (Killen & Ollofson, 2011). Til tross for risikofaktorer som bidrar til økt sårbarhet, er det viktig at barnet også blir sett på som kompetent. Den historiske utviklingen i synet på barn og barndom har vist til en forståelse av barnet som aktivt, og som følge juridiske rettigheter og medbestemmelsesrett (Thuen, 2008; Øia & Fauske, 2010). I den senere tid har barnets perspektiv og barnets egen håndtering av hverdagen fått et økt fokus i forskningen. Tidligere har forskning på "barn som pårørende" vært preget av et aviks- og

risikoperspektivet, der fokus har ligget på problemene hos foreldrene og barna (Haugland et.al 2012).

Dette tilsier at selv om barnet utsettes for risiko, og befinner seg i sårbare situasjoner, er det viktig å se på barnet også som aktiv og kompetent. Forskningen på barn som overtar omsorgsoppgavene i hjemmet grunnet omsorgssvikt (Haugland, 2006; Kallander, 2010) viser til at barnet er aktivt handlende og tar ansvar i eget liv. Til tross for den risikoen disse barna utsettes for er det viktig at de blir møtt med en anerkjennelse for ansvaret og oppgavene de har tatt for å sikre familiens overlevelse (Sundfær, 2012).

Barnets stemme er i liten grad omtalt i helsepersonelloven, dette til tross for økt fokus på barn som aktive parter isitt eget liv. Historien viser ti en utviklin i dette synspunktet. FN konvensjonen påpeker barns rett til å bli hørt, i forhold som angår dem selv. Samtale med barn burde derfor være et krav slik at barnet får sagt sin historie, delt sitt syn og gitt uttrykk for egne ønsker (Ytterhus, B, 2012)

7.6.3 Kjønnsperspektiv

I intervjuene kommer ulikhetene ved synet på foreldreskap sett ut i fra et kjønnsperspektivet tydelig frem. De barneansvarlige ser på mødre som nærmere sine barn enn fedrene. Å miste omsorgen for sine barn blir sett på seom mer sårt for mor enn far. Ulikhetene i synet på mor og far kan bidra til at det handles ulikt ovenfor foreldrene, og det kan også tenkes at disse ulike holdningene virker inn på initiativet ovenfor eleven som foreldre. Inntrykket er at disse holdningene er ubevisste, men til stede når det blir satt ord på. Speiler dette samfunnet sin holdning forøvrig?

Undersøkelsen av elevgruppen i Tyrili (Wangensteen, 2010) viser til at andelen blant de som har barn blant kvinner og menn er like store. Dette mener jeg bør ha en innvirkning på bevisstgjøring rundt lederes tanker om foreldrerollen og kjønn. Statestikk messig er det ingen forskjell, bare holdningsmessig.

At mor opplever det som sårere og mer tabubelagt å være borte fra sine barn, kan forsterkes av samfunnets syn på mor- og farsrollen. Til tross for endringer i synet på moderskap og farskap, som historien viser til, hvor far har fått en større plass i hjemmet (Øia ogFauske, 2010), og de siste års endringer i farsidealet, hvor fedre tar mer ansvar i barneomsorgen argumenteret Halsa for at moderskapet fremdeles har en annen kulturell betydning. Mødre forventes å ta hensyn til sine barn i større grad enn fedre (Halsa, 2012) Dette tyder på at

samfunnet fortsatt knytter begreper som nærmeste omsorgsperson opp i mot morsrollen. Dette til tross for studier som viser til at tilknytningsatferd mellom far og barn tilsvarer tilknytningen mellom mødre og barn (Eide & Eide 2008; Shibbye, 2008).

7.7 Motstridene interesser

Gode samvær i Tyrili, men hva med senere. Langtidsperspektivet, klarer eleven å være stabil foreldre over lengre tid. Elevens holdning til rus og rusfrihet. Foreldrees evne til å prioritere barnets behov emosjonelt, ikke bare kognitivt og rasjonelt., og tilside sette sine egne behov. Elevene kan vise mangelfulle refleksjoner for fremtiden. Det kan være utfordrende for eleven å skille mellom tanker og følelser, og hva som er styrende for handling.

Her poengteres det som viktig å samtale med elev om hvor han eller hun står i forhold til rus. Erfaringsmessig har rusen allerede fått en stor plass slik at rusen vil påvirke helgen som samværet skal være, til tross for at eleven holder seg rusfri. Foreldre som er i behandling for sin rusavhengighet befinner seg i en krevende livssituasjon, og det kan være strevsomt å romme andre. I disse situasjonene sier de barneansvarlige at ledere må bli bedre til å vurdere om den enkelte elev er i stand til å se barnet sitt, og gi barnet trygghet og adekvat omsorg.

Teija Anke (2012) skriver i sin artikkel at en gjennomgående utfordring i det terapeutiske arbeidet er å holde spedbarnets og mors relasjon til barnet i fokus. Som hun sier er mors egne emosjonelle behov i perioder så store og mors lidelse så sterk at det er en fare for at disse temaene går på bekostning av å holde spedbarnet og samspillet i fokus. Hun sier videre at den kliniske utfordringen er å holde spedbarnet og mor sine behov, individuelt og samlet, i terapeutens bevissthet og i intervensjoner, uten at mors behov overstyrer barnets behov.

Det andre punkter handler om mentalisering, eller reflekterende fungering.

Mentaliseringsbegrepet ble introdusert av Fonagy og medarbeidere (henvisning). Det handler om kompetansen til å forestille seg mentale tilstander i seg selv og andre, og forstå atferd som meningsfulle uttrykk for disse tilstandene. Tyrili bruker også mentalisering som en behandlingmetode i samhandling med elevene. Mentalisering omhandler å forstå barnets signaler som ytringer av barnets indre liv, med følelser, tanker, behov og intensjoner, og klare å oversette denne forståelsen til empatiske handlinger. I tillegg handler det om foreldrenes evne til å forstå barnets perspektiv. Et viktig aspekt av dette er hvorvidt foreldrene klarer å reflektere over at barnet har andre behov enn forelderens selv. Wennerberg (2011) sier at utrygge tilknytningsrelasjoner kan føre til vansker med å regulere følelser og svak mentaliseringsevne.

Det er viktig å fremheve ressurser og gode sider for å oppnå mestring og utvikling, men dersom denne positiviseringen går på bekostning av barnet eller at vi blir blinde for en dårlig samspill vil ikke dette skape mestring for verken barn eller foreldre på sikt.

Vurderinger ved et langtidsperspektiv er som Killen og Ollofson (2011) påpeker at det å stoppe et langvarig rusavhengighet kan ta flere år, og mange vil trenge flere behandlingsrunder (Jansen et.al, 2010). Endringer tar lang tid, og det blir for enkelt å si at forholdene blir bedre så snart mor eller far slutter å ruse seg (Killen og Ollofson, 2011). *”Barn har ikke tid og råd til å vente på en lang og usikker prosess som foreldrene skal igjennom”* (Killen og Ollofson, 2011:17).

Behov: de som har daglig omsorg kan også ha vanskelig for å sette grenser, og det kan være ulike årsaker til dette. Flere av barna bor i familieplasseringer, altså hos elevens mor og far, dette kan være konfliktfylt for elevens foreldre. Jeg har selv erfart i møte med besteforeldre som også har omsorgen for barnet at de kan kjenne på dette valget. Skal de velge sitt barn eller sitt barnebarn? Her er det viktig at ledere som profesjonelle tar dette valget, og helst i samarbeid med barnevernet. Vi har kompetanse på dette.

Barnet følger ikke alltid elevens utvikling eller ståsted. eleven er i rus, behandling og rusfri. Denne reisen har nødvendigvis ikke barnet deltatt i, og trenger tid på å forstå og bli trygg på hvor foreldrene er. Barnet er ikke i samme takt som foreldrene.

7.8 Lojalitetskonflikt

Lojalitetskonflikten viser seg i intervjuene å omhandle både elevarbeid og kollegialitet. Lojalitetskonflikt ser ut til å ligge både på behandlingsnivå (tyrili verdier), ovenfor elev og ovenfor kollegaer.

De barnenasvarlige viser til flere eksempler hvor ledere blir involvert og engasjert i den enkelte elev, men følelser kan prege vurderinger ved at lederen ikke klarer å se flere sider av samme sak.

Åpenhet og ærlighet i forbindelse med abgjørelser og vurderinger som tas når det gjelder elevens barn. Dette er også mantra i Tyrili eller i behandlingshverdagen, for å skape en trygg og god relasjon som utgangspunkt for utvikling.

Relasjonen til eleven fremheves som det viktigste virkemiddelet i behandlingsarbeidet med eleven. Det sies videre at det er medarbeiderens ansvar å skape denne relasjonen. Trykket og

viktigheten av denne relasjonen i arbeidet er viktig på en side, men som kan skape utfordringer når denne relasjonen blir utprøvd ved å være kritisk til elevens ønsker, som å ikke støtte samvær(se seide 88 i dette er tyrili). Slik det er beskrevet i kapittelet om rusbehandling i Tyrili, ser vi at relasjonen har stor betydning, ikke bare som et verktøy i alliansen mellom klient og behandler, men også som faglig metode.

Killen og Ollofson (2011) sier at behandlere kan bruke ulike strategier til å beskytte selv seg i møte med med foreldre som er rusavhengige og deres barn. Dette er overidentifisering, som tilegger foreldrene en rekke positive kvaliteter, benektning og bagatellisering, som støtter opp om foreldrene som ser bort fra realiteten og den store belastningen barna er utsatt for, ved distansering kan en glemme barnet, og ved hjelp av drømmeløsninger er det mulig å tro at det vi gjør for å hjelpe er god nok hjelp, forenkling ved å si at alt blir bedre når rusen stopper.

Motstand mot tiltak hindres av tid , arbeidsmengde, kapasitet og kompetanse. Motstand mot å øke arbeidsmengden, prioritere barna også på familieseminar, handler om arbeidsmengde og tis. Men også om bevissthet i ledergruppen. Ledergruppen har ikke samme mandat og fokus som de barneansvarlige dersom det følres som om en får en ekstra arbeidsoppgave.

Mangels på integrering og kompetanse kan også bidra til en slik konflikt. Integrering ved at det blir en ekstra fokus og arbeid, kompetanse ved at arbeid med barn kan virke skummelt og at ledere kvier seg. Dette kan føre til lojalitetskonflikt.

8.0 Avslutning

Innledningvis viste jeg til hvordan lovgrunnlaget i Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a og Helsepersonelloven § 25 har som formål å fange opp barn tidlig, og forebygge problemer hos barn. Jeg viste til at lovbestemmelsene pålegger helsepersonell en plikt til å sikre at barnet får nødvendig informasjon og oppfølging. For å styrke barnas stilling ytterligere pålegger bestemmelsene i spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a at helseinstitusjonen har tilstrekkelig med barneansvarlig personell (Helsedirektoratet, 2010). Bakgrunn for disse bestemmelsene er kunnskap om at barn av psykisk psyke og rusmiddelavhengige ikke ble identifisert og fikk manglende oppfølging (Aamodt & Aamodt, 2005; Solbakken et al., 2005; Solbakken & Lauritzen, 2006).

Kunnskap om rusens konsekvenser for den rusavhengige og for barna tilsier at tidlig inngripen og oppfølgning er viktig for å forebygge problemer. Det er ingen tvil om at barn som utsettes for foreldrenes rusmisbruk utvikler psykososiale problemer, eller utvikler eget rusmisbruk. Frid Hansen mener at lovendringene har et solidaritets perspektiv, ved at tidlig intervensjon og hjelp til disse barna kan bidra til å bryte den sosiale arven. Hun sier videre at våre antagelser om at det er noen andre som er til stede i barnets liv er vårt svik, og har bidratt til at problematikk forårsaket av rusbruk har gått i arv. Et generasjonperspektiv innebærer i denne sammenheng å forstå hvilke prosesser eller mekanismer som fører til at problemer overføres fra en generasjon til den neste. En overføringsmekanisme kan forklare hvorfor og hvordan forelderens rusavhengighet påvirker barnets psykososiale fungering (Haugland et al, 2012).

I intervjuene kom det frem at lovbestemmelsen ble fulgt. Utover lovens krav styres initiativ ovenfor barna av tilfeldighet, mangel på systematikk og integrering. Samarbeid med viktige personer rundt barnet, samvær mellom barn og foreldre og samtale med barn fremheves av de barneansvarlige som tre praktiske utfordringer. Dilemmaene motstridene interesser og lojalitetskonflikt ble problematisert av alle de barneansvarlige. Utfordringer ved å skulle ivareta barnefokuset i behandlinghverdagen er mange. Forankring av rollen som barneansvarlig, behanlingskulturen, eleven anerkjennelse av sitt rusmisbruk, og lederens fokus var de utfordringene som gikk igjen i intervjuene og som oppsummerer funnen i undersøkelsen.

Samtlige barneansvarlige problematiserer elevens behov og ønsker for samvær med sine barn når de har blitt nyktre, kontra det å holde opp et langtidsperspektiv til fordel for barnet. Dette

setter Tyrili sitt verdigrunnlaget og endringsoptimismen på prøve, da en kan kjenne på en grunnleggende skepsis i å involvere barn i elevens behandlingsforløp. Det kommer også frem at en skiller og tenker ulikt om kvinner og menn som foreldre. Kvinner blir ansett som mer nære og har sterkere følelser ovenfor tap av sine barn. Dette skyldes ubevisste holdninger og gjenspeiler samfunnets generelle syn på kjønnsperspektivet, men kan påvirke en forskjellsbehandling ovenfor kvinner og menn.

Rollekonflikt ovenfor elevene er gjennomgående i intervjuene, og lojaliteten ovenfor både elever og kollegaer settes på prøve i situasjoner hvor barneperspektivet fremmes. Det kan ofte oppleves som om ledere går i forsvar ovenfor "sin" elev, den eleven de er kontaktperson ovenfor. Da arbeidet med barn som pårørende er lite integrert blir det vanskelig å holde barneperspektivet oppe i behandlingshverdagen. Mangel på felles foraer hvor barn blir tematisert hindrer en bevisstgjøring blant ledergruppen, og det blir vanskelig å holde fokus på barneperspektivet. Synet på barnet som sårbart er gjennomgående, og tanker om det kompetente barnet kommer lite frem.

Det kommer også frem at samarbeid med omsorgspersoner og andre instanser er tilfeldig, og spesielt barneverntjenesten nevnes som vanskelig å etablere kontakt med. Det kommer frem ønske om å bedre samarbeidet med barneverntjenesten og en mer åpen dialog, men at begge parter virker passive i å fremme et samarbeid. Det er lite samarbeid med de som har daglig omsorg for barnet, og dette fører til at Tyrili har lite eller ingen informasjon om barnet, dets situasjon og hvordan det blir ivaretatt etter for eksempel samvær.

Det fremkommer også funn på ulike tiltak som kan bedre ivaretagelsen av barna til elevene og ivaretagelse av elevenes rolle som foreldre. Samtale med barn, barnegrupper, samtale med omsorgspersoner og åpen dialog med andre instanser er eksempler som fremmer barneperspektivet. Individuelle samtaler om foreldreskap og temabaserte grupper nevnes som tiltak for elevene. Tiltak for ledergruppen er felles foraer som fremmer diskusjon både enhetsvis og på stiftelsesnivå, veiledning og systematikk. Det spesifiseres at rutiner og systematikk vil fremme ledere og helsepersonell sin bevissthet om barn som pårørende.

Denne undersøkelsen har tatt utgangspunkt i barneansvarliges sine erfaringer og tanker om utfordringer ved å skulle ivareta barnefokus. I videre forskning bør fokuset på barnas egne tanker, beskrivelser og opplevelser undersøkes. Hvordan barnet opplever å ha foreldre som er i behandling for sin rusavhengighet, hvilken opplevelse de har av møte med behandlere og insittusjon, og hva kan institusjonen og behandlere bidra med for økt trygghet hos disse barna.

Det vil også være viktig å undersøke hvordan foreldrene opplever å bli møtt som foreldre med rusavhengighet, hvordan bidrar institusjonen til økt mestring i foreldrerollen og hvilke behov har disse foreldrene. Det hadde vært interessant i videre forskning å undersøke hva som gjør at dette samarbeidet er vanskelig, og hvilket synspunkt barnevernet har på dette? I tillegg hadde det vært interessant å intervju elever/klienter om hvordan de oppfatter ivaretagelsen av barna og arbeid med dem som foreldre. I tillegg ville det være interessant å intervju barn og få deres opplevelser av dette arbeidet og hvordan det er å være barn til noen i rusbehandling?

Litteraturliste

- Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn med psykisk syke foreldre: rapport*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion Øst og Sør.
- Alvesson, M., & Sköldbberg, K. (2008). *Tolkning och reflektion: vetenskapsfilosofi och kvalitativ metod*. Lund: Studentlitteratur.
- Anke T., (2012). *Mødre med alvorlig psykisk lidelse og spedbarn – samspill og behandling*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, 2012, volum 49, s.1051-1060)
- Antonovsky, A., & Lev, A. (2000). *Helbredets mysterium: at tåle stress og forbli rask*. København: Hans Reitzel Forlag.
- Barne, ungdoms- og familiedirektoratet. (2013). *Oppvekstrapporten*. Hentet fra <http://www.bufetat.no/om/Oppvekstrapporten/>
- Bramness J. G., Clausen T., Ravndal E., Waal H. (2012), *SERAF RAPPORT 2/2012 LAR-forskning 2011*. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning
- Bø, I. (2000). *Barnet og de andre: nettverk som pedagogisk og sosial ressurs*. Oslo: Universitetsforlaget
- Clausen,S,E. & Valset K. (2012) *Spedbarn og småbarn med tiltak fra barnevernet 1995-2008:Utbredelse av omsorgssvikt og risikofaktorer*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol. 49, nr. 7, s. 642-648.
- Dencik, L., Schultz Jørgensen, P., & Sommer, D. (2008). *Familie og børn i en opbrudstid*. København: Hans Reitzel.
- Eide H. & Eide T. (2008) *Kommunikasjon i praksis*.Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Ericsson, K. (1996). *Barnevern som samfunnsspeil*. Oslo: Pax.
- Evjen R., Kielland K. B. & Øiern T. (2007). *Dobbelt opp*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Hansen F. A. (2008). *Feige hjelpere og glemte barn – rus og familieliv*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, vol. 45, nr. 10, s. 1266-1267.
- Hansen F. A. (2012). *Familieorientert rusmiddelbehandling*. Skien: Blå Kors Forlag.

- Hart, S., & Gröhn, H. (2011). *Den følsomme hjernen : hjernens utvikling gjennom tilknytning og samhørighetsbånd*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hart, S., & Schwartz, R. (2009). *Fra interaksjon til relasjon* Oslo: Gyldendal akademisk.
- Haugland, B. S. M. (2006) *Barn som omsorgsgivere: Adaptiv versus destruktiv parentifisering*. Tidsskrift for Norsk Psykologforening, Vol 43, nummer 3, 2006, side 211-220
- Haugland, B. S. M., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt.
- Heggen, K. (2004). *Risiko og forhandlinger: ungdomssosiologiske emner*. Oslo: Abstrakt forl.
- Helsedirektoratet (2010), *Barn som pårørende* (Rundskriv IS-5/2010), Oslo: Helsedirektoratet
- Helsedepartementet (2004) *Rusreformen - pasientrettigheter og endringer i spesialisthelsetjenesteloven (I-8/2004)*. Oslo: Helsedepartementet
- Jansen, U., & Wangensteen, T. (2009). *Tyrili i lomma og i hverdagen* (Vol. nr 2/2009). Oslo: Tyrilistiftelsen.
- Kallander E. K., Brodal L. & Kibsgård H. (2012) *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsing for barn som pårørende 2007–2010*.(IS-2011) Oslo: Helsedirektoratet
- Killén, K. (2004). *Sveket: omsorgssvikt er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforl.
- Killén, K. (2007). *Barndommen varer i generasjoner : forebygging er alles ansvar*. Oslo: Kommuneforl.
- Killén, K., & Olofsson, M. (2003). *Det Sårbare barnet : barn, foreldre og rusmiddelproblemer*. Oslo: Kommuneforl.
- Koch, K., & Walstad, E. (2005). *Samvær mellom barn og foreldre som ikke bor sammen*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvale, S., Brinkmann, S., Anderssen, T. M., & Rygge, J. f. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kvello, Ø. (2011). *Barn i risiko : skadelige omsorgssituasjoner*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Larsen, T. (2012). *Viktige forutsetninger for god implementering*. Hentet fra <http://www.helse-sorost.no/pasient/laeringogmestring/barnsbeste/faq/Sider/implementering.aspx>
- Lie, G. T., & Granby, I. (2011). *Mennesket bak rusen: om Selbukollektivets historie, ungdommenes utviklingsprosess og betydningen av anerkjennelse*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling: til pasienter med moderat til alvorlig rusmiddelavhengighet*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- 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, nr. 16, s. 784-791
- Malterud, K. (2003). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning: en innføring*. Oslo: Universitetsforlaget
- Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende (2011). Hentet fra www.barnsbeste.no
- Neumann, C. E. B., & Neumann, I. B. (2012). *Forskeren i forskningsprosessen : en metodebok om situering*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Nordahl, T., & Manger, T. (2005). *Atferdsproblemer blant barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Ringdal, K. (2007). *Enhet og mangfold: samfunnsvitenskapelig forskning og kvantitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Ryen, A. (2006). *Det kvalitative intervjuet: fra vitenskapsteori til feltarbeid*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Selbekk, A. S. (2011). *Utvidet oppfølging av barn og pårørende i spesialisert rusbehandling: evaluering av prosjektstillingen barne- og pårørendekontakt (Vol. 1/2011)*. Stavanger: Kompetansesenter rus - region vest Stavanger, Rogaland A-senter.
- Solbakken B., Lauritzen G. & Lund M. K. Ø. (2005) *Barn innlagt sammen med foreldre som er i behandling for rusmiddelproblemer, SIRUS-rapport 5/2005* Oslo: SIRUS
- Solbakken B. & Lauritzen G. (2006) *Tilbud til barn av foreldre med rusmiddelproblemer, SIRUS-rapport* Oslo: SIRUS

- Steinsvåg, P. Ø., & Heltne, U. (2011). *Barn som lever med vold i familien: grunnlag for beskyttelse og hjelp*. Oslo: Universitetsforlaget
- Sundfær, A. (2005). *Bill. merk «Hemmelig» Hemmeligholdelse som strategi i familier med rusproblemer*. Tidsskrift for psykisk helsearbeid Nr. 02, 2005
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Söderström K. (2008). *Ensomt spedbarn søker kompetent omsorgsperson*. Oslo: Universitetsforlaget
- Thagaard, T. (2003). *Systematikk og innlevelse: en innføring i kvalitativ metode*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS
- Thuen, H. (2008). *Om barnet: oppdragelse, opplæring og omsorg gjennom historien*. Oslo: Abstrakt forlag
- Tjersland, O. A., Engen, G., & Jansen, U. (2010). *Allianser : verdier, teorier og metoder i sosialt arbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Tjersland, O. A., Jansen, U., & Engen, G. (1998). *Våge å leve : en bok om alternative veier i behandling basert på erfaringene fra Tyrili*. Oslo: Tano Aschehoug.
- Vifladt, E. H., Hopen, L., & Berg, K. A. (2004). *Helsepedagogikk: samhandling om læring og mestring*. Oslo: Nasjonalt kompetansesenter for læring og mestring ved kronisk sykdom.
- Wallroth, P. (2011). *Mentaliseringsboken*. Oslo: Arneberg forlag.
- Wennerberg, T. (2011). *Vi er våre relasjoner*. Oslo: Arneberg forlag.
- Øia T. & Fauske H. (2010) *Oppvekst i Norge*. Oslo: Abstrakt

Jeg er masterstudent i sosialt arbeid med barn og unge ved Høgskolen i Lillehammer, og holder nå på med den avsluttende masteroppgaven. Temaet for oppgaven er ”Barn som pårørende”, og jeg skal undersøke hvordan rusbehandlingsinstitusjoner ivaretar barnets behov når deres foreldre er i behandling for sitt rusbruk. Undersøkelsene vil bli utført i Tyrilistiftelsen. Jeg er interessert i å finne ut hvordan dette arbeidet organiseres, hvilket fokus barne- og familieperspektivet har i voksenbehandlingen og hvilke dilemmaer som kan gjøre dette arbeidet utfordrende. I tillegg er formålet å bedre kvaliteten i arbeid med ”barn som pårørende”

For å finne ut av dette ønsker jeg å intervju 6 barneansvarlige, og gjennomføre 2 fokusgrupper. Spørsmålene vil dreie seg om hvordan barna blir kartlagt og fulgt opp, hvilket fokus temaet har i samtale med foreldrene og hvilke dilemmaer som gjør dette arbeidet utfordrende. Jeg vil bruke båndopptaker, og ta notater mens vi snakker sammen. Intervjuet vil ta omtrent en time, og vi blir sammen enig om tid og sted.

Det er frivillig å være med i denne undersøkelsen. Du har mulighet til å trekke deg når som helst underveis i dette intervjuet, uten å måtte gi en begrunnelse. Alle innsamlede data og opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i den ferdige oppgaven. Opplysningene anonymiseres og opptakene slettes når oppgaven er ferdig, og senest innen utgangen av 2013.

Dersom du har lyst til å delta på intervjuet, er det fint om du skriver under på den vedlagte samtykkeerklæringen.

Hvis det er noe du lurer på kan du ta kontakt med meg på telefonnummer 90 94 07 24, eller sende meg en e-post til sida@tyrili.no. Du kan også kontakte min veileder Astrid Halså ved Høgskolen i Lillehammer på telefonnummer 61 28 80 00

Studien er meldt til Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD).

Med vennlig hilsen
Sigrun Dalsåune Jansen
Totengata 11
0658 Oslo

Samtykkeerklæring:

Jeg har mottatt skriftlig informasjon og er villig til å delta i studien

Signatur Telefonnummer

Intervjuguide

System-organisering

Barneansvarlig - Opplysninger om deg

- Utdannelse / bakgrunn
- Stilling
- Arbeidslengde
- Kunnskap / Erfaring
- Hva er din rolle som barneansvarlig?

Organisering – Opplysninger om Tyrili sin organisering

- Er du med i alle saker? Direkte eller inndirekte involvert?
- Hvem gjør hva?
- Hvem har ansvaret?
- Felles retningslinjer – prosedyrer?
- Tilbud om kurs? Kunnskapsheving?
- Felles fora?

Barn som pårørende

- Hvordan identifiseres barna? / Kartlegging
- Hvilken forståelse har du / foreldrene av barnas problemer (behov)?
- Hvordan og møtes barns behov? Tiltak?
- Hvordan blir bekymring oppdaget og håndtert?
- Handles det? / Tiltak?
- Samarbeid med andre instanser?
- Kjønnforskjeller: tenkes / handles det ulikt avhengig av om det er mor eller far
- Kan du fortelle om en gang du jobbet bra / dårlig med et barn? Bruk eksempler

Pårørendearbeid / Familieperspektiv

- Hvordan tematiseres barns situasjon i samhandling med foreldrene?
- I hvor stor grad er omsorg for barn et tema med foreldrene?
- Hvordan kan du bidra til å bedre foreldrekompetanse og omsorgsevne?
- Samarbeid med øvrig familie?

Praksis

- Hva burde vært gjort og hva forhindrer oss?
- Dilemmaer?
- Tror du lovendringene har betydning for holdninger og hvordan det jobbes?
- Hvordan og kan dette arbeidet virke forebyggende?

- Avslutningsvis: Annet du tenker er viktig....

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



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

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

Vår dato: 24.10.2012

Vår ref:31887 / 3 / MAS

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 22.10.2012. Meldingen gjelder prosjektet:

31887	<i>Barn som pårørende. Et barneperspektiv i rusbehandling av voksne</i>
Behandlingsansvarlig	<i>Høgskolen i Lillehammer, ved institusjonens øverste leder</i>
Daglig ansvarlig	<i>Astrid Halså</i>
Student	<i>Sigrun Dalsåune Jansen</i>

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

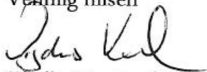
Personvernombudets vurdering forutsetter at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjemaet, korrespondanse med ombudet, eventuelle kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter. Behandlingen av personopplysninger kan settes i gang.

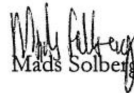
Det gjøres oppmerksom på at det skal gis ny melding dersom behandlingen endres i forhold til de opplysninger som ligger til grunn for personvernombudets vurdering. Endringsmeldinger gis via et eget skjema, http://www.nsd.uib.no/personvern/forsk_stud/skjema.html. Det skal også gis melding etter tre år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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 31.12.2013, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen


Vigdis Namtvedt Kvalheim


Mads Solberg

Mads Solberg tlf: 55 58 89 28

Vedlegg: Prosjektvurdering

✓ Kopi: Sigrun Dalsåune Jansen, Totengata 11, 0658 OSLO

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, SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47-77 64 43 36. nsdmaa@svt.uit.no