

MASTERGRADSOPPGAVE

«Hvordan påvirkes barn av å vokse opp med en psykisk syk forelder, og hvordan blir barn som pårørende ivaretatt av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten?»

Jannicke Teig

**Mastergradstudiet i spesialpedagogikk
Avdeling for lærerutdanning, 2014**



Forord

Arbeidet med denne oppgaven har bydd på et bredt spekter av følelser, jeg har vært inspirert, positiv, berørt, oppgitt og til tider utmattet. I kombinasjon med full jobb og familie har jeg klart å komme i mål med prosjektet på normert tid, og det er jeg stolt av.

Jeg føler meg privilegert som har fått møte og intervjuet så mange flotte fagfolk, både innen spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. Jeg har lært utrolig masse av møtet med disse menneskene, og jeg har en stor respekt for arbeidet de gjør. Aller mest er jeg glad for barneperspektivet de har, og varmen de har ovenfor barn som pårørende. De ønsker å gjøre en forskjell i disse barnas liv, og det har jeg all tro på at de faktisk gjør.

Ellers må jeg også takke min gode veileder Eline, som har støttet meg gjennom hele prosessen. Hun har hjulpet til å reflektere og gjøre gode valg, og har kommet med positive ord når arbeidet har vært overveldende og alt for stort. Uten hennes tilbakemeldinger og veiledning hadde jeg vært fortsatt på søken etter den riktige veien videre.

Takk til min kjære samboer, min flotte familie, venner, arbeidsgiver og kollegaer for all støtte og oppmuntrende ord. Det er godt å ha noen som heier og gir inspirasjon underveis i prosessen.

Lillestrøm, mai 2014

Jannicke Teig

Innhold

1	Innledning.....	5
1.1	Avgrensning.....	6
1.2	Bipolar affektiv lidelse:.....	7
1.3	Schizofreni:.....	8
1.4	Oppgavens oppbygning.....	9
2	Teoretiske perspektiver på barn som pårørende.....	10
2.1	Samhandlingsreformen.....	10
2.2	Juridiske perspektiv på barn som pårørende.....	11
2.2.1	Lov om helsepersonell.....	11
2.2.2	Innføring av barneansvarlige i spesialisthelsetjenesteloven.....	12
2.3	Oppfølging av barn som pårørende:.....	13
2.4	Barneansvarlige.....	14
2.5	Samarbeid med andre institusjoner utenfor spesialisthelsetjenesten.....	16
2.6	Forebyggende tiltak.....	18
2.7	Barns oppvekst med psykisk syke foreldre.....	20
2.8	Barns møte med psykisk sykdom.....	22
2.9	Oppvekst med psykisk syke foreldre- foreldre- og barnrelasjonen.....	24
2.10	Barns kompensasjonsstrategier/ mestringsstrategier.....	26
2.11	Resiliens og salutogenesen.....	27
2.12	Kommunikasjon og samtaler med barn som pårørende.....	30
2.12.1	Familiesamtaler.....	30
2.12.2	Samtaler med barn.....	32
2.12.3	Nettverksgrupper.....	33
3	Metode og analyse.....	34
3.1	Forskningsdesign.....	34
3.2	Design:.....	35
3.3	Vitenskapsteoretisk ramme og valg av forskningsmetode.....	36
3.4	Det kvalitative forskningsintervjuet.....	37
3.5	Intervju.....	37
3.6	Utvalg og rekruttering.....	38
3.7	Datainnsamling:.....	39
3.8	Transkribering.....	41
3.9	Analyse.....	41

3.10	Koding av data	43
3.11	Forskningsetiske vurderinger:	44
3.12	Validitet og reliabilitet:	46
4	Funnanalyse.....	49
4.1	Presentasjon av informanter:.....	49
4.2	Presentasjon av utvalg:	51
4.3	Presentasjon av forskerspørsmål:	51
4.4	Presentasjon av data:	51
5	Drøfting av funn.....	71
5.1	Kartlegging av pasientens barn:	71
5.2	Forebyggende arbeid rundt barn som pårørende:	73
5.3	Samarbeid mellom instansene:	76
5.4	Samarbeid med skole og barnehage:	77
6	Konklusjon	80

1 Innledning

Denne oppgaven har til formål å se på hva slags oppfølging barn av psykisk syke får når forelderen er under behandling, eller etter endt behandling.

I juni 2009 vedtok Stortinget endringer i lov om spesialisthelsetjenesteloven og helsepersonelloven, og disse endringene trådte i kraft 1.1.2010. Endringene i lovverket ble gjort for å sikre at pasienters mindreårige barn blir kartlagt og journalført, samt at de skulle få informasjon og oppfølging etter behov og alder. I følge rundskriv IS-5/2010 (Helsedirektoratet, 2010) gjelder bestemmelsene alt helsepersonell som jobber i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og i private helsetjenester.

Bakgrunnen for valg av tema har flere årsaker. I løpet av masterstudiet hadde vi «sosiale og emosjonelle vansker» som emne, og et av temaene var psykiske lidelser. Dette var et tema som var forholdsvis nytt for meg som fagperson, og interessen for å lære mer om temaet var stort.

Jeg har også personer i nær omgangskrets og familie med psykiske lidelser, og har sett hva slags innvirkning oppvekst med psykisk syke foreldre kan ha på barn. Dette gjorde meg interessert i å lese mer om barn som pårørende, og dette er for så vidt hovedgrunnen til at jeg ønsket å forske på hva som blir gjort for barna mens forelderen er under behandling eller etter endt behandling.

Studien er relevant i den sammenheng at den legger til grunn hva personalet i ulike deler av spesialisthelsetjenesten og spesialpedagogen i kommunen selv forteller om hvordan de opplever at det nye lovverket fungerer i praksis ved egen arbeidsplass. Studien vil kanskje kunne bidra til å belyse problematikken rundt barn som pårørende, ved å få ansatte i de forskjellige instansene til å reflektere over egen praksis og holdning til oppfølging av barn som vokser opp med foreldre med psykiske lidelser.

Som spesialpedagog og lærer er jeg helt sikker på at jeg i løpet av min karriere vil møte på familier som er i krise, der barna trenger å bli ekstra tatt vare på i løpet av skoledagen og hvor de får rom for å kunne dele sine tanker og bekymringer. Disse utfordringene kan bli sett på som spesialpedagogiske problemer, da barn av psykisk syke foreldre faller litt utenfor hva som er sett på som vanlige pedagogiske utfordringer. Disse barna trenger å bli sett, hørt og behøvd, de trenger å oppleve mening, verdighet og anerkjennelse. Dette trenger de å møte hos spesialisthelsetjenesten, den kommunale helsetjenesten, i barnehager og på skolen.

I lys av dette har jeg kommet frem til følgende problemstilling:

«Hvordan påvirkes barn av å vokse opp med en psykisk syk forelder, og hvordan blir barn som pårørende ivaretatt av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten?»

Med tanke på lovendringene som kom 1.1.2010 er det interessant å se hvem som følger opp disse barna når forelderen er under behandling, og hvem som følger dem opp når forelderen er tilbakeført til hjemkommunens helsetjeneste. Rundskrivnet som følger lovendringene presiserer at:

«Pasienter med alvorlige og langvarige sykdomsforløp vil som regel være i kontakt med både kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten. Ansvar for barna til pasienter med alvorlig helsetilstand påligger begge nivåene, herunder både offentlig og privat virksomhet og praksis. Samhandling mellom tjenestene har mye å si for at man skal kunne ta vare på barna på en god måte over lengre tid» (Helsedirektoratet, 2010, s.4-5).

Det er derfor svært interessant for det første å undersøke hvordan de forskjellige instansene kartlegger barn som pårørende, og for det andre undersøke hvordan de forskjellige instansene samarbeider for å oppfylle endringene i lovverket. Til sist er det interessant å se om barna får tilstrekkelig informasjon og oppfølging når forelderen er syk og er under behandling, samt etter behandling når familien er tilbake i sin hjemkommune. Det er nok en svakhet i endringene at kommunehelsetjenesten ikke omfattes av lovbestemmelsen om å oppnevne barneansvarlig personell i kommunene, og det blir interessant å se hvordan kommunen jeg intervjuer løser dette problemet.

1.1 Avgrensning

For å belyse problemstillingen min har jeg valgt å gjøre en kvalitativ case studie av barn som pårørende; hvordan barna påvirkes av å vokse opp med en psykisk syk forelder, og hvordan barna blir ivaretatt av spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten. For å få svar på problemstillingen har jeg gjort semistrukturerte intervjuer med barneansvarlige ved en akuttpsykiatrisk avdeling på et sykehus, et Distriktpsykiatrisk senter (døgnet), Distriktpsykiatrisk senter (polikliniske tjenester) og en spesialpedagog i en kommune.

«Barn av pårørende avgrenses i lovparagrafene til barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og somatisk syke og skadde foreldre» (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012, s. 12). Jeg har valgt å avgrense oppgaven ved å fokusere på barn av psykisk syke.

World Health Organization (WHO) gir følgende definisjon på psykisk helse:

"A state of complete physical, mental and social well-being, and not merely the absence of disease"

(World Health Organization)

Altså er psykisk helse en tilstand der man har et fullstendig fysisk, mentalt og sosialt velvære, og ikke bare fravær av sykdom. Psykisk helse er avgjørende for livskvalitet, mellommenneskelige forhold og produktivitet (Rognmo og Torvik, 2011, s.1).

En gang i livet kan alle få en psykisk lidelse, og det trenger da ikke å være en livslang og tung lidelse. Psykiske lidelser omfatter alt fra enkle fobier og lettere angst- og depresjonslidelser, til omfattende og alvorlige tilstander som schizofreni. Felles for alle psykiske lidelser er at de påvirker tanker, følelser, atferd, væremåte og omgang med andre (Folkehelseinstituttet).

Jeg begrenser oppgaven ved å ta for meg to lidelser. Jeg har valgt to lidelser som er alvorlige, og som kan gi store konsekvenser for pårørende. Begge diagnosene er krevende både for den syke og for familien, og de kan gjøre hverdagen utrygg og uforutsigbar for store og små pårørende. Jeg har valgt å omtale bipolar lidelse og schizofreni:

1.2 Bipolar affektiv lidelse:

Lidelsen består av både mani og depresjon. Mani er hevet stemningsleie og økt energi- og aktivitetsnivå. Depresjon er når stemningsleiet er senket og energi- og aktivitetsnivået er redusert (Statens helsetilsyn, 1999).

Maniske faser har vanligvis en brå debut, og kan vare fra to uker til fire-fem måneder. Depresjoner varer ofte lengre, i gjennomsnitt 6 mnd., men også opp til ett år. Episoder av begge lidelser kommer gjerne i etterkant av en belastende livshendelse eller andre psykiske traumer. Hyppigheten av episodene og mønsteret for remisjon (bedring) eller tilbakefall er

meget variabel. Remisjonene blir ofte kortere med tiden, og depresjonene blir vanlige og mer langvarige hos middelaldrende og eldre (Statens helsetilsyn, 1999).

Bipolar lidelse finnes i to former; bipolar I og bipolar II. Bipolar II er en mildere form enn bipolar I. Ved bipolar II er symptomene mer moderate i maniske faser, men depresjonene er like alvorlige som ved bipolar I. En person med bipolar lidelse II vil ikke miste bakkekontakten og gjøre handlinger han/hun ellers ikke ville gjort. Bipolar I er lett å oppdage, da personen åpenbart er syk, depresjonene er alvorlige og manien kan gjøre at personen mister bakkekontakten (Rådet for psykisk helse). Personen kan da gjøre uoverveide avgjørelser eller handlinger han/hun ellers ikke ville gjort.

Arveligheten er høy, og sykdommen rammer kvinner som menn. Om man blir syk avhenger også av livshendelser og andre påvirkninger man utsettes for. Det er en livsløpsykdom, det betyr at den vil vare livet ut. Selvmordsdødeligheten ligger på ca. 10-15 % (Rådet for psykisk helse & Folkehelseinstituttet).

En stor del av mennesker med bipolare lidelser kan stabiliseres ved hjelp av medisiner, i tillegg profittere pasientene på psykologisk oppfølging slik at han/hun kan mestre lidelsen, forebygge tilbakefall og bearbeide vanskelige livssituasjoner (Folkehelseinstituttet).

1.3 Schizofreni:

Generelle kjennetegn er fundamentale og karakteristiske endringer i tenking og persepsjon, samt inadekvat og avflatet affekt. Personen har som regel opprettholdt klar bevissthet og intellektuell kapasitet, men en viss kognitiv svikt kan utvikles over tid. Lidelsen rammer de mest grunnleggende funksjoner som gir mennesker en opplevelse av individualitet, egenart og mening. Forklarende vrangforestillinger kan utvikle seg, personen vil da mene at naturlige eller overnaturlige krefter påvirker deres tanker og handlinger på en måte som kan virke bisarre for utenforstående. Personen kan se på seg selv som hovedperson i alt som skjer (Statens helsetilsyn, 1999).

Personens atferd og/eller tanker kan påvirkes av hallusinasjoner (særlig auditive, dvs. at pasienten «hører stemmer»), kan også påvirkes av farger eller lyder som oppleves som overdrevent sterke. I karakteristisk schizofren tenkning blir irrelevante trekk, som vanligvis kan undertrykkes, framhevet og brukt i stedet for trekk som er relevante i situasjoner. Tenkningen blir vag, ufullstendig og uklar, og uttrykt i tale kan den bli uforståelig.

Tankerekken vil være preget av avbrudd og innskytelser, og det kan virke som om tankene blir holdt igjen av utenforliggende krefter. Stemmeleiet er typisk ustadig, upassende eller overfladisk (Statens helsetilsyn, 1999).

Årsaksforholdene til schizofreni har blitt forsket på i mange hundre år, kan man fortsatt ikke isolere en enkelt årsak til sykdommen. Trolig er det både sosiale og biologiske forhold som spiller inn. Schizofreni kan gå i arv, men det betyr ikke at de som er arvelig belastet utvikler sykdommen. Man kan også få sykdommen selv om man ikke er arvelig belastet. Både arv og miljø har betydning, men man vet ikke i hvor stor grad miljø spiller inn (Rådet for psykisk helse).

1.4 Oppgavens oppbygning

Denne masteroppgaven er delt inn i seks kapitler, der kapittel en gir leseren en innledning basert på oppgavens problemstilling, avgrensninger samt to diagnoseforklaringer.

Kapittel to bygger på teoretiske perspektiver på barn som pårørende. Først vil jeg gå igjennom de juridiske rammene, deretter vil jeg gå igjennom teori som er knyttet opp mot barn som pårørende.

Kapittel tre inneholder metode og design, den vitenskapsteoretiske forankringen og metodisk tilnærming. Utvelgelse av informanter, intervjuguiden, datainnsamling, transkribering analyse, validitet og reliabilitet. Jeg redegjør også for etiske utfordringer og refleksjoner rundt egen forskerrolle.

I kapittel fire presenterer jeg forskningsfunnene jeg har gjort, informantene, utvalget og forskerspørsmålene mine. Deretter presenterer jeg funnene jeg har fått gjennom mitt analysearbeid.

I kapittel fem presenteres fire hovedfunn, som knyttes opp mot teori og egne refleksjoner.

Kapittel seks består av en konklusjon over de funn som har kommet frem i oppgaven, med egne kommentarer til hva disse funnene kan bety for videre forskningsarbeid.

2 Teoretiske perspektiver på barn som pårørende

Det vil her bli redegjort for den teoretiske tilnærmingen til materialet. Kapitlet starter med en innføring i Samhandlingsreformen og juridiske perspektiver på barn som pårørende. Innholdet vil deretter være vesentlig grad knyttet opp mot hvordan barn påvirkes av å vokse opp med en psykisk syk forelder, men også relatert til tilknytning, resiliens, risikofaktorer og beskyttelsesfaktorer.

2.1 Samhandlingsreformen

St. meld.nr.47 Samhandlingsreformen, Rett til behandling- på rett sted- til rett tid:

Samhandlingsreformen er en reform av helse- og sosialtjenestene i Norge. Bjarne Håkon Hansen, daværende helse- og omsorgsminister i Stoltenberg-regjeringen, presenterte den nye reformen som trådte i kraft 1. januar 2012. Formålet med Samhandlingsreformen går ut på at kommunene skal gi innbyggerne gode livsvilkår, blant annet gjennom at tjenestetilbudene skal kvalitetssikres og alle skal oppleve et likeverdig tjenestetilbud.

Hovedgrepet i reformen er at regjeringen ønsker å sikre en fremtidig omsorg- og helsetjeneste, som gir et bedre pasientforløp og mer samfunnsøkonomisk rasjonelle løsninger. Regjeringen mener av hovedutfordringene i samhandlingsarbeidet er knyttet til at pasientenes behov for koordinerte tjenester ikke besvares godt nok, tjenestene preges av for liten innsats for å begrense og forebygge sykdom, og demografisk utvikling og endring i sykdomsbildet gir utfordringer som vil kunne true samfunnets økonomiske bæreevne (St.meld. nr. 47, (2008-2009)).

Regjeringen mener at en ny folkehelselov skal styrke kommunenes ansvar for forebygging og helsefremmende arbeid i alle samfunnssektorene. En felles lov skal samle kommunenes plikter, og klagesaker skal sendes til og behandles av Fylkesmannen.

Kommunenes innbyggere skal få et tilbud som det er lettere å forholde seg til, og et tilbud som henger bedre sammen der de bor. Det er overflyttet 5 milliarder kroner fra staten til kommunene, slik at det skal lønne seg å forebygge og bygge opp nye tjenester i kommunene. Kommunene skal på sikt styrkes ved at de økonomiske rammene utvides.

For kommunens innbyggere blir det lettere å få helsehjelp, og tilbudene i kommunen blir bredere. Innbyggerne skal få bistand til koordinering av behandling og oppfølging. Et av målene med reformen er også at oppfølgingen av mennesker med kroniske lidelser vil bli

betydelig bedre. Samhandlingsreformen ønsker at det skal være en tidlig innsats, slik at det forebygges fremfor repareres.

2.2 Juridiske perspektiv på barn som pårørende.

19. juni 2009 vedtok Stortinget endringer i «Lov om spesialisthelsetjenesten» og «Helsepersonelloven». Disse endringene er gjort for å sikre at mindreårige barn som pårørende, blir identifisert og ivaretatt i forhold til informasjon og oppfølgingsbehov. 1 januar 2010 trådte endringene i kraft (Helsedirektoratet, 2010).

I Helsedirektoratets rundskriv (Helsedirektoratet, 2010) blir de nye lovbestemmelsene gitt utfyllende kommentarer, slik at det skal bli lettere å jobbe etter det nye regelverket, og sikre at bestemmelsene blir fulgt. Jeg har i denne sammenheng valgt å redegjøre for de deler av helsepersonelloven som gjelder for ivaretagelse og oppfølging av barn, og lov om barneansvarlig personell i spesialisthelsetjenesten.

2.2.1 Lov om helsepersonell

Helsepersonelloven § 10 a pålegger helsepersonell til å gi informasjon og nødvendig oppfølging til mindreårige barn av pasienter med psykiske lidelser, rusavhengighet og somatisk sykdom eller skade. I følge helsepersonelloven § 10a har:

Helsepersonell plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende.

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

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

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

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

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

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

(Helsepersonelloven, 2009, § 10 a)

2.2.2 Innføring av barneansvarlige i spesialisthelsetjenesteloven

De nye lovendringene pålegger alle helseinstitusjoner å ha barneansvarlig personell, og helsepersonellet får en plikt til å følge opp barn som pårørende. Når pasienten er forelder for mindreårige barn, vil pasientens helsetilstand kunne påvirke barna for kortere eller lengre tid og det kan gjøre disse barna utsatte og sårbare. Spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a pålegger helseinstitusjonene i spesialisthelsetjenesten å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell, som fremmer og koordinerer opplegg for barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010).

§ 3-7 a. 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.

(Lov om spesialisthelsetjenesten, 2009, § 3-7 a)

Helsedirektoratet understreker i sitt rundskriv IS-5/2010 «at barna skal forbli i sin rolle som barn, og at det ikke skal påta seg voksenoppgaver når omsorgspersonen ikke i tilstrekkelig grad kan ivareta sine foreldrefunksjoner» (Helsedirektoratet, 2010, s.4). Foreldrene har ansvaret for barna, og barna skal være underlagt foreldrenes omsorg og utviklingsbestemmelser. Bestemmelsen omfatter både biologiske barn, adoptivbarn, stebarn og fosterbarn. Termen «foreldre» omfatter alle som er omsorgsansvarlige for barn; det være seg biologiske foreldre, adoptivforeldre, fosterforeldre, steforeldre og andre (Helsedirektoratet, 2010).

Juridisk sett er barn mindreårige til de fyller 18 år (vergemålsloven § 1 og 2), og det er pasientens mindreårige barn helsepersonelloven § 10a er ment å omfatte (Ytterhus, 2012, s. 18-43).

2.3 Oppfølging av barn som pårørende:

Ulike fagmiljøer har stor kunnskap om barn som pårørende, men det er foreløpig begrenset med norsk forskning og litteratur som omhandler barn som pårørende generelt. Helse Nord og Sørlandet sykehus har gjort noe forskning på feltet, da med fokus på registrering av barn som pårørende i pasientens journal.

I en rapport utført ved Sørlandet sykehus har organisasjonen BarnsBeste (2013) gjennomført et innsyn i totalt 720 pasientjournaler ved Sørlandet sykehus, fremgår det i 172 av journalene at pasienten har barn, men ikke hvor mange barn pasienten har. I 9 av 10 tilfeller var det journalført at pasienten hadde mindreårige barn eller ikke. I de resterende tilfellene kunne man ikke finne informasjon om pasienten hadde mindreårige barn.

I Tromsø har regionalt kunnskapssenter for barn og unge Nord (RKBUNord) samarbeidet med Universitetssykehuset i Nord-Norge (UNN) for å sikre at barn av psykisk syke blir sett og registrert. Stipendiat Camilla Lauritzen ved RKBUNord og Charlotte Reedtz har gjennomført en gjennomgang av 5705 pasientjournaler ved allmennpsykiatrisk klinikk ved sykehuset i Tromsø. Gjennomgangen viser at bare sju prosent av pasientene var oppført med barn i 2012. Så det er tydelig at det finnes store forskjeller mellom hvordan de forskjellige sykehusene følger lovverket, og registrerer barn som pårørende. Jeg viser til rapporten «*Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness*» skrevet av Lauritzen, Martinussen, Reedtz og Van Doesum (2014).

Helsedirektoratet utga i 2012 en rapport over Helse- og omsorgs departementets satsning for barn som pårørende, som viser til prosjekter knyttet til barn som pårørende, og som er satt i gang i en satsingsperiode fra 2007-2010. I denne rapporten etterspør de mer kunnskap på området og viser til at en større vektlegging på kunnskapsutvikling som favner bredden og dybden i feltet, vil kunne gi informasjon om hva som skal til for at disse barna får en bedre hverdag (Helsedirektoratet, 2012).

Regionsenteret for barn og unges psykiske helse (R-BUP) Helseregion Øst og Sør og Statens institutt for rusmiddelforskning ga i 2005 ut rapporten «Tiltak for barn med psykisk syke

foreldre» (Aamodt & Aamodt, 2005). Utgangspunktet var ønsket om større kunnskap om spekteret tiltak for barn av psykisk syke og rusmisbrukere. Hovedinntrykket var at innsatsen var tilfeldig, uforutsigbar og fragmentarisk. Det viste seg å være mangler i hvordan barna ble fulgt opp av helsetjenesten (Aamodt & Aamodt, 2005).

2.4 Barneansvarlige

Tidligere var det sjelden at barna ble trukket med inn i behandlingen ved psykisk sykdom hos voksne. Ofte blir pasientens barndom og forhold til pasientens foreldre temaer i behandlingen. Derfor er det underlig at behandlerne ikke har forholdt seg til pasienten som forelder (Ruud, 2011). Ruud viser i sin bok (2011) til Jørgensen og Slørdahls undersøkelse fra 2007, hvor de undersøkte hvordan barn av psykisk syke ble fulgt opp i behandlingsapparatet (Jørgensen og Slørdahl, i Ruud 2011). De intervjuet ansatte, som var i stor grad enige om bekymringen rundt disse barna og behovene de hadde. De ansatte var usikre på hva de skulle se etter hos barna, og om de vurderte barnas situasjon riktig. Det kom også frem i undersøkelsen at samarbeidet mellom de forskjellige instansene ikke alltid fungerte godt nok.

Fra 1. januar 2010 ble, som nevnt over, helseforetak, sykehus og behandlingstjenestene, pålagt å utnevne barneansvarlig helsepersonell jf. spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a.

Institusjoner har dermed et pålagt systemansvar for ordningen med barneansvarlige, og lederne skal sikre at de som skal utøve ansvaret og oppgavene har kapasitet, kompetanse og tid til arbeidet. Den barneansvarlige har ansvar for å sikre at lovens intensjoner følges, gjennom å utføre oppgavene selv eller tilrettelegge for at behandleren som er nærmest pasienten følger lovens intensjoner (Halsa og Kufås, 2012).

Institusjonene i spesialisthelsetjenesten og de som har fått oppgaven som barneansvarlige har fått utfordringen om å gjøre ord om til handling. Loven skal bli til et virksomt system, og den politiske intensjonen bak den nye loven skal realiseres gjennom helsefremmende arbeid for barn (Halsa og Kufås, 2012). Det er derfor viktig å unngå at helseforetakene lager kartleggingsskjemaer for å fange opp barn og omsorgssituasjonen, for så å legge dem i skuffer der de glemmes. De barneansvarlige bør, i følge Halså og Kufås (2012), ikke få barneansvarligjobben oppå alle andre arbeidsoppgaver, det vil gi en uholdbar situasjon for den barneansvarlige, og påpeker at det er viktig at de får satt av tid og får definerte arbeidsoppgaver.

Halsa og Kufås (2012) ser for seg at den barneansvarlige rollen utgjør to forskjellige modeller å organisere arbeidet på. Den første er den profesjonaliserte modellen, der en person har hovedansvaret for alle oppgaver knyttet til barn som pårørende. Den andre er den integrerte modellen, der ansvaret spres utover på flere personer, som gjør barneansvarligarbeidet som en del av sitt ordinære arbeid (Halsa og Kufås, 2012).

Den integrerte modellen fordrer i følge Halsaa og Kufås (2012) lederstøtte, slik at de barneansvarlige får frigitt tid til å veilede sine kollegaer, og kan bidra til at de blir trygge i forhold til å samtale med foreldre og barn. Den barneansvarliges viktigste arbeidsoppgave vil være å gi veiledning og opplæring, samt ivareta barnas behov i tverrfaglige møter.

Halsa og Kufås (2012) beskriver videre fordelene og ulempene ved begge modellene. Ved å bruke den profesjonaliserte modellen kan man gi en større garanti for at barn og foreldre møter en barneansvarlig med kompetanse på deres problemer. Denne personen kan være utstyrt med redskaper til å forløse samtaler og har kunnskap om og kontakt med hjelpeinstanser som foreldre og barn kan henvises videre til. Fordelen ved å bruke den integrerte modellen er at man integrerer barnefokusset inn i foretakets daglige arbeid og man gjør helsepersonellet ansvarlig til å følge opp pasientenes barn. Ulempen med denne modellen kan være kvaliteten på det barnefokuserte arbeidet, og oppfølgingen kan bli tilfeldig og personavhengig. Oppgaven kan også forsvinne i konkurranse med andre påtrengende oppgaver. Det er styrker og svakheter ved begge modellene. Den profesjonelle modellen kan bidra til at det skjer en systematisk kunnskapsutvikling, mens den integrerte modellen kan medføre kunnskapsspredning. Begge modellene er viktige for praksisfeltet, og det viktigste er at ledelsen i helseforetakene har klare retningslinjer og strategier for hvordan de barneansvarlige skal få utført jobben sin (ibid).

For å sikre informasjonsspredning og kontinuitet til samarbeidspartnere, må arbeidet som gjøres dokumenteres. Halsaa og Kufås (2012) viser til Helse- og omsorgsdepartementet som har innført en ny plikt i journalforskriften § 8-1t. Formålet med denne paragrafen er at det skal informeres hvorvidt pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade har mindreårige barn. I rundskrivet til Helsedepartementet (Helsedirektoratet, 2010) er det skrevet at helsepersonellet skal dokumentere om de har snakket med foreldrene om barnas situasjon, og hva som blir gjort for å følge opp barnet. Hvis helsepersonell er i kontakt med foreldrene og sender bekymringsmelding til barnevernet eller

henviser barnet videre til en annen instans, skal dette skrives i pasientens journal (Halsa og Kufås, 2012).

Foreløpig vet man lite om endringene i helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven styrker det helsefremmede arbeidet for barn som pårørende. Sannsynligvis vil arbeidet gi en større oversikt over antallet barn som er berørt av foreldrenes sykdom, fordi barna nå skal føres opp i forelderens journal. Reformen vil mest sannsynlig føre til at flere barn får tilbud om informasjonssamtale sammen med forelderens behandler. Kompetanse må tilføres de barneansvarlige, og dette tar tid. Man trenger tid til veiledning, samtaler med foreldre og barna, samt å følge opp barna videre (Halsa og Kufås, 2012).

2.5 Samarbeid med andre institusjoner utenfor spesialisthelsetjenesten.

I følge Killèn (2013) kan jordmødre, helsesøstre og pedagoger alle ha møtt foreldre og barn, og hatt fornemmelsen av at noe har skurret i samspillet. Profesjonelle yrkesutøvere har blitt bekymret for relasjonen mellom foreldre og barn, og barnets psykiske helse og utvikling. På grunn av manglende kunnskaper om samspill og tilknytning, og måten det påvirker barnets kognitive, emosjonelle og sosiale utvikling, har helsepersonellet ikke vært i stand til å begrepsfeste sine observasjoner og fornemmelser (Killèn, 2013).

Barnehage og skole må så raskt som mulig få beskjed om familiesituasjonen til barn som opplever at foreldrene blir psykisk syke, det er også viktig at barnehage/skole får jevnlig oppdatering om hvordan det går med forelderens. Det er forelderens ansvar å gi beskjed, men behandlingssted kan også hjelpe forelderens med i dele informasjonen, om sykdommen generelt og hvordan barnehagen/skolen kan støtte barna som opplever situasjonen (Bugge og Røkholt, 2009).

Dette forutsetter et grunnleggende samarbeid mellom hjemmet og barnehagen/skolen om å skape en trygg tilknytning for barnet. For at barnet skal føle seg forstått er det viktig at foreldre og pedagog har en åpen dialog hvor de formidler sine observasjoner og forståelse av barnet til hverandre. Dette kalles brobygging, og dialogen er viktig for å holde broen åpen mellom hjem og barnehage/skole. Et samarbeid der pedagogen anerkjenner foreldrene er viktig for barnas tilknytning (Killèn, 2013). Pedagoger i barnehage/skole kan se barna endre seg, bli passive og triste. De ser barn som trekker seg tilbake, blir urolige og sårbare. På den andre siden kan de observere barn som er hjelpsomme og snille, som aldri gir uttrykk for

hvordan de har det, eller barna som sjelden er spontane, sjelden gleder seg over noe og sjelden engasjerer seg aktivt i lek med andre. Hvis pedagogene ser alvoret i observasjonene sine ved å vise barna at de ser og forstår, vil de kunne opprette en god relasjon til barnet, som igjen kan føre til at barnet har en trygg tilknytning utenfor familien (ibid).

Helsesøster er et av de menneskene som mange forventer at skal identifisere barn av psykisk syke på et tidlig tidspunkt (Glistrup, 2004). Hun møter mødrene tidlig, allerede når den nybakte moren kommer hjem fra sykehuset. Helsesøster har alle muligheter til å etablere et tillitsforhold til mor over tid. Mødrene vil i følge Glistrup (2004) i det lengste holde sine psykiske plager for seg selv og prøver ofte å kanalisere helsesøsters oppmerksomhet mot den nyfødte. Det er derfor viktig at helsesøster kan lese barnets signaler, som f.eks. at spise- og søvnvaner eller uopphørlig barnegråt kan være tegn til at mor-barn relasjonen er i ubalanse (ibid).

Helsesøster vil også motta barna til «helsesjekk» på skolen, der hun vil kunne observere og samtale med barna (Glistrup, 2004). Barna forteller kanskje ikke direkte om hjemlige problemer eller bekymringer, men forteller mer om sine somatiske plager som hodepine, vondt i magen, trøtthet eller tristhet. Det kan være vanskelig for helsesøster å relatere dette opp mot vansker i hjemmet, men det er viktig at helsesøster tar med seg disse opplysningene i den videre oppfølgingen av barnet. Glistrup (2004) skriver at helsesøstre kan stanses kommunikasjonsmessig av egne barrierer og manglende trening i kommunisere, noe som igjen gjør at helsesøster kan ha vansker med å komme i dialog med både barna og foreldrene. Hun skriver videre at kunnskapen om psykisk helse er et område mange fagpersoner kan ha nytte av å få forsterket. Dette kan også gjelde for pedagoger i skole og barnehage.

Barnehager, skoler, helsestasjoner fastleger, behandlingsinstitusjoner med mer har store muligheter for å sette fokus på tabuer og redusere tabuene. En rekke tabuer forbundet med psykiske lidelser som angst, depresjon og psykotiske tilstander kan skape problemer for familien. Det samme gjelder rusproblematikk, samlivskonflikter og voldelig samliv (Killèn, 2013). Hun skriver at foreldre som møter åpenhet hos de profesjonelle når det gjelder tabuer som de og barna sliter med, blir bedre rustet til å svare ærlig på barnas spørsmål og barna får muligheten til å bearbeide sine opplevelser og tanker.

I samspillet som foregår mellom foreldre-barn, finner man også beskyttelsesfaktorer (Killèn, 2013). Foreldre som har evnen til å se barnet som det er, engasjere seg positivt følelsesmessig og har empati og realistiske forventninger til barnet, innehar gode foreldrefunksjoner. Andre

beskyttelsesfaktorer kan være barnas tilknytningsatferd, vitalitet og kreativitet. Barn som blir oppfattet som positive barn, blir positive barn og utvikler et godt selvbilde. Samspeilet og gleden barn og foreldre har i hverandre er også en beskyttelsesfaktor. Er barnet i stand til å gi foreldrene positive tilbakemeldinger, beskytter barnet seg selv. Foreldrenes selvfølelse styrkes og deres positive engasjement i barnet økes betraktelig (ibid).

Ved å bidra med kunnskap om beskyttende faktorer, vil man gi foreldrene og barna et utvidet perspektiv og et bedre grunnlag for å kunne handle og foreta valg (Nordenhof, 2012). De beskyttende forholdene vil kunne beskytte barna mot selv å utvikle psykiske problemer eller sykdom. Det kan være noe så konkret som å ha kontakt med en voksenperson utenfor hjemmet, som ikke er involvert i familiens problemer og sykdom. Eller det kan være venner og fritidsaktiviteter som tar bort fokuset fra problemene eller sykdommen i hjemmet (ibid).

Norges hjelpeapparat er i dag organisert med første-, andre- og tredjelinjetjenesten, og dette fører til at det kan gå alt for lang tid før familiene får hjelp (Killèn, 2013). Det skal alvorlige symptomer til før hjelpen blir tilgjengelig, og dette er lite heldig da forebygging krever umiddelbar reaksjon. Killèn (2013) viser til at de organisatoriske strukturene vi har i dag vanskeliggjør forebyggende arbeid. I skoler, barnehager og helsestasjoner bør man kanskje f.eks. ansette mentalhygienisk fagpersonale eller kliniske pedagoger som har fordypet seg i relasjonen barn-voksne, som kan sette i gang reaksjoner på forebyggende arbeid.

2.6 Forebyggende tiltak

I Opptrappingsplanen for psykisk helse 1999-2008 (Prop. 63, 1997-1998) fikk de pårørende en ny rolle, med mer fokus på de pårørende og deres ressurser. Kommunene fikk mer ansvar for å behandle og tilrettelegge for personer med psykiske lidelser, slik at pasientene kan bo hjemme i egen bolig og forholde seg til sine pårørende. Arne Holthe (Garbo, 2013) viser til at desentraliseringen av psykisk helse har hatt utilsiktede bivirkninger, med dette viser han til at det kreves en helt annen involvering og samarbeid med pårørende enn det vanligvis har vært lagt opp til. De pårørende har fått mer ansvar, og de har blitt involvert på nye nivåer. I følge Holte er det 5 roller som peker seg spesielt ut;

- Rollen som stedfortreder, der den pårørende må opptre som pasientens talsperson.

- Rollen som behandler, der den pårørende i samarbeid med behandler passer på den som er syk, slik at pasienten tar medisinerne sine og følger behandlingsopplegget som er laget for pasienten.
- Rollen som psykologisk støttespiller, der den pårørende skaper et godt og trygt nærmiljø som støtter et godt sykdomsforløp.
- Rollen som ekspert, siden den pårørende er den som kjenner pasienten best.
- Tilslutt, rollen som syk. De nærmeste har en økt risiko for å bli syke, dels fordi de kan dele samme familiære disposisjon, men også fordi at det er så krevende å ta vare på en alvorlig psykisk syk at man selv kan bli utslitt (Garbo, 2013).

Mindreårige barn av psykisk syke foreldre kommer dermed i en særdeles sårbar situasjon, som man bør ta spesielt hensyn til, og det er derfor viktig at familien ses på som en helhet (Helsedirektoratet, 2008).

Det ble i en 2007-2010 satt i gang en rekke prosjekter, der prosjektmidlene var tildelt av Helsedirektoratet og Helse- og omsorgsdepartementet (Helsedirektoratet, 2012). Satsningen ble i utgangspunktet startet opp med tiltak for barn av psykisk syke og rusavhengige foreldre, og ble videre utvidet i 2009 til å omfatte barn som pårørende generelt. Satsningen hadde to hovedmål: 1. Gi barna tidlig og langsiktig hjelp. 2. Styrke veiledning og kompetanseheving i tjenestene. Hovedfunnene i prosjektene viser at satsningen kan deles i tre kategorier: tidligere og langsiktig hjelp mot tidlig intervensjon, kompetansehevende og administrative tiltak i spesialisthelsetjenesten for å identifisere barn som pårørende og tiltak som kommer barna direkte til gode (Helsedirektoratet, 2012). I rapporten «IS-2011- Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsning for barn som pårørende» (Helsedirektoratet, 2012), påpekes det at samarbeidet mellom behandlere, barneansvarlige og fastlegene er relativt begrenset. De henviser/rekrutterer i liten grad barn til tiltak i kommunene. I den grad det samhandles, er det primært med barnevernet. Det poengteres også at det er kommunene som bør ivareta veiledning og hjelp over tid.

I løpet av prosjektperioden har det vært stort fokus på tidlig intervensjon for oppfølging av barn under skolealder, mens den langsiktige oppfølgingen av skolebarn og ungdom har vært begrenset. Ut ifra funn gjort i undersøkelsen, er det viktig at denne målgruppens tiltak kunne vært bedre koordinert (Helsedirektoratet, 2012).

Det ble satt i gang 109 prosjekter fordelt på ulike nivåer; de fire helseregionene, helseforetak, kommuner, sykehus mm. Eksempler på prosjekter som ble satt i gang er; Nasjonalt

kompetansenettverk for barn som pårørende «BarnsBeste», «Smil»- styrket mestring i livet, «Føre Var»-prosjektet, Modellkommuneforsøket mm. «Føre Var» prosjektet hadde som formål å forebygge psykiske vansker hos barn som pårørende, «SMIL» har som formål å etablere tiltak ved lokale lærings- og mestringssentra, gjerne i kommuner der barna bor. «BarnsBeste» er et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende, og har som mål å formidle kompetanse og kunnskap gjennom kompetansenettverkets nettside for helsepersonell etc. Modellkommuneforsøket har som mål å styrke oppfølgingen av barn av psykisk syke (Helsedirektoratet, 2012).

Tiltakene ble oppsummert i rapporten «IS-2011- Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsning for barn som pårørende», og konkluderer med at omfanget av tiltak og prosjekter har økt betydelig. På den andre siden gjenstår det et langsiktig nasjonalt, systematisk arbeid i helseregionenes spesialisthelsetjeneste og i kommunene hvis målsettingene i satsningen skal nås. Det er et stort behov for videre forskning som kan dekke både bredden og dybden i feltet. Forskningen kan avdekke hva barn som pårørende trenger i hverdagen, samt gi kunnskap som kan bidra til å forebygge negative konsekvenser for deres trivsel, utdanning, fysiske og psykiske helse (Helsedirektoratet, 2012).

2.7 Barns oppvekst med psykisk syke foreldre.

I følge Rognmo og Torvik (2011) lever ca. 410 000 barn i familier der en eller begge foreldrene har en psykisk lidelse. Det er altså relativt vanlig å vokse opp med en forelder som oppfyller kriteriene for en psykisk lidelse (Rognmo og Torvik, 2011). Antallet barn er høyt, men det er ikke alle psykiske lidelser som fører til nedsatt omsorgsevne. Mange av foreldrene har psykiske lidelser som plager dem, men som ikke går utover barna. Rognmo og Torvik (2011) har gjort beregninger av barn som har foreldre med mer alvorlige lidelser, og de har kommet frem til at 260 000 barn lever med foreldre med en psykisk lidelse som kan gå utover daglig fungering. Hvis kun klart alvorlige tilfeller telles, regner man likevel med at det er 115 000 barn som rammes.

En høy forekomst av psykiske lidelser i Norges befolkning gjør at mange barn lever i et hjem hvor foreldrene har psykiske lidelser eller alkoholmisbruk. Disse barna kan risikere å oppleve alvorlige negative utfall, men det er stor variasjon mellom enkeltindividene. Mange klarer seg bra, også blant barn av alvorlig psykisk syke foreldre. Psykiske lidelser kan forebygges, og god behandling kan redusere konsekvensene for pasienter og samfunnet. Å vokse opp med en

psykisk syk forelder kan være en stor belastning for barnet uten at det blir et stort problem for fremtiden. De fleste barn er tilpasningsdyktige, og klarer seg bra på sikt selv om de har vokst opp med vansker i familien (Rognmo og Torvik, 2011).

Til tross for barns tilpasningsdyktighet, er noen barn mer sårbare enn andre. Disse barna vil oppleve et større antall konsekvenser. Jo mer alvorlig en eller begge foreldres lidelse er, desto større er risikoen. Noen av de negative konsekvensene kan være omsorgssvikt, mishandling, vold fra foreldrene, skilsmisse eller arbeidsløshet. Andre konsekvenser, som f.eks. psykiske lidelser blant barna, kan i mange tilfeller oppstå på et senere tidspunkt (Rognmo og Torvik, 2011).

Haugland et.al (2012) viser til Chester A. Winton, som påpeker at patologi (lidelser) hos barn kan utvikles hvis a) barnet påtar seg et stort ansvar i familien, b) ansvarsbelastningen ligger høyt over barnets utviklingsmessige modenhetsnivå, c) foreldrene fremstår som umodne i samhandling med barnet, d) barnets interesser blir neglisjert eller e) barnet ikke anerkjennes for sin omsorgsinnsats for forelderen (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). Forhold som dette kan bidra til å forsterke utviklingen av vansker hos enkeltbarn eller at vansker generelt oppstår. Disse barna trenger nødvendigvis ikke behandling fra helsepersonell, men de trenger hjelp og tiltak som kan forebygge utviklingen og minske risikoen for å utvikle egne vansker.

I følge Sølvsberg (2011) er barn mer eller mindre heldige i hva slags miljø de har vokst opp i. Rammene i oppveksten kan være trygge og tilfredsstillende menneskers behov, eller de kan være mangelfulle, skremmende, forvirrende eller voldelige. Arveligheten av psykiske lidelser kan henge sammen med sårbarhetsfaktorer som ikke er direkte knyttet til genetisk arv. Sølvsberg (2011) viser til Oyserman med flere sin forskning (2010, i Sølvsberg 2011), de mener at det å vokse opp med en eller to foreldre med psykiske lidelser vil gi belastninger og utfordringer som kan virke inn på barns utvikling. Det er en sannsynlighet for at barna utvikler andre former for psykisk lidelser enn det foreldrene har hatt.

Hver enkelt familie må ses i lys av sine ressurser og sin sårbarhet- både hos barnet, foreldrene, familien, nettverket, omgivelsene og hjelpeapparatet som er tilgjengelig for familien (Haugland, Ytterhus & Dyregrov, 2012). Haugland et.al (2012) vektlegger at man må vurdere hvordan forelderens psykiske lidelse innvirker på familielivet og foreldrenes omsorgsevner. Man må også se på familiens nettverk, barnas skolesituasjon og venner som vesentlig informasjon for å forstå barnas oppvekstvilkår. Barn som pårørende har store

utfordringer og er sårbare, men det er viktig å ha fokus på positiv fungering, samt den vekst man kan finne hos barn som vokser opp med vanskelige erfaringer og utfordringer (ibid).

2.8 Barns møte med psykisk sykdom

De barn som klarer seg best under vanskelige forhold er barn som har en trygg tilknytning til andre utenfor familien. Det er barn som får hjelp til å bearbeide sine vonde opplevelser og mestre sin situasjon, og som opplever kontinuitet og sammenheng i livet (Killèn, 2013).

Det er mange forhold som kan påvirke hvordan barn mestrer å ha en psykisk syk forelder, alvorlighetsgraden er svært utslagsgivende. Er en av foreldrene frisk, kan denne forelderens kompensere for det barnet ikke får hos den syke forelderens (Ruud, 2011). Det å snakke om sykdommen kan være en vanskelig oppgave for mange foreldre. Voksne velger å vektlegge barnets positive sider, dette for å overbevise seg selv om at barnet ikke opplever konsekvenser av den voksnes sykdom (Glistrup, 2004). Barnet kan begynne å tvile på egne følelser hvis ingen later til å se barnets forvirring, angst og usikkerhet og det er ingen som setter ord på følelsene deres, ingen som speiler dem og ingen som forklarer barnet hva som skjer med forelderens. På grunn av dette kan det bli vanskelig for barnet å atskille seg selv fra det som er sykdom, for å ta vare på seg selv og sine egne følelser (ibid).

Når en vokser opp med en psykisk syk forelder er behovet for informasjon stort. Behovet handler om behovet for kunnskap om hva psykiske lidelser kan være, og barna trenger kunnskap om hvordan den psykiske lidelsen virker inn på forelderens oppførsel og reaksjonsmønster (Mevik og Trymbo, 2003). Helsepersonellet har plikt til å bidra til at barn og unge blir ivaretatt som pårørende, derfor kan barna inviteres til planlagte samtaler der forelderens er innlagt til behandling. Disse samtaler kan bli gjort sammen med familien eller som individuelle samtaler (Ruud, 2011). Barna har behov for og krav på støtte og kunnskaper for å takle et liv med en psykisk syk forelder (Glistrup, 2004). Glistrup skriver videre at hvis man kan hjelpe barna til å forstå sykdommen og hvordan forelderens atferd henger sammen med sykdommen, vil barnet lettere kunne distansere seg fra den syke forelderens. Ved å kunne mer om sykdommen vil barnet i mindre grad forbinde sin egen atferd mot forelderens angst eller depresjoner, og man vil kunne redusere risikoen for at barnet utvikler skyldfølelse og vrangforestillinger om at det kunne ha forhindret sykdommen (Glistrup, 2004). Glistrup (2004) anbefaler pasienter til å inkludere familien i behandlingen, og invitere familien til samtaler. Behandleren bør informere de pårørende om hva man vet om sykdommen, og

behandleren bør komme godt forberedt til denne samtalen, sammen med pasienten bør behandler/barneansvarlig ha lagt en plan om hva man skal si om sykdommen, på en aldersadekvat måte.

Når mennesker, også små barn, møter utfordringer som skal løses, vil de ofte løse dem ved å bruke gamle og velkjente handlingsstrategier. Det er ikke alltid at disse strategiene fungerer, og mange mennesker vil da kunne komme opp med nye strategier som kan fungere. Barn velger som regel å bruke løsninger de har sett andre bruke, især foreldre og venner (Nordenhof, 2012).

En innleggelse kan ofte representere en krise for resten av familien. Ved å snakke med de pårørende, vil kanskje institusjonen fremstå som mer menneskelig og mer tilgjengelig. Dette er betryggende for ektefellen, samt at behandler kan bruke anledningen til å snakke litt om barna (Mevik, 2000). Barn, så vel som voksne, trenger konkret informasjon om hvordan hverdagen til den innlagte forløper, dette skaper en oversikt og forutsigbarhet for de pårørende. Barna og ektefellen har behov for emosjonell støtte, og dette gis gjennom aktiv lytting og interesse for familiens liv når mor/far er lagt inn til behandling (ibid). Det bør være tilrettelagt for at barn kan besøke foreldrene i perioder hvor forelderen er innlagt til behandling (Bugge og Røkholt, 2009). Besøket må organiseres slik at barna er skjermet fra avdelinger som kan virke skremmende, ved psykiatriske avdelinger bør det f.eks. være egne besøksrom som er tilrettelagt for barn. Rommet bør ligge slik til at barna ikke må gå gjennom avdelingen for å komme til besøksrommet (ibid). En viktig hensikt med besøket er å avmystifisere institusjonen, og gi barna en mulighet til å oppleve forholdene slik de er i virkeligheten skriver Mevik (2000).

Når barna er på besøk bør personalet være åpne om hva som skjer på institusjonen, de bør også fortelle barna om hva de kan gjøre når de kommer på besøk og gi dem en omvisning. Barn vet som regel ikke så mye om sykehus, så de er redde for å si eller gjøre noe feil (Bugge og Røkholt, 2009). De skriver videre at personalet bør informere barna om hvem som jobber på avdelingen, og hva deres arbeidsoppgaver er. Besøksrommet bør være utstyrt med leker, tegnesaker, bøker, blader og spill. Det er viktig å gi barna tid og rom, noen barn er av natur skeptiske og tilbaketrukkne og trenger lengre tid på å bli trygge på situasjonen.

Barn kan føle skyld for hendelser eller handlinger som ligger langt utenfor det de selv har kontroll over (Ruud, 2011). Det er viktig å anerkjenne barnets historie, og anerkjenne måten barnet forteller historien på. Ved at behandlere er lyttende og nysgjerrige, kan barnets

tankemåter anerkjennes, samtidig som man kan utfordre barnas måter å tenke på. Målet kan være å hjelpe barnet til å bli kvitt skyldfølelsen på, og ikke formidle til barnet at «du tenker feil». Ved å bli møtt på egne tanker og følelser kan man sammen jobbe seg frem til en ny forståelse av hendelser som skjer i hjemmet (ibid). Det er viktig at de voksne som er i kontakt med disse barna formidler at barna ikke har skyld i det forelderen gjør. Det er forelderens ansvar å passe på barna, ikke omvendt. Dessuten er det voksnes ansvar å passe på de foreldrene som ikke klarer å passe på seg selv. Desto mindre barn vet og får vite om de faktiske forholdene, jo lettere vil de knytte det som skjer med forelderen opp til seg selv (Mevik, 2000).

Mevik (2000) skriver at hun har erfart at den psykiske syke profiterer på at behandlerne er konkrete, direkte og åpne om det forelderen utsetter barna sine for. Ved å støtte forelderen innebærer en åpenhet rundt hans/hennes evne og vilje til å jobbe med å mestre eget liv, foreldrerollen inkludert. Hensikten med åpenheten er å styrke forelderen, slik at forelderen selv kan vurdere hvilke skader forelderen kan påføre barna, med tanke på virkninger både på kort og lang sikt. Å erkjenne skyld og ansvar innebærer at man bedre kan sette seg i barnas situasjon og dette er en forutsetning for å kunne bli i stand til å forstå hvordan og hvorfor en selv handler slik som en gjør. Man vil da også kunne finne ut hva som må til for at man skal kunne reagere/handle annerledes, til noe som er bedre for barnet. Når forelderen påtar seg ansvar og skyld for den smerten som ble påført barnet, får barnet muligheten til å bearbeide disse følelsene. Gjennom en slik erkjennelsesprosess vil barnet fratas skyldfølelsen og få muligheten til å reagere ut følelser som ubehagelige hendelser skaper. Dette bidrar til en ny og bedre relasjon mellom forelderen og barnet (Mevik, 2000).

2.9 Oppvekst med psykisk syke foreldre- foreldre- og barnrelasjonen

Relasjonen foreldre-barn har en stor betydning for barnets fysiske, emosjonelle, kognitive og sosiale utvikling (Killèn, 2013). Allerede fra fødselen av begynner barnet med et samspill med dem omkring seg. De små babyene observerer og oppfatter omsorgspersonene sine, og tilpasser seg omgivelsene. Babyene responderer og tar kontakt, de imiterer også omsorgspersonene sine (ibid).

Barnet observerer omgivelsene, og viser en stor glede i kommunikasjonen med foreldrene. Foreldrene svarer barnet med stemme, berøring og følelsesmessig uttrykk. Det utvikles et godt

samspill, der foreldrene leser barnets signaler og foretar tilpasninger som passer situasjonen (Killèn, 2013).

I følge Killèn (2013) lider mødre med fødselsdepresjoner ofte i stillhet. Den deprimerte selv kan trekke seg unna, og får ofte lov til det. Dette kan gi konsekvenser for barna, som blir påvirket både direkte og indirekte. Direkte gjennom omsorgen og samspillet barnet får fra mor, indirekte gjennom samlivsproblemer mellom foreldrene eller innleggelse på sykehus. Spedbarn speiler sine deprimerte mødre ved de utvikler et lavt aktivitetsnivå og deprimert samspill allerede i to-tre måneders alder. På grunn av dette hemmer barnet sine følelser, og lærer å ikke vise sin fortvilelse. Barnet kan få en utrygg-unnvikende tilknytning til sin mor (Killèn, 2013).

De tidlige barneårene er viktige, i løpet av barneårene er vi mest påvirkelige. Vi mennesker er avhengige av andre for å være som vi er; vi påvirker og påvirkes. Måten vi mennesker fungerer på, psykisk syk eller psykisk frisk, er innvevd i samspillet med menneskene rundt oss (Sølvberg, 2011). Er det den psykiske syke som påvirker familien, eller er det familiens måte å fungere på som påvirker den psykiske syke? Det som er klart er at enhver sykdom kan forsterkes eller lindres av familiesamspillet. Det er umulig å si hva som forårsaker hva, det blir mer tale om sirkler enn at det ene skal være årsak til det andre (ibid.).

I familier med psykisk sykdom kan hverdagen være preget av gjetting og tankelesing fremfor klar tale. Det blir viktig å lære seg å lese andres tanker og følelser, samt være forberedt på det uforutsette (Sølvberg, 2011). For mange foreldre kan det være utfordrende å snakke med barna om sykdommen (Glistrup, 2004). En vedvarende bekymring er nettopp det at mor eller far er syke, og alt det innebærer. Det kan være vanskelig å finne gode og egnede tidspunkt for å innlemme barna i de utfordringene familien lever i (Mevik og Trymbo, 2003).

Depresjoner begrenser mor/fars foreldrefunksjoner, spesielt deres evne til å engasjere seg positivt i barnet, og leve seg inn i barnets følelser og opplevelser. Killèn (2013) viser til Milgrom & Cloud (1996, i Killèn 2013) som skriver at barnet kan bli en belastning for foreldrene. Dette kan være hvis barnet oppleves som krevende, og forelderen formidler dette til barnet og forstyrrer den foreldrefunksjonen som handler om å se barnet. Noen foreldre risikerer å av reagere verbalt eller fysisk på barnet (ibid). Sinne kan føre til skyldfølelse (Mevik, 2000). Skyldfølelsen kan bli sterkere ved at forklaringen man gir barna beskrives på en slik måte at den tar fra forelderen alt ansvar. For et barn vil en slik forklaring kunne lede til en forståelse om at da må de være de som har skylden for at forelderen er syk, rar etc.

Mangelen på en forståelig forklaring kan intensivere mystifiseringen eller forsterke skyldfølelsen hos barnet (ibid).

Foreldre med psykiske lidelser har også bekymringer og gleder i forhold til sine barn. Når man er alvorlig psykisk syk over en lengre periode, kan det være vanskelig å utøve barneomsorg. Dagliglivets rutiner kan gå i stå og familiens strukturer kan bryte sammen. Dette gir konsekvenser for barna i form av uforutsigbare hverdager. Noen barn vet kanskje ikke hva struktur og forutsigbarhet er, da noen foreldre aldri klarer å etablere denne tryggheten for barna sine (Mevik & Trymbo, 2003).

2.10 Barns kompensasjonsstrategier/ mestringsstrategier.

Barn av psykisk syke foreldre omtales ofte som «De usynlige barna» (Glistrup, 2004).

Lojaliteten til forelderen som ikke klarer å bære foreldreansvaret er så stor at barnet forsøker å fremstå som lykkelig og ubekymret for omverdenen slik at forelderens manglende overskudd ikke skal oppfattes av andre (ibid).

Når foreldre er psykisk syke får eller påtar barn seg ansvar for å kompensere for den voksne som ikke strekker til. Dette kan være bevisst eller ubevisst overført fra forelderen, i mangel på andre alternativer (Vallesverd, 2013). Forelderen kan være alt for opptatt av sine problemer, eller terskelen for å be om hjelp utenfra kan være for høy, slik at det blir naturlig å overlate ansvaret til sitt barn. Vallesverd (2013) skriver videre om hva slags omsorgsoppgaver disse barna kan bli tillagt. Det kan deles inn i ulike kategorier; Husarbeid, pleie- og omsorg, emosjonell omsorg og barnepass. Oppgavene kan også være å organisere ting som omhandler forelderen, ringe og lage avtaler, gå på møter etc. Som Glistrup (2004) sier: «*Noen barn blir for tidlig voksne*» (Glistrup, 2004, s. 28). Noen barn må alt for tidlig ta på seg et ansvar som burde være foreldrenes, eller at de blir utsatt for opplevelser som ikke bearbeides. I situasjoner som dette må barna forsøke å skape seg en forståelse av hendelser og sammenhenger, på tross av sin unge alder. Disse små barna utvikler kompetanse fordi de må, ikke fordi de vil. De legger merke til forelderens mangel på nærvær, og ser at forelderen ikke klarer å ha omsorgen for seg selv og familien. I følge Glistrup (2004) utvikler barna tidlig bekymringer for familien, samtidig som de engster seg for hvorfor forelderen ikke klarer å ta vare på barna og seg selv. Dette medfører at barna overtar ansvaret for oppgaver de ser den voksne ikke klarer å utføre, og utvikler antenner for å kunne se/føle hvordan forelderens tilstand endrer seg. Barnets antenner ignorerer barnets egne følelser, og barnet overser sine

egne behov. Konsekvensen kan ende i at barnet ikke ser på seg selv som verdifull, i takt med at barnet opplever nye svik og grenseoverskridelser. (ibid).

At et barn får utdelt ansvarsoppgaver er i utgangspunktet ikke negativt, alle barn har godt av å hjelpe til og bidra i hjemmet. Det er når arbeidsoppgavene blir for store og krevende at det bør ringe en varselampe. Vallesverd (2013) viser til britisk, skotsk og australsk forskning, der barna rapporterer om bekymringer for den syke forelderen, manglende fritidsaktiviteter og ferier, og økonomiske bekymringer. De rapporterer også om at ansvaret påvirker deres skolegang, utdanningsmuligheter og karrieremuligheter. Barna føler seg nedstemte, ukonsentrerte og trøtte. Dette gjør igjen at de kan prestere dårlig på skolen, leksene uteblir, venner faller fra og de kan utvikle atferdsvansker (Vallesverd, 2013).

Det forekommer, i følge Nordenhof (2012), at barn med utrygge eller uforutsigbare hjemmeforhold utvikler en kontrollerende atferd ovenfor de som er rundt barnet. De prøver å skape struktur og forutsigbarhet, og hvis noen andre prøver å bryte inn, merker barnet frustrasjonen og det utløser aggresjon (Nordenhof, 2012). Barna ser foreldrenes handlingsmønster og overtar ubevisst foreldrenes måte å handle på, uten at de helt forstår at foreldrenes strategier har noe med foreldrenes sykdom eller problemer å gjøre. Et barn kan f.eks. være med i en lek med få barn, og ha kontrollen over det som skjer i leken. Når det kommer forstyrrende elementer inn i leken, ødelegger dette strukturen og forutsigbarheten for barnet, noe som igjen kan føre til at barnet får en aggressiv reaksjon mot barnet/barna som er forstyrrende elementer (ibid).

2.11 Resiliens og salutogenesen

«Begrepet resiliens kommer opprinnelig fra fysikken, og refererer til en gjenstands evne til å komme tilbake til utgangspunktet etter å ha blitt bøyd» (Ruud, s. 80, 2011). Resiliensstudier handler om hva det er som gjør at mennesker mestrer stress og greier seg bra på tross av belastninger og risikofaktorer. Kunnskapen om resiliens sier noe om at det er håp om at personer kan reise seg igjen etter store belastninger og kunnskapen gir en pekepinn på hvor det kan være klokt å sette inn ressurser i arbeidet med barn og unge som har opplevd store belastninger (ibid). Ruud (2011) skriver videre at når man jobber med barn som har opplevd vanskelige livssituasjoner, kan det være en stor fordel å kjenne til prosesser som har en helende virkning når barnet er under belastning. Disse prosessene kan hjelpe til å finne ut

hvordan man kan styrke barnet til å tåle og mestre det barnet opplever. Resiliens handler om å sette søkelyset på årsakene til god helse under risiko, og ikke fokusere på belastningene (ibid).

Aron Antonovsky (2012) utviklet teorien om salutogenese, med dette mener han faktorer som kan bidra til god helse. Han har også en teori om patogenese, som viser til faktorer som forårsaker sykdom. Antonovsky (2012) sier salutogenese handler om å finne ut hvor på kontinuumet (sammenhengen mellom helse og uhelse) hver enkelt person til enhver tid befinner seg. Vi er alle døende, men allikevel er vi i en eller annen forstand friske så lenge det er liv i oss (Antonovsky, 2012). I forhold til barn som vokser opp med psykisk syke foreldre, bør spesialisthelsetjenesten, kommunal helsetjeneste eller barnets omsorgspersoner bidra med faktorer som kan bidra til god helse og hjelpe barnet å se etter det friske og positive i seg selv.

Et viktig bidrag til den enkeltes opplevelse av god helse (salutogenese) er i følge Antonovsky (2012) begrepet Sense of Coherence (SOC) i 1970. På norsk kan begrepet oversettes til Opplevelse av sammenheng (OAS).

Antonovsky's definisjon av SOC er som følgende:

Opplevelsen av sammenheng er en global innstilling som uttrykker i hvilken grad man har en gjennomgående, varig, men også dynamisk følelse av tillit til at (1) stimuli som kommer fra ens indre og ytre miljø, er strukturerte, forutsigbare og forståelige, (2) man har ressurser nok til rådighet til å kunne takle kravene som disse stimuliene stiller, og (3) disse kravene er utfordringer som det er verdt å engasjere seg i.

(Antonovsky, s. 41, 2012)

Ved å bruke begrepet Sense of Coherence (SOC) viser Antonovsky (2012) til hvordan man kan overleve og mestre belastninger man møter i løpet av livet. SOC omfatter tre viktige begreper;

1. Begripelighet: i hvilken grad man opplever at stimuli man utsettes for i det indre eller ytre miljø, er kognitivt forståelig, velordnet, sammenhengende, strukturert og klar for informasjon.
2. Håndterbarhet: i hvilken grad man opplever å ha tilstrekkelige ressurser til rådighet for å takle de kravene og belastningene man utsettes for.
3. Meningsfullhet: i hvilke grad man føler at livet er forståelig rent følelsesmessig, at noen av tilværelsens problemer eller krav er verdt å bruke krefter på.

For at barn skal oppleve sammenheng i livet, og gjennom denne sammenhengen styrke evnen til å mestre belastninger, er det et mål at de skal oppleve at kommunikasjon med voksne er meningsfull. De skal føle at den voksne hjelper dem med å finne mening i deres opplevelser og erfaringer. Barna trenger noen knagger til å henge hendelser og opplevelser på, slik at de kan sortere tankene sine og gjøre tilværelsen mer forståelig (Ruud, 2011).

Borge (2012) skriver at både resiliens og salutogenese legger vekt på de prosesser som fører en person fremover mot friskhet og velvære. Disse prosessene er ikke engangs fenomener, men utviklingsprosesser over tid. En annen likhet er at begge illustrerer en relativ sunnhet hos barn og voksne som opplever påkjenninger, for det er store forskjeller på hvordan mennesker opplever psykisk og somatisk velvære. Salutogenese kan brukes til å forstå sammenhengen mellom god helse og sosiale forskjeller, mens resiliens brukes mer spesifikt for å forklare forskjeller mellom barn som lever under samme risiko. Resiliens er i følge Borge (2012) et mer individorientert perspektiv enn salutogenesen.

Resiliens handler om at barn har god psykososial fungering til tross for opplevelser av risiko (Borge, 2012). Resiliens handler om å kunne fungere normalt under unormale forhold, og begrepet gir håp i arbeid med barn, unge og familier som trenger hjelp (Borge, 2012). Barn som daglig opplever alvorlige situasjoner grunnet vanskelige oppvekstforhold, kan opprettholde en relativt tilfredsstillende psykologisk fungering, og de kan også, på tross av sin situasjon, forbedre sin psykologiske fungering.

Sølvberg (2011) viser til Michael Rutter, en pioner innen resiliensforskningen. Rutter har i (1985, i Sølvberg 2011) sin forskning vist at mange klarer seg godt og ikke får noen form for psykiske lidelser. Videre viser han at hvorvidt barn av psykisk syke vil utvikle psykiske lidelser avhenger av faktorer både i barnet selv og om det finnes omsorgspersoner i barnets nære omgivelser. Barnet innehar også sine egne faktorer, slik som medfødte egenskaper som fysikk, temperament og evnemessige ressurser som direkte eller indirekte påvirker møtet med andre og hvordan man utvikler mestringsstrategier for kriser (Sølvberg, 2011). Barn er beslutningstakere, de kan ta valg og har muligheten til å oppnå selvtillit og mestre i mange situasjoner (Borge, 2012). Dette kan føre til at de er mer resistente for foreldrenes sykdom. På den andre siden kan barna bli motløse og hjelpeløse, og bli oppfattet som håpløse barn av seg selv og av andre. Dette kan føre til at barna mister troen på seg selv og sine styrker og gode sider. Ved at de blir utstyrt med redskaper til å takle motgang, kan man forhindre at disse barna pådrar seg permanente problemer.

Til tross for at barn vokser opp i familier der det er risiko for psykiske problemer, kan barn få en sunn utvikling (Borge, 2012). Med familierisiko menes ugunstige situasjoner, der barn opplever vedvarende krangler mellom omsorgspersoner, rusmisbruk, omsorgssvikt eller opphold i institusjoner med ekstremt dårlig kvalitet. Borge (2012) skriver at barn som viser en forholdsvis sunn tilpasning på tross av forholdene, er et barn som klarer å gjøre noe med sin egen situasjon. Ved å være sammen med utenforstående, en venn eller søsken, kan de snakke om opplevelser. De kan også la være å snakke om opplevelsene, og gjøre noe hyggelig sammen med andre og unngå den vonde situasjonen barnet opplever hjemmet. At barnet ikke tar på seg skylden for foreldrenes problemer, er også en viktig del av resiliensutviklingen (Borge, 2012).

Ved å gi personale på skoler og barnehager, samt forskjellige helse- og sosialtjenesten, mer kunnskap om resiliens, vil de ha et bedre grunnlag til å styrke barna- og familiens sterke sider. Helsebringende tiltak kan utvikles på grunnlag av en bredere forståelse for hva resiliens er (Borge, 2012). Målet med å spre kunnskap om resiliens dreier seg om å forebygge psykiske lidelser hos barn som pårørende. Det er en målsetting om å gjøre alle barn rustet til å møte risiko i livet, barna skal få oppleve følelsesmessig støtte, sosial stabilitet og god stimulering (ibid).

2.12 Kommunikasjon og samtaler med barn som pårørende

Karen Glistrup (2004) påpeker at primærformålet med familiesamtaler eller individuelle barnesamtaler er å gi barna kunnskap og forståelse for familiens situasjon. Ved å ha familiesamtaler kan helsepersonellet hjelpe familien til å bryte et tabu, og man hjelper familien inn i en prosess der de får sjansen til å gjøre hverandre delaktige i tanker og følelser som mange har en tendens til å holde for seg selv (ibid). Disse samtalerne kan være med på å sette søkelyset på hva som gir god helse selv om man har det vanskelig i hjemmesituasjonen, uten å fokusere på belastningene problemene kan gi barna.

2.12.1 Familiesamtaler

«I en familiesamtale ser vi også på barna som pårørende» skriver Glistrup (s. 81, 2004). Med dette mener hun at barn trenger å bli involvert og få kunnskaper om sykdommen og behandlingen av den. Ved hjelp av familiesamtaler tilbyr behandleren familien hjelp til å sikre at barna får den støtten de trenger (ibid.). I følge Nordenhof (2012) er samtaler med barn

informasjonsgivende, støttende og avdekkende. Hensikten med disse samtaleene er å få informasjon som gjør oss i stand til å hjelpe barnet i den situasjonen det er i, samt å gi barna bekræftende svar på opplevelser og reaksjoner. I disse samtaleene skal man ikke drive undersøkende samtaler, da disse hører til i forbindelse av en undersøkelse der man har en mistanke om at barnet har behov for en spesiell støtte (Nordenhof, 2012).

Kommunikasjonen i samtaleene blir påvirket av den voksnes syn på og holdninger til barn og ungdom som samtalepartnere (Ruud, 2011). Ruud (2011) viser til Vedelers (1996) beskrivelse av hvordan de voksnes syn på og oppfatning av barn kan prege samtalesituasjonen. Ser man på barnet som et offer, ser man på barnet som et hjelpeløst barn som må beskyttes fra å bli snakket direkte til. Barnets rolle i en slik samtale vil da bli å være den uskyldige, som hverken trenger eller kan ta ansvaret for egne handlinger. Oppfatter man barnet som en trussel, kan det føre til at man er redd for hva barnet kan komme med av ubehagelige avsløringer (Ruud, 2011).

Nordenhof (2012) viser til Haldor Øvreeides bok (1998) « Å snakke med barn» . Når man skal gjennomføre pårørendesamtaler med barn der formålet er å gi informasjon om forelderens sykdom og behandling, er det viktig å tilpasse informasjonen til barnets alder og modenhet, samt det ønsket barnet har for informasjon. Ruud (2011) skriver at ved å se på barnet som et subjekt og anerkjenne barnet for dets rettigheter i forhold til egne opplevelser, vil muligheten for gjensidig kommunikasjon øke betraktelig. Rollene vil kunne veksle, og det blir et vekselvirkende samspill mellom den voksne og barnet (Ruud, 2011)

Når man avholder pårørendesamtaler med barn, skal ikke fokuset være på forelderen og dens sykdom, men på barna (Nordenhof, 2012). Behandleren skal prøve å skape en allianse med foreldrene, slik at de sammen kan skape en oversikt over hvordan barna opplever sykdommen eller problemet. Formålet med denne samtalen vil være at foreldrene og barna skal kunne forstå hvorfor barna reagerer som de gjør, samt at behandler er med for å sikre at barna får den støtten de trenger. Ved oppstarten av samtalen er det viktig at foreldrene anerkjenner temaene som skal tas opp, slik at barna opplever at det er greit å snakke om temaene (ibid.). Ved å presentere temaene i oppstarten, lager man en struktur og forutsigbarhet for barna og foreldrene. I og med at familiene er i veldig sårbare situasjoner, er det viktig at behandler skaper trygge rammer ved å ha en tydelig struktur. Man skal også vise respekt for barna og foreldrenes ekspertise om seg selv og deres forhold til hverandre. Man skal også vise respekt

til foreldrene, da det er de som har ansvaret for barna og er den bestemmende instans overfor barna (Nordenhof, 2012).

Noen barn kan finne det ubehagelig å snakke om foreldrenes problemer. Man bør derfor prioritere hva man legger vekt på i samtalen, så det passer til barnets behov og perspektiv. Barnet bør også få tilbud om en oppfølgende samtale, der man kan komme tilbake til noen av spørsmålene eller problemene igjen. Er forelderen lagt inn over lang tid, bør det holdes informerende samtaler med barna jevnlig. Informasjonen bør bli gitt sammen med foreldrene, og aller helst bli formidlet av foreldrene (Nordenhof, 2012). Når hele familien blir samlet til samtale, blir det signalisert at man vet at familien har tette bånd og at alle blir påvirket av å ha et sykt familiemedlem (Glistrup, 2004). Ved at foreldrene forteller om sykdommen, kan man lettere fortsette dialogen hjemme. Hvis foreldrene ikke kan delta, kan man avtale med foreldrene hvilke andre omsorgspersoner som kan delta, samt informere forelderen om utfallet av samtalen i etterkant. Samtalen kan gjerne holdes på behandlingsstedet der forelderen er lagt inn til behandling, og informasjonen kan gis i forbindelse med at barnet besøker forelderen. Da får barnet også få tilbud om å se stedet og møte personalet (Nordenhof, 2012).

2.12.2 Samtaler med barn

I enkelte situasjoner kan det være ønskelig å snakke med barna uten at foreldrene er tilstede. Da kan barnet snakke fritt uten å måtte ta hensyn til foreldrenes følelser og tanker, og det kan være frigjørende å kunne dele det de tenker på og sliter med noen utenforstående (Glistrup, 2004). Møter man barn som sliter med lojalitetskonflikter overfor foreldrene, kan det være lurt å starte med familiesamtaler. Faktisk er det ofte foreldrene som skjønner at barnet kan trenge å snakke alene med behandler. Når barnet opplever et tillitsforhold mellom foreldre og behandler, og samtidig får et ja fra foreldrene til individuell samtale, blir det lettere for barnet å benytte seg av tilbudet (ibid).

Når man avholder en samtale med barn bør man ha en åpen dagsorden, slik at begge parter vektlegger det samme, samt for å skape en kontakt som er bygget på likeverd og respekt (Glistrup, 2004). I samtalen er det viktig å ikke stille for mange spørsmål slik at det oppleves som et intervju. Opplever barnet at det blir satt på prøve av en ukjent person, vil barnet trolig svare ut ifra en forestilling om hva som kan tenkes å være mest hensiktsmessig og omsorgsfullt ovenfor foreldrene (ibid.). For at samtalen skal kunne oppleves som informasjonsrik og forståelig, er det viktig at behandleren ser på relasjonen mellom seg selv

og barnet. Er ikke kontakten til stede, vil heller ikke barnet ha utbytte av det behandleren forteller barnet. Glistrup (2004) skriver videre at behandleren skal hjelpe barnet å komme i kontakt med sine egne følelser. Et barn som er god til å overse sine egne følelser, har behov for hjelp til å kunne bli kjent med sine egne følelser igjen.

Når man avholder samtaler med barn og ungdom bør man ta utgangspunkt i hvordan de opplever å være barn/ungdom i en familie der noen er alvorlig syk (Bugge og Røkholt, 2009). Forsøk å få et bilde av hvordan dette har vært for barnet/ungdommen. Lag gjerne en oversikt over deres relasjoner i nær omkrets, og relasjonenes betydning. Samtal med barnet/ungdommen om hva slags relasjon han/hun har til den som er syk. Når man holder disse samtale kan det vært lurt å presentere tiltak som kan hjelpe, f.eks. bruk eksempler fra barn som har vært i samme situasjon. Deretter kan man gi informasjon om hvordan barn tenker og har det når en forelder er syk, og veiled foreldrene i hvordan de kan støtte barna sine når de er hjemme (ibid.).

2.12.3 Nettverksgrupper

«*Gode nettverk gir omsorg, støtte og avlastning*» (Killèn, s. 152, 2013). Nettverksgrupper er svært hensiktsmessig når man skal etablere og styrke nettverk rundt familier. Gode nettverk bygger seg ikke selv, selv om det blir opprette nettverksgrupper.

Nettverket består ofte av personer som den psykiske syke selv ønsker å ha med; familiemedlemmer, naboer eller profesjonelle (Nordenhof, 2012). I forkant av nettverksmøtene kan man lage et visuelt nettverk sammen med familien, slik at man får et bredere bilde av nettverket. Kartleggingen kan gjøres ved at man tegner et nettverkskart, der man plasserer de personene barna kjenner godt. Barna kan få delta aktivt ved å få plassere og markere personene på nettverkskartet. Igangsetting av støtte fra nære personer kan skje ved å avholde nettverksmøter, der vil de inviterte få avklart rollene sine. Foreldrene er i en sårbar situasjon, så det er viktig å tilpasse språkbruk og vise respekt for foreldrene. Barn kan få delta i nettverksmøter, men det er sjelden at de ønsker å være med (ibid).

I dette kapittelet har hovedfokuset vært knyttet til teori som er relevant i forhold til min problemstilling, forskerspørsmål og funn. Teorien vil kunne gjenspeiles i drøftingskapittelet, der jeg knytter mine funn opp mot teori. Neste kapittel handler om metode og analyse, og beskriver hvordan jeg har gjennomført mitt forskningsarbeid.

3 Metode og analyse

Formålet med denne studien er å se hvordan barn av psykisk syke blir fulgt opp av profesjonelle fagfolk i akuttfasen, langtidsbehandlingsfasen og ettervernfasen. Jeg ønsker å forstå hvordan de arbeider for å ivareta barna til psykisk syke foreldre når de er under/etter behandling.

I dette kapittelet vil jeg redegjøre for fremgangsmåten, studiets design, hvilken metode jeg lagt til grunn for min oppgave. Det vil bli redegjort for forskningsprosessen fra rådata til resultat, vitenskapsteoretisk ramme og kvalitativ intervju som fremgangsmåte. Videre tar jeg for meg utvalg og rekruttering, samt datainnsamlingen og transkriberinger.

I analysedelen ønsker jeg å synliggjøre hvordan materialet ble analysert, noe som er essensielt i forhold til gyldighet (validitet) og troverdighet (reliabilitet).

3.1 Forskningsdesign

For å få svar på problemstillingen og forskerspørsmålene mine valgte jeg å bruke multiple case study- design, med intervju som metode.

Jeg ønsket å intervju fagfolk fra forskjellige nivåer innen feltet, og bestemte meg for tre forskjellige nivåer; kommunal helsetjeneste, akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset og distriktskykiatrisk senter (heretter kalt DPS). Den kommunale helsetjenesten jeg intervjuet er en såkalt modellkommune, som er med i et forskningsprosjekt, og denne kommunen satser sterkt på tidlig innsjon og en trygg og god oppvekst. Jeg valgte å intervju kun denne ene kommunen, da jeg synes det ville være interessant å se hvordan denne modellkommunen organiserte sitt arbeid, og hvordan deres arbeid påvirket deres syn på arbeid med barn av psykisk syke foreldre. Det ville vært veldig spennende å intervju andre kommunale helsetjenester for å sammenligne resultatene, men det var ikke å finne forskjellene mellom kommunene som var målet med dette studiet. Jeg er klar over at det å kun velge modellkommunen som kommuneinformant kan påvirke reliabiliteten til oppgaven, da modellkommunen har psykisk helse, samhandling og tidlig innsats og forebygging som fokus. På den andre siden har jeg vist til forskning for å belyse at svarene jeg har fått i denne modellkommunen ikke er gjengs i alle kommuner.

For å begrense oppgaven ytterligere valgte jeg å intervju en akuttpsykiatrisk avdeling og et DPS senter.

3.2 Design:

Case er intensive studier av en eller noen få enheter, f.eks. organisasjoner, beslutninger, forhandlinger, en diskurs, et hendelsesforløp, en handling, en prosedyre eller et utsagn. I praksis er case ikke bare empiriske undersøkelsesenheter eller teoretisk konstruksjoner, der er også resultater av forskning (Andersen, 2013).

Casestudier egner seg til å studere et fenomen innenfor den virkelige verden, der forskeren har liten eller ingen kontroll over betingelsene (Yin, 2009). Innenfor caseundersøkelser kan det brukes single eller multiple case studies. Jeg har intervjuet fire forskjellige instanser innenfor sammen case, så min undersøkelse er en multiple case studie.

I multiple case undersøkelser studerer man flere case opp mot hverandre, i et forsøk på å generere en videre forståelse av en bestemt sak (Crowe, Cresswell, Robertson, Huby, Avery & Sheikh, 2011).

Mitt casesdesign ble som følgende:

Kontekst: Fra 1.1.2010 ble det vedtatt en lovendring som sier at alt helsepersonell skal bidra til at barn av pårørende får adekvat informasjon, og nødvendig støtte og informasjon om foreldrenes sykdomstilstand. Spesialisthelsetjenesten er pålagt å oppnevne barneansvarlige, deres oppgaver er å fremme barnas interesser og sette arbeidet i system.

Prosjektbeskrivelse: Målet med prosjektet har vært å finne ut hvordan barn av psykisk syke blir ivaretatt av helsepersonell og kommunal helsetjeneste når forelder er under behandling og etter utskrivelse fra behandlingssted.

Mitt utvalg: fire instanser, til sammen 7 personer.

Datainnsamling: Intervju, og e-mail korrespondanse for oppklarende spørsmål.

Analyse: Deduktiv analyse, inspirert av J. Amos Hatch (2002) (se nedenfor). I analyseprosessen har jeg lyttet til lydspor fra intervjuer, laget skriftlige individuelle sammendrag av alle intervjuene, kodet intervjuene, funnet kategorier, laget kategoriskjemaer, sammenlignet funnene, kategorisert funnene, og tilslutt sammenfattet funn og teori.

3.3 Vitenskapsteoretisk ramme og valg av forskningsmetode

Jeg har valgt å bruke hermeneutikk som min vitenskapsteoretiske ramme. Grunnen til at jeg har valgt hermeneutikk er at jeg ønsker å fortolke datamaterialet informantene har gitt meg. Jeg ønsker å forstå hva som er meningen med handlinger de gjør og hva formålet med handlingen er.

Ordet hermeneutikk kommer fra det greske ordet hermeneus, som betyr tolk eller fortolke (Kleven, Hjordemaal & Tveit, 2011). Utgangspunktet er da å finne metoderegler for hvordan man skal fortolke tekstmaterialet. En tekstfortolkning foregår ved at man veksler mellom del og helhet. Når man veksler mellom del og helhet på denne måten, forstår man delene i en tekst ut fra helheten, men også helheten blir forståelig på bakgrunn av vår forforståelse av enkeltelementene i teksten. En vekselvirkning mellom del og helhet er viktig i den hermeneutiske læren om hvordan vi skal forstå en tekst, og denne vekslingen kalles gjerne den hermeneutiske sirkel eller den hermeneutiske spiral.

Innenfor hermeneutikken er den «hermeneutiske spiral» et viktig begrep. *«Mer konkret foregår en tekstfortolkning ved en vekselvirkning mellom del og helhet. Dette innebærer at vi forstår delene i en tekst ut fra teksten som helhet, men også helheten blir forståelig for oss på bakgrunn av vår forståelse for enkeltdelene»* (Kleven et. al, 2011, s. 191). Ved å bruke den hermeneutiske spiral kan forskeren bruke vekslingen mellom helhet og del, noe som jeg vil gjøre når jeg bruker Hatch (2002) sin induktive analysemetode. I begynnelsen ønsker jeg å ta for meg datamaterialet som en helhet, høre på materialet og hovedtrekkene i informasjonen. Deretter vil jeg ta for meg materialet på nytt, og bryte det opp i mindre deler (kategorier) og systematisk gå gjennom disse delene. Jeg må plukke ut de kategoriene jeg tenker er viktigst å belyse i analysedelen, disse kategoriene må også gi en mening sett som en helhet.

I boken «Innføring i pedagogisk forskningsmetode» skriver Kleven et. al (2011) om Gadamer og hans formening om forforståelse. Gadamer mener vi alltid vil gå inn i en forskningsprosess med hele vår forforståelse som grunnlag. Med dette mener han at forforståelsen alltid bygger på hvem du er, din personlighet og din sosiale, historiske og kulturelle bakgrunn. Din bakgrunn vil prege hvordan du fortolker tekster. Det ville vært umulig å forstå noe uten en forforståelse, den er nødvendig for at vi skal forstå omgivelsene og menneskene rundt oss (Kleven, Hjordemaal & Tveit, 2011).

Som forsker vil man fortolke data i lys av sin teoretiske kunnskap, erfaring og tankesett. Forskeren fortolker verden rundt seg med de forkunnskaper, erfaringer og opplevelser

forskeren har tatt med seg inn i forskningen. Alle tolkningene forskeren gjør, vil være subjektivt ladet av den personen han/hun er. Som sosiale aktører gjør vi hele tiden fortolkninger av meningsfulle fenomener. For å kunne samhandle med andre sosiale aktører, må vi gjøre dette (Gilje & Grimen, 1993).

Forskningsprosessen og designet er ikke lineært, men endrer og utvikler seg etter hvert som prosessen skrider frem. Jeg har gjennom veiledning tilegnet meg mer forskerkompetanse, som gir nye muligheter i prosessen.

3.4 Det kvalitative forskningsintervjuet.

For å belyse hvordan de ulike institusjonene i mitt materiale forholder seg til både hverandre og til barn av psykisk syke har jeg valgt å bruke kvalitativ metode og semistrukturert forskningsintervju i min oppgave. Gjennom å bruke et kvalitativt forskningsintervju ønsker jeg å forstå psykiatriens arbeid gjennom intervjupersonenes øyne, og gjennom å innhente og forstå deres erfaringer og kunnskaper om temaet. Kvale og Brinkmann (2010) skriver: *«Å få frem betydningen av folks erfaringer og å avdekke deres opplevelse av verden, forut for vitenskapelige forklaringer, er et mål»* (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 21).

Kvalitativ forskningstilnærming forutsetter direkte og personlig kontakt med informantene, og antall kasi som studeres er få, og kan ikke generaliseres på samme måte som kvantitative forskningsfunn (Vedeler 2009). Vedeler (2009) skriver videre at forskeren skal være preget av «empatisk nøytralitet», det vil si at forskeren skal være nøytral nok til å kunne reflektere over dataene han får. Dette kommer jeg tilbake til i validitet- og reliabilitetsbeskrivelsene nedenfor.

3.5 Intervju

Et intervju får frem erfaringer, tanker og følelser, og jeg får frem data om verden slik, i denne sammenheng, fagfolket ser den. Intervjuet mitt var semistrukturert, basert på temaer jeg hadde bestemt på forhånd. I intervjuet fulgte jeg intervjuguiden jeg hadde laget, og kom med oppfølgings spørsmål underveis.

I et semistrukturert intervju er det verken et åpent eller lukket spørreskjema. Jeg brukte en intervjuguide som hadde fastsatte temaer på forhånd, og som inneholdt forslag til spørsmål.

Intervju ble delvis transkribert, og sammen med lydopptakene utgjør dette datamaterialet som skal brukes i analysedelen. (Kvale & Brinkmann, 2010)

Jeg ønsket å møte menneskene det gjaldt, ha en samtale og få en direkte opplevelse av deres erfaringer og tanker. Slik kunne jeg skaffe meg et bilde av hvordan deres arbeid med barn som pårørende foregikk. Kvale og Brinkmann (2010) skriver at intervjuer vil ha en tosidighet; den personlige relasjonen, og den kunnskapen som produseres i samspillet. Som en forsker må man veksle mellom denne tosidigheten, og dette var jeg så heldig å få ta del i. Som intervjuer vil jeg dermed være en samtalepartner, men jeg vil også være en forsker som innhenter informasjon gjennom å stille spørsmål som informanten skal besvare.

«Intervjuet innebærer en asymmetrisk maktposisjon» (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 52).

Intervjuet vil ikke være en åpen samtale mellom likestilte personer. Intervjueren har en vitenskapelig kompetanse, der intervjueren setter agendaen for intervjuet. Intervjueren bestemmer temaet, stiller spørsmål og beslutter hvilke svar som følges opp, samt er den som avslutter samtalen.

Ved å bruke intervju som metode, får man en nærhet til informanten. Jeg kan stille spørsmålene som er utarbeidet i forkant, og jeg kan stille oppfølgingsspørsmål for å oppklare utyeligheter/misforståelser. Jeg vil få spesifikke beskrivelser av situasjoner og hendelsesforløp. Prosessen kan gi meg ny bevissthet og innsikt, noe som igjen kan gjøre at jeg endrer mine fortolkninger og forforståelse av temaet.

3.6 Utvalg og rekruttering.

Før selve datainnsamlingen kan begynne, må man i følge Ringdal (2011) foreta et utvalg av enheter som skal undersøkes. Det er to typer resonnementer som ligger bak utvelgelse av enheter eller case; statistisk utvalg eller strategisk utvalg. Hvis en skal velge ut få case er det en mulighet å velge to eller flere bedrifter innen samme bransje, slik at man får et sammenligningsgrunnlag, og det kan spilles på forskjeller mellom bedriftene som kan ha betydning (Ringdal, 2011).

Utvalg og rekrutteringsprosessen har i og for seg vært tydelig fra starten av. Jeg var bevisst på at jeg ønsket å belyse problemstillingen fra tre forskjellige nivåer. Nivå en er akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset, nivå to er distriktskykiatrisk senter (DPS) og nivå tre er kommunal

helsetjeneste. Alle informantene fikk samtykkeskjema for deltakelse i prosjektet, og signerte dette (vedlegg 1).

Det første jeg gjorde var å sende en generell mail til et lokalt sykehus kort redegjorde for hva jeg skulle forske på, og en forespørsel om noen kunne sette meg i kontakt med noen som kunne hjelpe meg med å komme i kontakt med informanter. Denne mailen ble ikke besvart fra sykehuset, så jeg måtte derfor gå andre veier for å komme i kontakt med informanter. Jeg har gjennom bekjente fått telefonnumre jeg kunne ringe, og har på dette viset kommet i kontakt med informanter som jeg bruker i oppgaven min.

Kriteriene for utvelgelse var at informantene skulle jobbe innen psykiatrien på nivå 1 (akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset) og 2 (DPS). På nivå 3 (kommunal helsetjeneste) ønsket jeg en informant som jobbet med oppfølging av barn på kommunalt nivå, med erfaring innen oppfølging av barn med psykisk syke foreldre, som har et tett samarbeid med kommunens helsetjeneste.

Et dilemma i min forskningsoppgave er at utvalget er lite, og derfor ikke representativt for alle landets kommuner, akuttpsykiatrien og distriktpsykiatriske avdelinger generelt. Likevel ønsket jeg å sette et fokus på sykehuset, DPS og kommunens barneperspektiv, for å få en liten pekepinn på hvordan de jobber i forhold til lovverket og samhandlingsreformen.

Omfanget i oppgaven begrenses av tiden som er til disposisjon. En oppgave i et større omfang ville kunnet vist til andre forskningsfunn, og vært mer representativ for landet generelt.

3.7 Datainnsamling:

En intervjuguide med åpne tema og spørsmål ble brukt for å gi informantene muligheten til å fortelle så riktig som mulig om sitt arbeid og erfaringer. Det er forsøkt å bruke en uformell intervjustil, og intervjuene har blitt tatt opp på diktafon.

Det er i kvalitative intervjuer svært viktig å ivareta informantene i intervjusituasjonen. Opplysninger som inneholder gjenkjennelige detaljer må anonymiseres, og sensitive opplysninger skal behandles varsomt. Å bli lovet anonymitet vil si at det ikke kan spores opp hvem informasjonen kommer fra (Hummelvoll, Andvig & Lyberg, 2010). Informantene skal behandles med respekt, gjensidighet, åpenhet og tillitt. Det er viktig at forskere følger forskningsetiske normer, som krav til redelighet, upartiskhet og åpenhet for egen feilbarlighet

NESH, 2006). Forskeren skal strebe etter sammenheng og klarhet i sin argumentasjon i arbeidet.

Jeg har vært ute etter å lytte og lære for å få innsikt. Informantens rolle var å gi innhold til mitt forskningsarbeid. Vi har derfor ulike roller, men jeg har hele tiden hatt som hensikt at informanten skulle føle likeverd av meningsfull bruk av tid.

Før jeg gikk i gang med intervjuene med informantene, hadde jeg et prøveintervju med en sykepleierstudent. Hun har hatt praksis på en akuttpsykiatrisk avdeling, og kunne svare på mange av spørsmålene mine. Jeg fant ut at noen av spørsmålene var gjentakende, ved at jeg stilte spørsmål jeg allerede hadde fått svar på tidligere i intervjuet. På grunnlag av dette endret jeg på noen spørsmål, og fikk en intervjuguide jeg ble fornøyd med.

Jeg hadde to forskjellige intervjuguider. En til spesialisthelsetjenesten, og en til kommunal helsetjeneste. Grunnen til dette er at den kommunale helsetjenesten og spesialisthelsetjenesten jobber forskjellig, samt at de har forskjellige måter å komme i kontakt med foreldrene på og måten de jobber på. Akuttpsykiatrisk og DPS blir oppsøkt av forelderen når forelderen trenger behandling, mens kommunens instanser er som regel de som tar kontakt med forelderen. Dette er svært individuelt, noen foreldre kontakter kommunal helsetjeneste selv for å få hjelp. Det var derfor nødvendig å stille forskjellige spørsmål, som allikevel dreide seg om det samme temaet.

Datainnsamlingen var en svært interessant og lærerik prosess. Jeg har møtt engasjerte og faglig sterke informanter, som har gitt meg svar på alt jeg lurte på og mye mer. Intervjuene ble avholdt på informantenes arbeidsplasser. Jeg tok opp alle intervjuene med lydopptager.

I etterkant av intervjuene så jeg at jeg trengte å stille noen av informantene oppfølgingsspørsmål. Jeg kontaktet da informantene via e-mail, slik at jeg kunne få svarene skriftlig tilbake. Disse mailene er blitt slettet, og informantenes mailadresser er også blitt slettet fra min kontaktliste. Oppfølgingsspørsmålene er lagt ved som vedlegg (vedlegg 2).

Intervjusituasjonen var relativt ny for meg, og jeg var spent på hvordan intervjuet ville forløpe. Jeg hadde svært liten erfaring med å intervju for å innhente informasjon, og jeg ser i etterkant at jeg også manglet erfaring med å stille gode oppfølgingsspørsmål. Intervjuguiden hadde nok for vage spørsmål, og jeg skulle ønske jeg hadde hatt flere spesifikke spørsmål om temaer jeg ønsket svar på.

I forhold til å kjenne på makten en forsker har, hadde jeg en delt opplevelse av maktposisjonen. På en side følte jeg på den asymmetriske maktposisjonen, ved at jeg styrte samtalen med mine spørsmål og hadde den såkalte makten. På den andre side følte jeg også at informantene hadde stor makt, siden de satt på den informasjonen jeg var på jakt etter.

3.8 Transkribering

Formålet med transkribering er å klargjøre materialet for analyse, i dette tilfellet transkribering fra tale til tekst. Non-verbale uttrykk kommer ikke til syne i en transkribert tekst, og eventuell dialekt eller navn ble endret for å sikre anonymitet.

Gjennom å transkribere teksten vil man lettere forstå innholdet i intervjuet og teksten, samt å få oversikt over materialet. Struktureringen av teksten er en begynnelse på analyseprosessen (Kvale & Brinkmann, 2010).

Jeg valgte å ikke transkribere intervjuene ordrett. Jeg gjorde dette valget i samhandling med min veileder. Jeg har skrevet ned alle intervjuene, og plukket ut informasjonen jeg synes var viktigst å ta med videre til analysearbeidet. Jeg har transkribert deler av datamaterialet, og det er det data som jeg muligens vil bruke som referanser.

Jeg valgte å høre gjennom alle de fire intervjuene flere ganger før jeg begynte å skrive notater, dette gjorde jeg for å få bedre kjennskap til og innsikt i datamaterialet.

3.9 Analyse

Å analysere betyr å organisere og etterspørre data, en systematisk søken etter mening. Dette tillater forskeren til å se mønstre, identifisere temaer, oppdage forbindelser, utvikle forklaringer og generere teorier (Hatch, 2002). Analysen starter når forskeren trer inn i forskningsfeltet, og varer helt til prosjektets slutt. Mine data har blitt gjort om fra muntlig til skriftlig form, og kan ses på som en tekst. Forståelsen i teksten skjer i en prosess der delene påvirkes av helheten.

«Mer konkret foregår en tekstfortolkning ved en vekselvirkning mellom del og helhet. Dette innebærer at vi forstår delene i en tekst ut fra teksten som helhet, men også helheten blir forståelig for oss på bakgrunn av vår forståelse for enkeltdelene» (Kleven, Hjordemaal & Tveit, 2011, s. 191).

Jeg har valgt å bruke Hatch (Hatch, 2002) sin induktive analyse, fordi man som tidligere nevnt, i induktiv analyse har en fortolkende tilnærming og ser på prosessen som en spiral, der man tar for seg både deler og helheten. I følge Hatch går induktiv tenkning fra det konkrete til det generelle. Man starter som regel med spesifikke elementer og finner sammenhenger mellom dem. I analysen begynner man med små biter av evidensbasert materiale, og drar dem sammen til en meningsfull helhet. Induktiv analyse starter med å undersøke spesielle ting i datamaterialet, for så å gå over til å se etter et mønster på tvers av individuelle observasjoner, og går så over til å argumentere for at disse mønstrene har status som generelle forklarende påstander (Hatch, 2002).

Hatch har utviklet en analysemodell, som han kaller «Steps in Inductive Analysis» (Hatch, 2002). Den består av 9 steg man skal gjennom i løpet av analyseprosessen.

1. Lese data og identifisere analyseteori.
2. Utforming av områder basert på semantiske forbindelser som har kommet til syne innen analyseteorien.
3. Identifisering av områder/domener som skiller seg ut, tildele dem en kode og sette andre til side.
4. Lese data på nytt, rensing av domener som utmerker seg. Få en oversikt over hvor sammenhenger er funnet i datamaterialet.
5. Avgjør om domenet blir støttet av data og søken i data etter eksempler som ikke passer med/går imot forbindelser i domenenene.
6. Å komplettere en analyse innenfor et domene: Her handler det om å studere dataene som har blitt til domener på måter som tillater funn av nye sammenhenger, nye forbindelser, nye domener.
7. Leting etter tema på tvers av domenenene: Her ser man etter forbindelser mellom domenenene, man leter etter tema.
8. Skape et hovedriss som uttrykker forbindelser innenfor og mellom domenenene: Her skal man skape en helhetlig representasjon om hvordan den samlede analysen passer sammen.
9. Velge utdrag av data for å støtte elementer i skissen din: Som en avsluttende sjekk av analysen så langt, og videre forberedelser i arbeidet med å skrive, må data igjen leses gjennom.

(Hatch, 2002).

3.10 Koding av data

Etter at intervjuene var gjennomført hørte jeg gjennom intervjuene for å bli kjent med innholdet. Jeg hørte på intervjuene i umiddelbar etterkant av intervjuene, men også flere ganger i senere tid. Jeg ønsket å bli godt kjent med datamaterialet, og brukte derfor god tid på å høre etter hva informantene hadde å fortelle meg. I og med at jeg valgte å ikke transkribere intervjuene ord for ord, brukte jeg god tid på å skrive ned de elementene fra datamaterialet som jeg synes var mest relevante i forhold til problemstillingen.

Jeg startet med å analysere intervjudataene ved å identifisere kategoriene ut ifra intervjuguiden min.

På bakgrunn av dette kom jeg frem til 5 kategorier:

- Kartlegging om pasienten har barn (barn som pårørende).
- Samarbeidsrutiner med andre instanser.
- Samarbeid med skole/ barnehage og helsesøster.
- Familiesamtaler eller individuelle samtaler (forebyggende arbeid).
- Helsebringende tiltak (forebyggende arbeid).

Ved ny gjennomlesing av datamateriale, ble materialet kodet med forskjellige farger ut ifra de 5 kategoriene. Jeg merket kategorisvarene med forskjellige farger for å få en oversikt over materialet i de forskjellige kategoriene. Ved neste gjennomlesing av datamaterialet, utarbeidet jeg et felles skjema for funnene. Jeg brukte et liggende dokument med rutenett, der kategoriene ble stilt nedover, og instansene ble stilt vannrett. På denne måten kunne jeg lage et sammendrag av de forskjellige funnene fra hver enkelt informant. I skjemaet brukte jeg også fargekoding, da kodet jeg de forskjellige instansene med forskjellige farger, mens kategoriene hadde samme farge.

Jeg søkte deretter i de forskjellige skjemaene for å finne et mønster, og jeg fant et sammenfallende mønster mellom informantene. Disse mønstrene ble lett synlige i datamaterialet når jeg hadde fordelt materialet inn i skjemaer og kategorier.

Datamaterialet ble lest gjennom på nytt før jeg lagde koder for funnene, slik at det skulle bli lettere å finne dem i materialet/skjemaene. Deretter søkte jeg etter rivaler i funnene, altså materiale som ikke støttet kategoriene i datamaterialet.

Tilslutt så jeg etter sammenhenger mellom de forskjellige kategoriene, og det viste seg å være en stor sammenheng mellom informantenes barneperspektiv. Jeg plukket så ut funn som kunne hjelpe meg med å besvare problemstillingen min.

Ved å lage et kategorisystem, systematiserte og fortolket jeg datamaterialet slik Hatch (2002) anbefaler. Jeg dannet meg et overblikk ved å lytte til og skrive ned datamaterialet. Jeg leste dataene på nytt med et åpent sinn for å lage og registrere tolkningene i konteksten i materialet. Fargekodene hjalp meg til å få en oversikt i datamaterialet, og skjemaene hjalp meg å finne fremtredende informasjon på en oversiktlig og ryddig måte. Jeg tok deretter en oversiktstolkning ved å lage små huskelapper. Ved å fargekode tolkningene fant jeg lettere frem til tolkningene i datamaterialet.

Oppsummeringen ble å bringe delene inn til en forståelig og meningsfull helhet, der kategoriene representerte mine tolkninger og huskelappene ble gjort om til en helhetlig tekst som andre kan forstå.

3.11 Forskningsetiske vurderinger:

Som forsker er det viktig å stille seg selv noen etiske spørsmål i forkant av studien. Hvordan ivareta konfidensialitet, hvem skal ha tilgang til intervjuene, hvilke konsekvenser kan studien ha for informantene, hvordan vil forskerens rolle påvirke studien? Man avgjør ikke disse spørsmålene en gang for alle, disse kommer til å følge forskeren underveis i hele prosessen. «Forskeren må hele tiden forholde seg til og reflektere over de etiske vurderingene» (Kvale & Brinkmann, 2010, s. 87). I følge Kvale og Brinkmann er kvalitativ forskning fylt med moralske og etiske spørsmål. I et intervju er det et menneskelig samspill som kan påvirke intervjupersonen, samt den kunnskapen som blir dannet i et intervju. Den etiske problemstillingen bør prege hele intervjuforløpet, og man må ta hensyn til de etiske problemene fra begynnelse til slutt.

Prosjektet ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS 14.11.2013 (Vedlegg 1). Etiske vurderinger har blitt gjort i tråd med Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi (Forskningsetiske komiteer, mars 2006).

«Informert samtykke er basis for deltagelse i forskning» (Hummelvoll, Andvig & Lyberg, 2010, s. 27). Det betyr at informanten har rett til sannferdig informasjon, samt at informanten har rett til å trekke seg fra prosjektet når som helst i løpet av prosessen. Informantene hadde på forhånd fått god informasjon om prosjektets formål gjennom «Forespørsel om deltagelse i forskningsprosjektet». Der ble det også informert om at informantene var sikret full anonymitet, samt at de hadde muligheten til å trekke seg fra studiet når som helst (Vedlegg 2).

I forkant av intervjuene var det viktig å få prosjektet godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD), da prosjektet var rettet mot psykisk helse og pårørendearbeid. Jeg sendte inn et meldeskjema til NSD, hvor jeg la ved prosjektbeskrivelse og samtykkeskjema for deltagelse. Prosjektet ble godkjent og jeg kunne ta kontakt med informanter.

Jeg har valgt å ta utgangspunkt i noen av de forskningsetiske retningslinjene fra Den nasjonale forskningsetiske komite for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH, 2006) for å ta gode valg under forskningsprosessen.

Begrepet forskningsetikk viser til et mangfold av verdier, normer og institusjonelle ordninger som bidrar til å innordne og forme vitenskapelig virksomhet (NESH, 2006).

Krav om å informere de som skal intervjues: De som deltar i forskningen, skal få all informasjon som er nødvendig for å danne seg en rimelig forståelse av forskningsfeltet, av følgene av å delta i forskningsprosjektet og av hensikten med forskningen (NESH, 2006). I begynnelsen av prosjektet sendte jeg ut informasjonsskriv til informantene (vedlegg 2), der jeg forklarte målet med forskningen, hvilke datainnsamlingsmetode jeg ville bruke, prosjektets varighet og hvor lenge dataene ville bli lagret. Det ble også lovet full anonymitet.

Krav om informert og fritt samtykke: I forskning som inkluderer personer, settes disse i gang bare etter deltakernes informerte og frie samtykke. Informantene har til enhver tid rett til å avbryte sin deltagelse, uten at dette får negative konsekvenser for dem (NESH, 2006). Informantene fikk et samtykkeskjema (Vedlegg 2) der all informasjon om forskningen stod, samt at de hadde mulighet til å trekke seg fra prosjektet når som helst. Informantene underskrev på dette skjemaet.

Konsesjon og meldeplikt: Alle forsknings- og studentprosjekt som innebærer behandling av personopplysninger skal meldes (NESH 2006). Her menes det opplysninger som direkte eller indirekte kan knyttes til enkeltpersoner. Mitt prosjekt ble meldt til Norsk

Samfunnsvitenskapelige Datatjeneste AS for godkjenning i god tid før jeg opprettet kontakt med mine informanter. (Vedlegg 1.)

I mine skriftlige notater fra intervjuene har jeg hatt stort fokus på å anonymisere informantene, og disse notatene makuleres ved prosjektets slutt.

3.12 Validitet og reliabilitet:

Validitet er knyttet til hvorvidt en metode er egnet til å undersøke det den skal undersøke, og det er viktig at forskeren gjennom hele forskningsprosessen er bevisst på validiteten (Kvale & Brinkmann, 2010). Kvale og Brinkmann (2010) skriver om validering i syv faser; Tematisering, planlegging, intervjuing, transkribering, analysering, validering og rapportering. Disse syv punktene vil gi en pekepinn på prosjektets gyldighet. I forhold til tematisering avhenger gyldigheten av hvor solide de teoretiske forutakelser er, og hvor logisk utledningen fra teori til forskningsspørsmål er. Jeg mener at mine forskerspørsmål er utformet på grunnlag av teori og forskning som jeg synes er relevant for mitt tema.

Validitet innebærer vurderinger om forskningens pålitelighet. Ifølge Østerud (1998) sier indre validitet sier noe om hvor korrekt forskningsfunnene er i forhold til hva de skal undersøke, og den ytre validiteten sier i hvilke grad de kan generaliseres til andre omgivelser. Den indre validiteten må være transparent, forskeren må forklare alle delene av forskningsprosessen, slik at andre forskere kan gjennomføre den samme forskningen. Den ytre validitet kan bli mindre god, da funnene er vanskelig å generalisere (Østerud, 1998).

For at den indre validiteten skal være god, må man kunne stole på tolkningen som fremsettes som relasjoner mellom variabler. Indre validitet handler hvordan X påvirker Y, god indre validitet innebærer at denne konklusjonen er gyldig (Kleven, Hjordemaal & Tveit, 2011). Indre validitet er knyttet til tolkning mellom variabler, slik de er operasjonalisert i undersøkelsen. Om operasjonaliseringen er godt gjennomført, er et spørsmål om begrepsvaliditet. Indre validitet er et lokalt fenomen, knyttet til den situasjonen undersøkelsen ble foretatt innenfor (ibid).

I intervjusituasjonen har validitet med intervjupersonens troverdighet å gjøre, dette gjelder også intervjuets kvalitet. Jeg utarbeidet en intervjuguide med hovedspørsmål og noen underpunkter som jeg brukte for å belyse temaene på en best mulig måte. Under intervjuene fulgte jeg intervjuguiden, og stilte oppfølgingsspørsmål for å sikre at jeg hadde forstått det

som ble sagt. I etterkant har jeg sett at jeg ikke hadde spurt om tre av informantene noen viktige spørsmål, og har gjennom mail fått svar på disse spørsmålene. Jeg mener at gyldigheten på dataene ble styrket ved at jeg fikk fyldigere informasjon til dataanalysen.

Forskeren må i analysedelen spørre seg om spørsmålene er gyldige, og om fortolkningene er logiske. Valideringen trenger en reflektert vurdering av hvilke valideringsformer som er relevante for studien, gjennomføringen av valideringsprosedyren og en avgjørelse av hva som er egnet forum for en dialog om resultatenes funn.

Jeg har styrket validiteten ved å høre gjennom intervjuene flere ganger før jeg begynte å skrive sammendrag av intervjuene. Jeg plukket ut informasjonen som var nødvendig og relevant for oppgaven, og utelot informasjon som ikke var nødvendig å ha med. Jeg har også hørt intervjuene flere ganger underveis i prosessen, både for å sikre meg at jeg informasjonen jeg bruker er korrekt, men også for å friske opp inntrykkene og informasjonen jeg fikk i intervjusituasjonene. Jeg har transkribert direkte deler som jeg tenkte at jeg muligens ville bruke som sitater i oppgaven.

Dersom resultatene som er funnet i undersøkelsen kan gjøres gjeldende for personer og situasjoner som er relevante utfra undersøkelsens problemstilling, sier vi at undersøkelsen har god ytre validitet. Funnene jeg har gjort gjennom min multiple casestudie viser at det er et gjennomgående barneperspektiv i alle 3 nivåer, der alle er opptatt av barnets beste og en god informasjonsflyt mellom instansen, foreldrene og barna. Om disse funnene i stor grad er sammenfallende med andre store undersøkelser med fokus på samme tema, er det vanskelig å si noe om. Temaet er lite forsket på, siden det er kort tid siden de nye lovene ble innført i 2010. Allikevel kan jeg vise til to forskjellige rapporter, som gir en liten pekepinn på hvordan barneperspektivet er ved andre sykehus. Disse er presentert i teorikapittelet.

Reliabilitet sier noe om i hvilken grad funnene kan bli reproduisert eller gjentatt av en annen forsker (Østerud, 1998). Forskeren skal da kunne gjøre de samme undersøkelsene og få de samme resultatene og konklusjonene (Yin 2009).

Jeg har prøvd å beskrive hvordan jeg har gjennomført undersøkelsen, slik at reliabiliteten blir sikret. Som forsker påvirker jeg gyldigheten og påliteligheten på bakgrunn av mine forutantakelser til undersøkelsen. Jeg har valgt å bruke et kvalitativt design, med et hermeneutisk vitenskapsteoretisk utgangspunkt, der målet ikke har vært å generalisere funnene mine, men heller prøvd å beskrive og forstå funnene i undersøkelsen.

Min forforståelse kan være med å påvirke resultatene som kommer fram i dataene. En fordel i forhold til min forforståelse og mine forutantakelser er at psykisk helse ikke er et felt jeg jobber innen daglig, jeg kan derfor gå inn i undersøkelsen med et åpent sinn og færre forutantakelser. Forforståelsen jeg har bygger på undersøkelser, forskning og teori jeg har lest om på forhånd.

I dette kapitlet har jeg redegjort for fremgangsmåten i forskningen, studiets design og hvilke metode jeg har brukt i min oppgave. Deretter har jeg redegjort for hvordan jeg har samlet inn datamateriale og hvilke analyseverktøyet jeg har brukt. I neste kapittel vil jeg presentere funnene jeg har gjort i analysearbeidet, og drøfte funnene opp mot teori.

4 Funnanalyse

I dette kapittelet vil jeg presentere datamaterialet jeg fikk gjennom intervjuer med mine informanter. For å få en oversiktlig presentasjon har jeg valgt å gi en kort presentasjon av mine informanter og deres arbeidssted. Dette kan være oppklarende for leseren, da mine informanter jobber ved forskjellige instanser.

Videre ønsker jeg å presentere datamaterialet under 5 kategorier. Spørsmålene i kategoriene gjenspeiler seg i spørsmålene i intervjuguiden, med små endringer i formuleringene. Under hver kategori blir informantens svar presentert.

Jeg har valgt å begynne med akuttpsykiatriens svar først, da de som regel er første ledd i innleggelsesrekkefølgen. Deretter følger DPS døgnenhet, DPS polikliniske tjeneste og tilslutt kommunal helsetjeneste.

4.1 Presentasjon av informanter:

Akuttpsykiatrisk avdeling: Avdelingen gir akuttpsykiatrisk tilbud til voksne med behov for øyeblikkelig hjelp. Innleggelsestiden varierer avhengig av pasientens tilstand og behov for behandling, gjennomsnittlig liggetid er 9 dager. Avdelingen tar i mot mennesker i akutte kriser med for eksempel: depresjoner, angst, psykoser, personlighetsforstyrrelser, bipolare lidelser, rusavhengighet, PTSD (posttraumatisk stresslidelse). Personalet er tverrfaglig og består av; psykiater, psykolog, lege, sosionom, ergoterapeut, fysioterapeut, sykepleiere (med og uten videreutdanning), miljøterapeuter, hjelpepleiere.

Målsettinger for behandlings- og tjenestetilbudet er å hjelpe pasientene ut av den akutte krisen, slik at de kan utskrives til hjemmet eller overflyttes til andre behandlingssteder for videre behandling. Akuttavdelingen samarbeider med forskjellige instanser i kommunen, for eksempel psykiatritjenesten, hjemmesykepleie, rusteam, barnevern, fastlege, NAV og distriktpsykiatriske sentre (DPS).

DPS døgnenheter: Døgnenheten består av fire seksjoner. Seksjon 1 har 14 senger hvorav 2 senger er brukerstyrte. Seksjon 2 er en krise-/observasjonspost med 7 senger. Seksjon 3 har 10 sengeplasser hvorav 1 seng er brukerstyrt. Seksjon 4 har 10 sengeplasser hvorav 1 seng er brukerstyrt. (Brukerstyrt er når pasienten har åpen retur til DPS, pasienten kan da ringe og fortelle at han/hun har behov for rask behandling).

Bemanningen på døgnseksjonene er tverrfaglig sammensatt med blant annet psykolog, sykepleier og vernepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid, førskolelærer, barnevernspedagog, miljøterapeut, miljøarbeider, ergoterapeut, psykiater/lege og sosionom.

Behandlingstilbudet er tverrfaglig der miljøterapi er et grunnleggende element. De legger vekt på å skape omgivelser hvor samværet mellom pasientene og personalet og pasientene selv, slik at det kan gi utvikling og vekst. Ulike gruppeaktiviteter er en viktig del av tilbudet, samt individuell oppfølging i form av støttesamtaler, samtaleterapi og medikamentell behandling. Det prioriteres aktiv deltakelse fra pasientens familie og sosiale nettverk.

Ved innleggelse kreves det skriftlig henvisning fra fastlege eller innad i spesialisthelsetjenesten.

DPS Polikliniske tjenester: For de fleste pasienter som kommer i kontakt med DPS, vil det være aktuelt å få tilbud om vurdering/behandling i poliklinikk (uten innleggelse). Tilbudet omfatter også kriseplasser hvor hjemmeboende med alvorlige psykiske lidelser selv kan be om innleggelse for noen dager.

Pasientene kommer 1 gang i uken, og de kommer på dagtid. Noen pasienter har ukentlige samtaler opp til 3 år, mens andre er inne til behandling i noen måneder.

Poliklinikken jobber tverrfaglig og teamene består av lege, psykolog, klinisk sosionom og sykepleier med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Hver enkelt utredning og behandling diskuteres i tett samarbeid med medarbeiderne, og all medisinerer skjer via lege. Den vanligste behandlingsformen er individuelle samtaler hos behandler (samtalebehandling, psykoterapi), ofte kombinert med medikamentell behandling. Man forsøker å trekke inn familie, venner, kolleger og annet nettverk. De samarbeider med fastleger og andre deler av det psykiske helsevern tilbudet i kommunene.

Den kommunale helsetjenesten: Kommunen jeg har intervjuet er med i et prosjekt kalt «Modellkommuneforsøket 2007-2014». Målet med dette forsøket er å utvikle og finne frem til gode modeller for tidlig intervensjon og forebyggende tiltak. De ønsker en helhetlig og systematisk, langsiktig oppfølging av barn av psykisk syke (St.meld. nr. 30 (2011-2012)).

Kommunen har et stort fokus på å forebygge, og de ønsker å komme tidlig inn i saker før problemene blir for store. De jobber for et tett samarbeid mellom alle instanser, og at arbeidet blir gjort etter samtykke fra foreldrene.

4.2 Presentasjon av utvalg:

Informantene jeg har intervjuet representerer forskjellige yrker:

- 1 Førskolelærer med videreutdanning innen spesialpedagogikk, kommunal helsetjeneste.
- 1 Psykolog, DPS polikliniske tjenester.
- 1 Sosionom, Akuttpsykiatrisk avdeling på sykehuset.
- 2 Barnevernspedagoger, DPS døgn
- 1 Førskolelærer, DPS døgn
- 1 Sykepleier, DPS døgn

4.3 Presentasjon av forskerspørsmål:

I min analyse av datamateriale fant jeg følgende temaer og forskerspørsmål interessante for drøfting i forhold til å kunne besvare min problemstilling:

1. Hva slags rutiner har dere i forhold til å kartlegge om pasienten har barn?
2. Hva slags samarbeid har dere med andre instanser?
3. Har dere et tett samarbeid med barnehage, skole, helsesøster eller barnevern?
4. Har dere familiesamtaler eller individuelle samtaler med barna?
5. Hva slags helsebringende tiltak har dere for barn som pårørende?

Jeg vil i det følgende kort gå igjennom funnene for hvert av disse forskerspørsmålene.

4.4 Presentasjon av data:

Presentasjonene av dataene henviser til svarene informantene ga under intervjuene, fordelt på de 5 kategoriene jeg gjorde i funnanalysen. Etter presentasjonene av de forskjellige informantenes svar, har jeg laget et kort sammendrag av svarene og knyttet det opp mot teori. Jeg har forsøkt å sette meg inn i detaljer og forstå informasjonen som har blitt sagt, samt videreformidlet informasjonen på en så korrekt måte som mulig. Jeg har ikke presentert funnene ordrett, men formidler informasjonen med egne ord.

1. Hva slags rutiner har dere i forhold til å kartlegge om pasienten har barn?

Akuttpsykiatrisk avdeling:

Alle postene på akuttpsykiatrisk avdeling har barneansvarlige, slik man er pålagt etter lov (spesialisthelsetjenesteloven § 3-7 a). Det er 2-3 barneansvarlige pr. post, samt barneansvarlige i mottaksposten. Først og fremst er det sosionomene som er barneansvarlige, men sykepleiere og miljøpersonale kan også være barneansvarlige. De barneansvarlige ivaretar oppgaven knyttet til barn som pårørende, men det er overlege eller behandler som har det formelle hovedansvaret. I praksis er det de barneansvarlige som gjør mye av den praktiske jobben.

Vakthavende lege avklarer alltid ved innkomst om pasienten har mindreårige barn, samt at det gjerne står opplyst i innleggelsesskriv fra innleggende instans. I samtale med vakthavende lege kartlegges det også hvor barnet er og hvem som ivaretar barnet.

Informanten forteller at det er individuelt hvordan man lokaliserer barna, noen ganger har pasienten med en pårørende som kan bekrefte hvor barna er. I en del situasjoner kontakter man den som har ansvaret for barnet, med samtykke fra pasienten. Dette for å få oversikt om det er spørsmål knyttet til innleggelse, spesielle omstendigheter mm. Man tilstreber alltid å få samtykke fra pasienten, for å få frem barnefokuset hos pasienten.

«Når du er her som pasient, har dette en påvirkning på ditt barn» (Informant akuttpsykiatrisk avdeling). Informanten poengterer hvor viktig det er å forklare at barnet kan være bekymret. Barnet har kanskje vært til stede eller kjenner situasjonen over lengre tid og vet at situasjonen er vanskelig.

Hvis pasienten ikke ønsker å ha pårørendekontakt, prøver helsepersonellet å bevisstgjøre pasienten at det er viktig at barna får vite litt om situasjonen og hjelpen pasienten får. Selv om forelderen ikke ønsker å snakke med barnet sitt, er det allikevel viktig å snakke med barnet om situasjonen. Barneansvarlig eller behandler må noen ganger ha flere samtaler med pasienten for å bevisstgjøre han/henne om hvorfor det er viktig å informere barna.

Mange pasienter er samtykkekompetente og er frivillig innlagt. Det er da lettere å få til en samtale, og pasienten forstår hvorfor det er viktig å informere barna om situasjonen og forelderens psykiske tilstand.

På psykosepostene er det andre utfordringer, da pasientene er veldig syke og psykotiske. Det kan være at de ikke er samtykkekomperente i innleggelsesfasen. Når man er så syk gjør det noe med pasientens syn på barna sine, og man ser kanskje ikke sitt eget og barnets beste der og da. Da må barneansvarlig gjøre noen vurderinger sammen med overlege/behandlingsteamet om hva man skal gjøre i forhold til familiesituasjonen. De må vurdere om barna er godt nok ivaretatt, om det er grunnlag for å sende bekymringsmelding til barnevernet mm. Så er det opp til barnevernet å gjøre vurderinger om her og nå situasjonen til familien, og vurdere eventuelle tiltak.

DPS døgnet:

Informanten forteller at ved innleggelse av nye pasienter følger helsepersonellet et kartleggingsskjema. Der kartlegger de hva barnet heter, fødselsdato, hvem som ivaretar barnet, om det er andre instanser involvert i saken, og om de kan ta kontakt med andre instanser. I alle tilfeller skal barna kartlegges, helsepersonellet er pålagt ved lov (helsepersonelloven § 10a) å få oversikt over barnets omsorgssituasjon.

Akutteamet ved DPS døgnet kartlegger barn som pårørende ved innleggelse, enten er det en psykiatrer eller psykolog som har innkomstsamtale. Det skal alltid være kartlagt om pasienten har barn, om barna er i varetatt og hvor de er. Akutteamet har kartlagt dette før pasienten blir sendt opp på en av seksjonene. Ut ifra informasjonen akutteamet får, drøfter de om de må gjøre noen tiltak fort, eller om de har litt tid på seg. Personalet på seksjonene fortsetter kartleggingen og dokumenterer så informasjonen i pasientens journal.

I innkomstsamtalen på man ha en gjensidig tillitt til pasienten, og foreldrene opplyser som regel hvor barna er. Hvis man ut ifra opplysningene ser et behov for videre kartlegging, ber de forelderen om samtykke til å samtale med den andre forelderen eller barna.

Ved planlagte innleggelser har forelderen hatt tid i forkant til å finne noen som kan ta seg av barna. Da er pasienten søkt inn til behandling og DPS får som regel en epikrise sammen med søknaden. Der kan man finne pasientens informasjon, om det har barn, hvor barna eventuelt er og om andre instanser er involvert.

Informantene poengterer at det er ikke lenge siden de nye lovendringene kom, og alle trenger tid på å bli kjørt inn i de nye rutinene, og på å bli enda dyktigere til å kartlegge. De opplever uansett at personalet prøver så godt de kan på å oppfylle kravene.

DPS poliklinisk tjeneste:

Helsepersonellet må alltid spørre om pasienten har barn når de registrerer pårørende. Min informant er usikker på om det blir fulgt til punkt og prikke generelt, men det foreligger en rutine på at det skal gjøres.

Behandler følger opp barnet og kartlegger barnas situasjon tidlig i utredningsforløpet. De stiller forelderen spørsmål om barna, og behandlerne har en standardprosedyre de går igjennom. De tilbyr informasjon og gir pasienten en mulighet til å ta med barna til behandler for å fortelle om forelderens psykiske lidelse. Der spør man om det er noe som bekymrer barnet, hvem som ivaretar barnet om forelderen er innlagt og hvem som er i nærmeste familie rundt barna/viktige personer for barna..

Så lenge pasienten ikke sier noe bekymringsfullt rundt barna, tar ikke helsepersonellet kontakt med barna. Rutinen er å tilby å snakke med barna, og sjekke ut med pasienten hvordan det går på skole/barnehage. Behandler må være oppmerksom på hvordan pasientene snakker om barna sine. «*Klarer de å sette seg inn i barnas behov, er de opptatt av hvordan barna har det?*» (Informant, DPS poliklinikk).

Hvis barnevernet blir koblet inn, er det fordi den andre pårørende ikke er godt nok egnet til å ta vare på barna.

Ved DPS poli. har behandlerne pasientgruppene over lengre tid, og har mulighet til å bli godt kjent med pasientens foreldrefunksjon. Behandlerne har mer fokus på barneperspektivet nå enn før, og det har vært en gradvis endring i tankesettet til folk om hvor opptatt man er av dette perspektivet. Informanten tenker at det kunne godt mulig vært et større fokus på barneperspektivet, og tror det kommer til å bli mer fokus. Det skjer en gradvis endring etter hvert som helsepersonellet får implementert lovverket.

Kommunal helsetjeneste:

Informanten forteller at det er sjelden at familier tar kontakt med helsetjenesten på egenhånd. Som regel kan fagpersoner oppfatte vansker i familien i sammenheng med at barna endrer atferd i hverdagen, enten på skolen eller i barnehagen. Det er som regel andre instanser som tar kontakt med helsetjenesten, med forelderens samtykke.

Mye av kontakten med foreldrene går gjennom kommunens ressursteam. Dette er et lavterskeltilbud, der instanser eller foreldre kan henvende seg. På ressursenteret vil personalet alltid spørre foreldrene om de har barn, og om barna går på skole eller i barnehage.

I barnehagene har man tett, daglig kontakt med foreldrene. Pedagogene prøver å undre seg sammen med foreldrene på et tidlig tidspunkt hvis man har en bekymring. Det kan være vanskelig å oppdage barna, selv om man har en tidlig undringssamtale med foreldrene. Det er opp til foreldrene om hvor mye de ønsker å fortelle om egen situasjon. Noen foreldre ønsker ikke å dele noe om sin situasjon, eller gi samtykke til å samarbeide med andre instanser.

Sammendrag for kartleggingsrutiner:

«I akutte situasjoner er det særlig viktig å få oversikt over barnets aktuelle omsorgssituasjon. De ulike akuttjenestene i kommunehelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten vil måtte sikre barn i situasjoner hvor foreldre innlegges eller på annen måte tas hånd om på grunn av sin tilstand; eksempelvis ved akutt psykose, akutt somatisk sykdom, bilulykke eller annen skade, selvmordsforsøk o.a. I slike tilfeller må helsepersonellet forsikre seg om at barn har tilsyn av en voksen. Helsepersonellet skal også i akuttsituasjoner, dersom det er mulig, i samråd med pasienten, avklare om andre tar hånd om barnet, og om barnets aktuelle omsorgssituasjon er tilfredsstillende. Ved akuttinnleggelser og/eller andre korte behandlingsforløp, må man raskt etablere samarbeid med andre tjenester, slik at barns behov blir kartlagt, og sikre kontinuitet i oppfølgingen» (Helsedirektoratet, 2010, s.6).

Alle informantene innen spesialisthelsetjenesten er opptatt av å følge det nye lovverket, og å kartlegge barna i det første møtet med pasienten. I DPS polikliniske tjenester er det ingen akutt situasjon hvor behandler må lokalisere barnet i møtet med forelderen, da forelderen er inne til samtale på dagtid mens barna er på skolen. Hos DPS døgnenhet- langtidsbehandling er

innleggelsene ofte planlagt god tid i forveien, slik at forelderen har tid til å finne noen som kan ivareta barnet hvis den andre forelderen ikke kan. Behandler eller barneansvarlig kartlegger allikevel om pasienten har barn, og om de er ivaretatt.

På akuttavdelingene, både på sykehuset og hos DPS, blir barna kartlagt i det første møtet med forelderen. Mange pasienter er samtykkekompetente, og kan gjøre rede for hvor barna er, mens i noen tilfeller er pasientene psykotiske og ute av stand til å gi denne informasjonen. Den ansvarlige for inntakssamtalen må da gjøre en vurdering ut ifra pasientens tilstand, samt hva som står i innleggelsesskriv fra innleggende instans i forhold hvordan/ om barna er ivaretatt.

Den kommunale helsetjenesten omfattes ikke av det nye lovverket, slik at de ikke har noe krav om å ha barneansvarlige eller formidle informasjon på samme måte som spesialisthelsetjenesten. Allikevel kartlegger kommunens ressurscenter i samtale med foreldrene om barnet går i skole eller barnehage, samt om de kan kontakte skolen eller barnehagen ved behov for informasjonsdeling.

2. Hva slags samarbeid har dere med andre instanser?

Akuttpsykiatrisk avdeling:

Informanten opplever å ha et godt samarbeid med andre instanser, informanten møter mye velvilje og imøtekommelse fra andre instanser. Behandlere, leger og psykologer står for samarbeidet med fastleger. Informanten kan informere om at fastlegene sjelden kommer på møter, informanten antar at dette kan skyldes at de ikke har kapasitet til å møte opp. Ved etablerte ansvarsgrupper klarer man som regel likevel å samle deler av gruppen til samarbeidsmøter. Akuttavdelingen er ikke en del av ansvarsgruppene siden de ikke følger opp pasientene over tid, men de kan være med å etablere ansvarsgrupper.

Etter det ble innført pleie- og omsorgsmeldinger (heretter kalt PLO-meldinger) har spesialisthelsetjenesten fått mer fleksibilitet i kontakten med pleie- og omsorgstjenesten i kommunene. Psykisk helsetjeneste er underlagt pleie- og omsorgstjenestens elektroniske samhandling, og man sender da helseopplysninger om pasienten til kommunen og de svarer tilbake. Elektronisk dialog er bra å ha for da slipper man å være avhengig av å nå noen på telefon, dessuten blir all kommunikasjon skriftliggjort begge veier. I PLO-meldingene kan

man spørre om nye saker som trenger oppfølging, invitere til samarbeidsmøter, presentere pasienter, og forhøre seg om hva det kommunale apparatet har å tilby pasienten.

Akuttpsykiatrisk avdeling knyttes opp mot psykiatrisk sykepleier i kommunen, samt andre tjenester fra hjemmetjenesten.

Sosionomer og sykepleiere henviser pasientene til det kommunale apparatet, slik som hjemmetjeneste, psykisk helsetjeneste, NAV (Arbeids- og velferdsforvaltningen), sosialtjenesten, rustjenesten, barnevernet mm. De fleste kommunene har et psykisk helse-tilbud til barn og ungdom.

Leger og psykologer har ansvaret for henvisninger til DPS, både til døgnenheten og polikliniske tjenester. De kan også henviser til pasienters barn til BUP (Barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) hvis de ser at pasientens barn utvikler psykiske lidelser, som angst eller atferdsproblematikk. Det henvises også til sped- og småbarnsteamet, opp til barna er 5 år. Der kan man få hjelp og oppfølging, spesielt knyttet opp mot tilknytningsrelasjoner og barnets utvikling.

Barnevernet har et utstrakt ansvar, og opplever man situasjoner som svært prekære og alvorlige må man kontakte barnevernet. Barnevernet har et godt akuttapparat som kan kobles inn, samt at de har beredskapshjem og akuttinstitusjoner tilgjengelig hvis det er behov for det.

Akuttpsykiatrisk avdeling lager ingen oppfølgingsplan for pasienten eller pasientens barn, men det gjøres individuelle vurderinger av hva som er nødvendige tiltak for familien etter utskrivelse. Samhandling skjer ved bruk av PLO- skjemaer, der man skriver hva man har hatt fokus på under behandlingsoppholdet, hva forelderen ønsker av hjelp til seg selv og familien. Man kan også legge ved en forespørsel om at psykisk sykepleier i kommunen kan ha et blikk på familien. Det er viktig at kommunen får denne informasjonen, slik at de kan vurdere situasjonen og ta hensyn til dette i kontakten de har med pasienten.

I samtaler med forelderen kan foreldrene ofte fortelle at PPT allerede er koblet inn i familiens situasjon, i samarbeid med skole eller barnehage.

På Akuttpsykiatrisk avdeling er det et tverrfaglig samarbeid mellom barneansvarlig, lege og behandler. Det er de barneansvarlige som ivaretar oppgaver knyttet til barn som pårørende, men det er overlege eller behandler som har det formelle hovedansvaret.

DPS døgnet:

DPS døgn kommuniserer med kommunehelsetjenesten via PLO-skjemaer (pleie- og omsorgsmeldinger). Her fører de også opp om pasienten har barn. Det er viktig at kommunen vet om barna, og får informasjon om hva DPS har gjort av tiltak før utskrivelse. I dette skjemaet blir det også ført opp hvem som har jobbet med saken, om det har blitt avholdt barnesamtaler og hvilke instanser som er knyttet opp mot familien. Som tidligere nevnt er PLO-skjemaene et forholdsvis nytt tiltak, så informantene oppgir at de føler at de fortsatt har en vei å gå i forhold til informasjonsdeling i PLO-skjemaene. Det er viktig å få dette inn i de daglige rutinene, slik at det alltid står oppført om pasienten har barn.

DPS døgn avholder samarbeidsmøter med barnevernet, da det ikke er sjeldent at de får inn pasienter som er i kontakt med barnevernet. Noen pasienter har blitt enige med barnevernet om omsorgsoverdragelse, mens noen har blitt fratatt barna sine for lenge siden. DPS prøver å oppdatere seg på saker, og prøver å se om det er noe de kan bidra med eller hjelpe familien med. Hvis barnevernet driver med undersøkelser rundt familien og DPS deler bekymringen, er det viktig at DPS sender bekymringsmeldinger til barnevernet for å forsterke saken.

Informantene forteller videre at spesialisthelsetjenesten har en veiledningsplikt til kommunen. De avholder derfor samarbeidsmøter med kommunen for å informere om hva DPS har gjort av tiltak, slik at kommunen kjenner til denne informasjonen når pasienten skrives ut.

Informantene forteller at de mange ganger sitter med en vond følelse når pasienter blir skrevet ut, og at de er bekymret for at tiltak ikke fortsetter etter utskrivelse. I noen tilfeller kan det avholdes ettervernsmøter, men det er ikke noen standard eller rutine i det. Enkelte pasienter kommer inn for behandling igjen, og da kan man se om ting har blitt fulgt opp og fungerer. DPS kobler alltid på alle tiltak og instanser igjen når pasienten kommer tilbake til behandling, det innkalles også til samarbeidsmøter og prosessene starter på nytt.

Sykehuset har tett oppfølging med alle barneansvarlige. De avholder månedlige samlinger, der man kan ta opp saker, prate anonymt og gi hverandre råd.

DPS poliklinisk tjeneste:

DPS poli. opplever at kontakten med kommunehelsetjenesten, BUP (barne- og ungdomspsykiatrisk poliklinikk) og spe- og småbarnsteamet fungerer bra. Helsesøstre kan kontakte behandler med samtykke fra foreldereren hvis de har en bekymring rundt barna.

Informanten opplever at fastlegene er det vanskeligere å få kontakt med. Informanten synes det kan virke som fastlegene får et «problem» mindre når pasienten er til behandling hos DPS poli. DPS poli. gjør det meste for pasienten, alt fra medisinerer til kontakt med NAV. DPS har egentlig ikke ansvar for dette, men det faller seg naturlig at de gjør det siden de kjenner pasienten best.

DPS poli. har ingen elektronisk kontakt med kommunen, informanten sier det er ikke noen felles systemer som brukes. Behandler har ikke lov til å starte en journal om barnet, men de kan registrerer barna som pårørende med fullt navn, fødselsdato og nødvendig informasjon i forelderens journal. Hvis det er behov for å henvise barnet til en annen instans, må henvisningen skrives i et Word-dokument og signeres av en lege. Word-dokumentet må så slettes.

DPS poli. lager ingen oppfølgingsplan for pasienten ved utskriving. Det er kun ved bekymring at de kontakter BUP, kommunens psykolog, helsesøster eller helsestasjon, dette kommer helt an på hva behandler ser som nødvendig.

Sykehuset har tett oppfølging med alle barneansvarlige. De avholder månedlige samlinger, der man kan ta opp saker, prate anonymt og gi hverandre råd.

Kommunal helsetjeneste:

Siden kommunen er en modellkommune, har de opprettet en tverrfaglig refleksjonsgruppe. Gruppen består av skole, barnehage, fastlege, PPT, barnevern, psykisk helse, ambulanse og tannhelsetjeneste. Gjennom denne refleksjonsgruppen sikrer de et godt tverrfaglig samarbeid i kommunen, ved at alle ikke sitter på hver sin tue, men heller jobber sammen. Et tett samarbeid gir større innblikk i hvordan andre instanser jobber, samt at det blir lettere å ta en telefon og drøfte saker og forhøre seg med andre instanser hvis man har behov for det.

Fastleger inviteres alltid til tverrfaglige samarbeidsmøter, men de møter sjelden opp. Fastlegene har vært med i opplæringen i modellkommune-prosjektet, og fått tilbud om å delta i refleksjonsgruppen. Noen fastleger stiller mer opp enn andre, men de fleste prioriterer ikke å delta. Ofte prøver man å legge samarbeidsmøter på legekantoret, slik at det blir lettere for legen å delta.

DPS inviteres til nettverksmøter hvis bruker ønsker det.

Noen familier trenger så mye oppfølging at det er nødvendig å ha et tverrfaglig samarbeid rundt familien. Det er et lavterskeltilbud som opprettes selv om familien ikke har rett på Individuell plan. Kommunen lager en familieoppfølgingsplan, og i planen står det hva familien får av tilbud, som ICDP (International child development programme), Circle of Security, nettverksmøter, SMIL (Styrket mestring i livet).

Hvis familien har krav på Individuell plan lages det mål sammen med familien og de ulike instansene som er knyttet til familien. I planen skal man ha med mål, tiltak og hvem som skal utføre de forskjellige tiltakene, et evalueringstidspunkt for måloppnåelser blir også satt.

Ellers er kommunen med på tverrfaglig refleksjonsgrupper gjennom modellprosjektet, og der opplever informanten verdifull erfaringsdeling. Kommunen får også tilbud om kurs og sertifiseringer gjennom modellprosjektet.

Sammendrag fra samarbeid med andre instanser:

«En større satsing på kommunehelsetjenesten betyr ikke at spesialisthelsetjenesten svekkes, men rollene og oppgavene vil endres. Det blir en forskyvning av tyngdepunktet fra spesialisthelsetjenesten til mer fokus på kommunehelsetjenesten. Spesialisthelsetjenesten og kommunehelsetjenesten skal bli mer likeverdige beslutningstakere» (St.meld. nr. 47. Del 10.1. (2008-2009)).

Det poengteres i Samhandlingsreformen at det er viktig å utvikle et godt samarbeidsmønster mellom spesialisthelsetjenesten og kommunene. Spesialisthelsetjenesten/helseforetakenes kompetanse og rolle i ivaretagelse av sine kjerneoppgaver vil derfor stå sentralt i samhandlingsreformen (St.meld.nr. 47, (2008-2009)).

2 av 3 informanter fra spesialisthelsetjenesten bruker PLO-meldinger (pleie- og omsorgsmeldinger) som kommunikasjonskanal med kommunens helsetjeneste. Ved å kommunisere elektronisk blir all informasjon skriftliggjort, og man kan lettere dele informasjon om hva slags behandling pasienten har fått, samt hva slags tiltak som er satt i gang for pasienten og de pårørende. Det er viktig at kommunen får informasjon om familiesituasjonen, slik at de kan ta tak i familien og tilby dem forebyggende tjenester etter at forelderen er utskrevet.

Den kommunale helsetjenesten jeg intervjuet, kommuniserer også gjennom bruk av PLO-meldinger. Det er kommunens tjenestekontor som er kommunens kontaktpunkt mot sykehuset, og tjenestekontoret står for behandlingen av sakene innen psykisk helse.

3. Har dere et tett samarbeid med barnehage, skole, eller helsesøster?

Akuttpsykiatrisk avdeling:

Informanten forteller at de alltid oppfordrer alle foreldrene til å fortelle om familiens situasjon til skole eller barnehagen. I utgangspunktet bør forelderen ta kontakten selv, men noen ganger gjør informanten det sammen med forelderen. Den barneansvarlige tar da kontakt på forelderens vegne, med samtykke, og forteller om familiens situasjon. Informanten tenker at det er lurt at lærer eller pedagog får noe informasjon, da dette vil hjelpe læreren å møte barnet på en annen måte. All informasjon skal gis i samråd eller etter samtykke med forelderen, og man ringer ikke hvis pasienten absolutt ikke vil.

DPS døgnet:

DPS oppfordrer alltid foreldrene til å informere skole/barnehage og begrunner det blant annet med at det er viktig at skole/barnehage vet hva familien gjennomgår, slik at de kan ivareta barnet ekstra. For eksempel hvis barnet er urolig, utagerende osv. kan det være en grunn til den endrede atferden. Informantene forteller at skoler/barnehager har blitt kontaktet med foreldrenes samtykke, slik at barneansvarlig sammen med foreldrene har forklart hva som feiler mor/far. Dette har gjort at skolen f.eks. har tatt ekstra hensyn til lekser osv.

Ut ifra informantenes egne erfaringer har de opplevd at pasientene har vært åpne om sine psykiske lidelser med skole og barnehage i forkant av en innleggelse. Informantene påpeker at det er mange flotte foreldre til disse barna, og disse foreldrene ønsker det beste for sine barn.

Noen ganger må de barneansvarlige hjelpe familien med å finne lavterskeltilbud, da enten hos helsesøster eller i skole og barnehage. Ved å fortelle om familiens situasjon, kan det være enklere å få i gang tiltak for barna på skole eller barnehage.

Noen ganger trenger forelderen hjelp til å dele denne informasjonen selv, og de barneansvarlige kan da være med i rommet og være en støtte for forelderen. Det er et lavterskel tilbud, men allikevel får man gjennom dette satt i gang en prosess med skole og barnehage.

Informantene poengterer at det er viktig å koble inn skole, barnehage og helsesøster, slik at de kan holde følge med barna etter at forelderen er skrevet ut fra behandling. Etter utskrivelse har ikke DPS døgn noe mer med forelderen og barna å gjøre, så da er det viktig at det er et positivt nettverk rundt familien. Informantene tenker de burde bli flinkere til å invitere skole og barnehager til møter hvis forelderen ønsker det.

DPS poliklinisk tjeneste:

Informanten opplever at de fleste foreldre allerede har vært åpne med skole/ barnehage, spesielt i situasjoner der det virker som at barnet har vært påvirket av situasjonen det er i. Informanten poengterer at de er viktig å informere skole og barnehage, og opplever i stor grad at foreldrene gjør dette selv.

Informanten har sjelden direkte kontakt med skole og barnehage.

Kommunal helsetjeneste:

Foreldrene oppfordres alltid til å informere skole og barnehage hvis familiesituasjonen er vanskelig. Hvis man får et absolutt nei fra forelderen, kan man jo undre seg over hvorfor man får det. Informanten opplever som regel at forelderen skjønner hvorfor det er lurt å informere skole eller barnehage, bare man får forklart seg godt nok. Det er en fordel om skole og

barnehage vet om situasjonen familien er i, for det er på disse arenaene man fort vil se endringer i barnas atferd og skjønne at det er noe galt.

Kommunens ressurscenter ber alltid om samtykke til å kontakte skole/barnehage der det er tilfeller som skolen/barnehagen trenger å vite noe om, f.eks. i tilfeller der man ser at det er ting som kan gå utover barnet, eller hvis barnet har sammensatte problemer.

Sammendrag av samarbeid med skole, barnehage og helsesøster:

«Helsepersonellet bør, innenfor rammen av taushetspliktreglene, bidra til at barnehagepersonell, lærere og andre som er sammen med barnet, har tilstrekkelig informasjon om barnets situasjon, slik at de også kan bidra til nødvendig oppfølging og støtte. Dette må foregå i nært samråd med foreldre eller de(n) som har omsorg for barnet» (Helsedirektoratet, 2010, s.8).

Informantene opplever ofte at pasienten/forelderen allerede har informert skole og barnehage om familiens situasjon. I tilfeller der skole og barnehage ikke er informert, kan det bunne ut i at forelderen synes det er vanskelig å skulle informere om sin sykdom. Da får forelderen tilbud om å få hjelp til å dele informasjonen, enten ved at behandler/barneansvarlig sitter i samme rom som moralsk støtte eller at behandler/barneansvarlig ringer på forelderens vegne. Det er da klarlagt i forkant hva det skal informeres om, og man ringer aldri uten forelderens samtykke. DPS poliklinikk har sjelden kontakt har sjelden direkte kontakt med skole eller barnehage.

4. Har dere familiesamtaler eller individuelle samtaler med barna?

Akuttpsykiatrisk avdeling:

Akuttpsykiatrisk avdeling gjennomfører både familiesamtaler og individuelle barnesamtaler. Først avholdes det samtaler med pasienten og barna, og hvis barna i etterkant uttrykker at de ønsker individuell samtale gjennomføres dette. Dette må da avklares og samtykkes fra forelderen på forhånd. Før samtalen må behandler/barneansvarlige forklare forelderen om hvorfor barnet ønsker individuell samtale, slik at han/hun vet hvorfor barnet vil snakke alene.

Noen ganger kan det være lettere for barn å snakke og spørre om ting uten at forelderen er tilstede. Informanten poengterer samtidig er det fint om barna kan klare å uttrykke seg med forelderen tilstede, derfor praktiseres både familie- og individuelle samtaler.

Man avklarer alltid med pasienten i forkant av samtaler om hva de ønsker at barna skal få vite, og hva som er viktigst å informere om. Noen foreldre ønsker å si minst mulig for å skåne barnet, men det skåner ikke nødvendigvis barnet. Å skåne barna kan skape mer bekymring, da barns fantasi kan overgå mye og kan gjøre ting verre. Informanten anbefaler alltid forelderen å være åpen og si ting som det er. Mange av barna har skjønt at det er noe som ikke er riktig, de har gjerne sett og levd i det over tid. For barna vil noen brikker kunne falle på plass ved å bli informert om forelderens tilstand, fordi de har sett sine foreldre i deres forskjellige faser og verste dager.

Samtalene kan være bestemt på forhånd, eller skje når barna kommer på besøk. Noen ganger kan det være at foreldrene er så syke at de ikke kan møte barna. Allikevel trenger barna å få vite hva som har skjedd, og hva som vil skje med forelderen under behandling. Det blir gjort individuelle vurderinger, både med og uten forelderen ut ifra barnets beste. Den andre forelderen eller andre omsorgspersoner kan være med på samtalen, som støtte for barna.

Informanten forteller at mange av barna kan være redde og usikre på situasjonen de er i, og en samtale vil da kunne trygge barna ved å fortelle at forelderen får hjelp. Det er ikke slik at de barneansvarlige får gjort ting verre ved å snakke om temaet, ved å forklare diagnosen og bekrefte hva ting er. Barna vet ikke nødvendigvis hva ordene betyr, men de har sett det i praksis. Samtalen gir en ramme av respekt til foreldrene og barna, ved å gi trygge rammer rundt samtalen og setter ord på temaet. Informanten forteller videre at barna føler et ansvar uansett, og det kan være at de ikke orker å leve med den syke forelderen. De kan føle en vanvittig ambivalens, fordi de er redd for at ingen skal ta seg av den syke forelderen hvis de ikke er der.

Enkelte barn opplever svært dramatiske situasjoner, f.eks. suicidale ytringer eller at forelderen prøver å ta sitt eget liv. Informanten opplever at det er vanskelig å snakke om døden med barn, men det er veldig nødvendig. Trusler og uforutsigbarhet skaper tanker hos barn, og gjør barna svært redde og utrygge.

DPS døgnet:

På DPS døgn avholdes det både familiesamtaler og individuelle samtaler, hvor både barneansvarlig og behandler kan gjennomføre samtaler. Informantene tenker at det er lurt å inkludere behandlerne i samtaler, slik at barnesamtaler blir inkludert i systemet. Behandler kan si mer om forelderens diagnose, og tilpasse ordene til barnets modning og alder.

På akuttavdelingen finnes det besøksrom, som er tilrettelagt med leker og tegnesaker, samt at de har et fellesområde med pingpong-bord. Informantene opplever at det kan være lettere å få i gang en samtale med barna når barna er i aktivitet, enn når de sitter rundt et bord på et møterom. På langtidsbehandlingsavdelingen har de et møterom som kan brukes til familiesamtaler og individuelle samtaler, men dette rommet er ikke spesielt tilrettelagt med leker etc.

Informantene forteller at noen foreldre vegrer seg for at barna skal komme på besøk på avdelingen, eller snakke med barneansvarlig eller behandler. Det er derfor viktig å belyse for forelderen hvorfor det er viktig å inkludere og informere barna, forklare skadevirkninger, barnas bekymringer etc. Noen ganger opplever informantene at barna ikke åpner seg eller tørr å fortelle hvordan de egentlig har det når foreldrene er til stede, dette forteller man forelderen slik at de forstår hvorfor man kan avholde samtaler uten forelderen. Barneansvarlig eller behandler avklarer i forkant av samtalen med forelderen hva man skal fortelle om situasjonen, og blir enig med forelderen om at det barnet forteller i samtalen, blir mellom behandler og barnet.

Enkelte foreldre ønsker å informere ektefelle og barn om tilstanden på egenhånd, men har vansker for å finne ordene selv. Forelderen kan derfor ha med seg barneansvarlig eller behandler for å gjennomføre samtalen. Mange vil snakke med familien sin selv om de er i krise, fordi de skjønner at det er det beste for barna.

Det er viktig å belyse for forelderen dette med skyld og ansvar, da barna ofte tar på seg skylden for at forelderen er dårlig. Det er ikke barnas skyld og de skal få være barn. De har ikke noe ansvar for at forelderen skal bli frisk. Informantene sier at hvis man fratår barna følelsen av skyld og ansvar kan barna bruke energien og ressursene sine til å utvikle seg selv, og vokse opp til å bli sunne voksne. Hvis ikke kan lidelsen muligens gå i arv, og barna vokser opp til å bli dårlige som voksne. Videre sier informantene at hvis barna vokser opp i et trygt og godt hjem, med gode miljøpåvirkninger, har de større sjanse til å klare seg psykisk. Hvis

de har arven i seg, og vokser opp i et hjem med dårlige ressurser, med lite oppfølging og omsorgssvikt, har de en sjanse til å bli syke. Noen barn utsletter seg selv fra barns ben av, fordi de behager og hjelper forelderen for at forelderen skal ha det godt. Informantene påpeker at hvis ingen ser dette, kan barnet utslette seg selv og ende opp med angst og depressive symptomer.

Informantene poengterer at det er viktig å følge lovverket og ha barneperspektivet med seg hele tiden.

DPS poliklinisk tjeneste:

På DPS poli. tilbyr behandler eller barneansvarlig pasienten informasjon, samt at pasienten får tilbud om å ta med barna på samtale. Informanten sier at så lenge pasienten ikke sier noe bekymringsfullt rundt barna, tar de ikke kontakt med barna, men rutinen er å tilby forelderen å snakke med barna.

Ved familiesamtaler har man samtaler med barna fra 7-8 årsalderen, der man observerer kontakten mellom foreldre og barn. Behandler eller barneansvarlig snakker med barna om hvem de går til hvis barnet er lei seg og hvem det har godt kontakt med etc. Man kan også tilby flere samtaler hvis det viser seg å være nødvendig, men det er ikke vanlig at barn er inne til mer enn en samtale.

Det er fint hvis forelderen ønsker å ha med barna til samtale, for da kan man vise barnet hvor forelderen går til behandling, og snakke om det som er vanskelig. Informanten poengterer at det er lurt å ta fra barnet følelsen av skyld, forklare hva som skjer med forelderen, slik at det var at forelderen blir godt ivaretatt. Ved å avholde samtaler hjelper man barna å rydde i tanker og følelser.

I samtalen kan man bruke tegninger som hjelpemiddel, for eksempel tegne ansikter med forskjellige ansiktsuttrykk som barnet kan peke på for å uttrykke hvordan de har det.

Barn som pårørende er et nytt perspektiv, og det kan være at man møter en viss motstand til å ha med barn i samtaler. Noen behandlere kan føle seg inkompetente til å ha med barn i samtaler, men det er absolutt en endring i tankesettet om hvor opptatt man er av dette.

Behandlerne har et større barneperspektiv nå, og man snakker mer om foreldrefunksjonen og hvordan barna har det.

Kommunal helsetjeneste:

Informanten forteller at kommunen ønsker tidlig innsats, derfor gjennomfører man tidlige undringssamtaler med foreldrene som kan være med på å kartlegge hva man kan gjøre for at barnet skal få det bedre. I etterkant avholder man et oppfølgingsmøte der man drøfter med foreldrene om barna har blitt bedre. Hvis man ikke ser noen endring i barnets atferd kan man innkalle til tverrfaglig møte, med foreldrenes samtykke.

Ellers tilbyr kommunen nettverksgrupper, og disse gruppene er brukerstyrt. Først møter man brukeren, der man kartlegger brukerens nettverk og lager en agenda for nettverksmøtene. Bruker bestemmer hvem som skal være med i gruppen, dette kan da være brukerens personlige nettverk og offentlige instanser. Brukeren styrer agendaen på møtene, men det er allikevel to møteledere med for å styre møtet og holde strukturen. Det er rom for åpen dialog og meningsutveksling. Alle har like mye å si og alle er der for å støtte og hjelpe brukeren.

Barnevernet kan pålegge familier i å delta på veiledningsgrupper.

Sammendrag av familie- og individuelle samtaler:

«Hvorfor er det viktig å få formidlet barnets perspektiv når en familie rammes av psykiske lidelser? Svaret er enkelt. Hele familien rammes, også de helt små barna som er så små at de ikke forstår at noen ting, eller de unge som har nok med seg selv.» (Moen, 2012, s. 23).

Moen (2012) skriver videre at barn ikke alltid forstår hva som skjer rundt dem, men de merker at noe er galt, og de prøver hele tiden å forstå verden rundt seg. Barnet bruker derfor mye energi på å forstå sammenhengen ved å lese forelderens atferd, i håp om at det vil gjøre situasjonen bedre. Allerede fra spedbarnsalder vet barn hvordan de skal få de voksne fornøyde, og gjør alt de kan for at forelderen skal ha det bra. Små barn kan bli foreldrenes små hjelpere, og legger alle egne behov til side i håp om at forelderen skal bli bra (ibid).

Informantene jeg har møtt er mennesker som ser hvor viktig det er å ha et barneperspektiv som et grunnlag i sitt arbeid som barneansvarlig. Det er forskjellig hvor ofte de møter barna, men dette har litt med hvor tett de jobber med pasienten/forelderen. I DPS polikliniske tjenester møter man pasienten kun 1 time i uken, mens hos de andre instansene jobber man tett og intensivt med pasienten over litt lengre tid. De har derfor muligheten til å møte barnet flere ganger, i forskjellige settinger. I kommunal helsetjeneste er det som regel instansene som

oppsøker familien når de har en mistanke om at det har skjedd noe i hjemme, og møtet er da i første rekke med foreldrene. Foreldrene vil da etter hvert få tilbud om samtaler, der barna kan få være med og få informasjon om familiens situasjon.

Informantene er opptatt av å finne ut av hvordan barnas opplevelse av forelderens sykdom er, og de ønsker å gi barna førstehånds informasjon om forelderens tilstand og behandling, slik at barna kan forstå hvorfor hjemmesituasjonen er som den er. De ser at barnas atferd kan være selvutslettende for å hjelpe foreldrene til å bli bedre, så de barneansvarlige har et fokus på å frata barna følelsen av skyld og ansvar.

5. Hva slags helsebringende tiltak har dere for barn som pårørende?

Akuttpsykiatrisk avdeling:

I enkelte tilfeller har informantene en bekymring for familien, men ikke så stor bekymring at den trenger å meldes til barnevernet. Da må barneansvarlig eller annet helsepersonell kartlegge hva man slags kommunale tilbud man kan koble familien opp mot, f.eks. SMIL-grupper eller samtalegrupper. Man kan også finne ut hva slags andre tilbud helsesøster eller psykisk helsetjeneste i kommunen har tilgjengelig. Helsesøster eller psykisk helsetjeneste har et familieperspektiv, og har ofte gode tilbud å gi familiene.

Informantene ser på det som forebyggende arbeid å informere foreldrene om hva slags tilbud som finnes.

DPS døgnet:

Hos DPS døgnet anbefaler eller informerer de foreldre om nettverksgrupper, åpne samtalegrupper eller andre tilbud som familiens hjemkommune har tilgjengelig. Avdelingene tilbyr også familiesamtaler og individuelle samtaler til pasienten og pasientens ektefelle og barn.

DPS poliklinisk tjeneste:

Hos DPS polikliniske tjenester kobler de inn helsesøster, kommunens psykolog eller pårørende grupper hvis behandler har en bekymring for barnas helse. De tilbyr også samtaler med pasientens barn, for å informere om forelderens helsetilstand etc.

Kommunal helsetjeneste:

CoS- verktøy (Circle of Security) blir brukt for å kartlegge og analysere barns atferd, behov og følelser. Foreldrene får hjelp til å forstå hvorfor barna oppfører seg slik som de gjør, og hvilke tiltak som kan settes inn, samt at foreldrene får tilbud om individuelle samtaler.

ICDP- program for foreldrene, og har som mål å styrke omsorgen og oppveksten for barn og unge. Programmet er rettet mot foreldrene, og har som mål å styrke deres omsorgskompetanse.

Helsestasjonen tilbyr SMIL-grupper for barna (Styrket Mestring I Livet), som ledes av familieveileder og utekontakten i kommunen. I gruppene har de gruppesamtaler og barna/ungdommen gjør oppgaver knyttet til opplegget. Barna får oppleve en trygghet, og de får ser at andre barn opplever lignende ting som de gjør. Gruppene er hver 2. uke i 6-8 uker, og er fordelt på barnegrupper og ungdomsgrupper. Helsestasjonen og forebyggende team kan ha individuelle samtaler med barn og ungdom.

Barna kan få tilbud om å være med i forelderens nettverksgruppe. Det er da viktig at barnet har med en voksen som kan «oversette» det som blir sagt, eventuelt ta med barnet ut av møtet når barnet ikke orker å delta lengre.

Informanten forteller at kommunen har sertifisert mange ansatte, slik at de har et tverrfaglig samarbeid om de forskjellige gruppene. Gruppene blir ofte startet opp av barnevernet eller helsestasjon, der det opprettes en koordinator, som finner familier som kan passe til gruppene. Koordinatoren kontakter familien, og spør om de kan tenke seg å delta i gruppene.

Alle skolene i kommunen har fokus på psykisk helse. På barneskolen bruker de et program som heter «Zippys venner» og på ungdomsskolen bruker det «Alle har en psykisk helse».

I barnehagene jobber de med kommunikasjon, der barna lærer å snakke om og håndtere følelser. De har også et fokus på psykisk helse, med samtaler og åpenhet rundt følelser. De ønsker å lære barna å kommunisere følelsene sine.

Sammendrag av helsebringende tiltak for barn som pårørende:

«Spesialisthelsetjenestens behandlere, barneansvarliges og fastlegenes samhandling med kommunene for oppfølging av barn som pårørende er relativt begrenset. Behandlerne, de barneansvarlige og fastlegene henviser/rekrutterer i liten grad barn som pårørende til tiltak, for eksempel gruppetilbud, i kommunene» (Helsedirektoratet, 2012, s. 7).

Den kommunale helsetjenesten har mange gode helsebringende tiltak/tilbud for barn som pårørende. De har et variert tilbud, som både er gruppetilbud og individuelle tilbud. Helsetjenesten har også programmer de tilbyr foreldre; Circle of Security og ICDP, som er indirekte helsebringende for barna ved at foreldrenes omsorgskompetanse styrkes.

Alle informantene i spesialisthelsetjenesten forteller at de informerer eller kobler familien opp mot helsebringende tiltak som kommuner tilbyr ved behov. Dette kan, som tidligere nevnt, gjøres gjennom PLO-meldinger, der instansene kommuniserer elektronisk og kan informere hverandre om hva slags tilbud som ønskes eller tilbys.

Alle kommunens skoler og barnehager har fokus på psykisk helse, og de ønsker at barna skal lære å kommunisere følelsene sine. Ved at spesialisthelsetjenesten, skoler og barnehager har et tett samarbeid, vil de kunne skape åpenhet rundt psykiske lidelser og gjøre hverdagen til barn som pårørende enklere. Dette ved å tilrettelegge hverdagen eller samtale med barna hvis de uttrykker et behov for det.

5 Drøfting av funn

I denne delen av oppgaven vil jeg drøfte hvem som tar ansvar for barn som pårørende og hvordan de ivaretar disse barna.

I det foregående kapittelet gjorde jeg rede for hvordan informantene på de ulike nivåene forholdt seg til kartlegging, forebyggende arbeid, og samarbeid mellom forskjellige instanser og skole/barnehage. I denne delen vil jeg drøfte funnene opp mot rammene som lovverket stiller, og hvordan helsepersonell og andre fagpersoner best kan ivareta barn som pårørende til psykisk syke foreldre.

Jeg har kategorisert funnene i fire kategorier; kartlegging av pasientens barn, forebyggende arbeid rundt barn som pårørende, samarbeid mellom instansene og samarbeid med skole og barnehage. Jeg presenterer hovedfunnene i analysen og knytter dette opp mot lovverket og teori som er beskrevet i kapittelet «Teoretiske perspektiver på barn som pårørende».

5.1 Kartlegging av pasientens barn:

Som jeg gjorde rede for i kapittel 2 forplikter Helsepersonelloven § 10a alt helsepersonell å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende, dette ved å ivareta behovet for informasjonsdeling og nødvendig oppfølging. Helsepersonell skal også avklare om pasienten har mindreårige barn når pasienten legges inn til behandling (Helsedirektoratet, 2010). Alle helseforetak skal i følge spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a ha barneansvarlig personell som ivaretar mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter. Barneansvarlige skal sette arbeidet for barn som pårørende i system. De skal organisere arbeidet og sette i gang rutiner som ivaretar kartleggingsrutiner, systematisere informasjonen som fremkommer i inkomstsamtalen og gi barna oppfølging (Helsedirektoratet, 2010).

Kartlegging av pasienters barn ser ut til å være en rutine hos spesialisthelsetjenestens informanter, og kartleggingen gjøres skriftlig ved at barna oppføres i pasientens journal. Barna blir kartlagt i løpet av inkomstsamtalen ved innleggelse eller behandlingsstart, og informantene forteller at det brukes kartleggingsskjemaer som ligger i sykehusets journalsystem. Ved akuttpsykiatrisk avdeling er det vakthavende lege som gjennomfører kartleggingssamtalen med pasienten, og hos DPS døgnenheter er det psykolog eller psykiater ved akuttmottaket og hos DPS polikliniske tjenester er det behandler som avholder

kartleggingssamtalen. Alle informantene jeg har intervjuet hos akuttpsykiatrisk, DPS døgnenhet og DPS polikliniske tjenester er barneansvarlig personell.

I kartleggingsskjemaene registreres det hva barnet heter, fødselsdato, hvem som ivaretar barnet og om det er andre instanser involvert i saken. Informantene ved akuttpsykiatrisk og DPS døgnenhet forteller at pasienten stort sett kan opplyse hvor barna befinner seg, og at de som regel får tillatelse til å kontakte den andre pårørende for å lokalisere barna og konstatere at barna er godt ivaretatt. Ved psyko-sepostene er det andre utfordringer, da pasienten ofte er veldig syk og psykotisk, og derfor ikke samtykkekompetente. Vakthavende lege eller behandler må da vurdere om barna er godt nok ivaretatt, eller om man må gjøre noen grep i familiesituasjonen. Hos DPS polikliniske tjenester er pasientene inne til behandling på dagtid, og disse pasientene er ikke i akutt krise. Informanten formidlet at barna er på skole eller i barnehage på dagtid, slik at det ikke er nødvendig å lokalisere barna.

Mitt inntrykk er at de barneansvarlige overtar ansvaret for å følge opp informasjonen når pasienten blir overført til avdelingen der pasienten skal behandles, etter at lege, psykolog eller psykiater har tatt seg av kartleggingssamtaler ved behandlingsstart. De barneansvarlige samtaler så med pasienten om familiens situasjon, og påpeker hvorfor det er viktig at barna blir inkludert mens forelderen er under behandling. Barna får også informasjon om forelderens tilstand og hva slags behandling forelderen får.

Kommunene omfattes ikke av spesialisthelsetjenesteloven § 3-7a, og har derfor ikke en lovpålagt plikt til på å utnevne barneansvarlig personell. Til tross for at de ikke er pålagt å ha barneansvarlig personell, gjelder allikevel helsepersonelloven § 10 a hvor de plikter å ivareta barn som pårørende på lik linje med spesialisthelsetjenesten. Den kommunale helsetjenesten jeg intervjuet var i prosessen av å ansette en barneansvarlig. Denne personen vil få en sentral rolle i kommunen, og vil ha kontakt opp mot ledelsen i kommunen, forskjellige behandlingsinstitusjoner, barnehager og skoler. Den barneansvarlige vil også kunne koordinere og samordne brukerens behov og ønsker med kommunens instanser og eksterne instanser.

Jeg tenker at det svært positivt at kommunen ansetter en barneansvarlig, da det er viktig at samarbeidet mellom kommunens instanser og de eksterne instansene fungerer godt. Ved at en person får koordineringsansvaret vil jeg tro at informasjonsflyten vil bli bedre, og tilbudet for barn som pårørende vil øke, både mens forelderen er under behandling og etter endt behandling. I følge Samhandlingsreformen (St.meld. nr. 47 (2008-2009)) ønsker regjeringen

at kommuner og spesialisthelsetjenesten skal ha fokus på tidlig innsats, slik at det forebygges fremfor repareres. Jeg mener den kommunale helsetjenesten er på god vei til å gjøre akkurat dette gjennom å ansette en barneansvarlig som har et overordnet ansvar, og som er et bindeledd mellom alle instansene.

I tilfellene der spesialisthelsetjenesten kommuniserer med kommunal helsetjeneste gjennom PLO-meldinger, blir det også informert om pasienten har barn. Informantene ved akuttpsykiatrisk og DPS døgn påpeker hvor viktig det er at kommunen får kunnskap om pasienten har barn, og hva slags tilbud familien har fått når pasienten har vært under behandling.

I forhold til kartlegging av barn som pårørende har informantene hos spesialisthelsetjenesten kommet et langt stykke på vei. Gjennom refleksjonene rundt egen praksis tenker informantene at de er godt i gang med kartlegging og journalføring, men at de alle fortsatt har mulighet til å forbedre egen praksis i forhold til dette. Halså og Kufås (2012) skriver at de barneansvarlige har fått utfordringen om å gjøre ord om til handling, ved at loven skal bli et virksomt system, og dette tenker jeg mine informanter absolutt er på vei til å gjøre.

Det virker som om det er vanskeligere å oppdage barn som pårørende i den kommunale helsetjenesten. Informanten meddeler at dette kan skyldes at foreldre ikke deler informasjonen og fordi informasjonsflyten mellom instansene ikke er god nok. Det er som regel kommunens ressursteam som tar seg av kommunikasjonen med foreldrene, enten ved at foreldrene kontakter ressursteamet eller at en instans henvender seg med forelderens samtykke. Ressursteamet kartlegger da om barna går på skole eller i barnehage, men det er ulik praksis på om informasjonen blir sendt videre til skole og barnehager.

5.2 Forebyggende arbeid rundt barn som pårørende:

I rundskrivet «Barn som pårørende» (Helsedirektoratet, 2010) påpekes det at de barneansvarlige skal fremme barnas interesser, og de skal være pådrivere for at det gjennomføres samtaler med pasientene, barna og andre som har omsorg for barna. De barneansvarlige skal bistå behandlingsansvarlig med informasjonsdeling til barn og foreldre, samt tilby nødvendig oppfølging. Når barna er på besøk hos forelderens, skal de

barneansvarlige ivareta barna, slik at de på best mulig måte skal oppleve besøket som positivt (Helsedirektoratet, 2010).

Hvem som har størst familiefokus og barneperspektiv av de forskjellige instansene jeg har intervjuet, er vanskelig å si. Som tidligere nevnt i datafunnene, er det forskjellig hvor stor grad de barneansvarlige er i kontakt med pasientens barn. På DPS polikliniske tjenester møter de pasienten gjennomsnittlig en time i uken, mens på de andre behandlingsstedene har de pasienten inne til mer intensiv døgntil behandling over tid. DPS polikliniske tjenester har muligheten til å bli godt kjent med pasienten og dens foreldrefunksjoner over en mye lengre tid, kontra de andre behandlingsstedene som har intensiv behandling over noe kortere tid. Allikevel sitter jeg igjen med inntrykket av at de barneansvarlige lettere kan få kontakt med pasientens barn der pasienten er lagt inn til behandling ved et behandlingssted. De barneansvarlige oppfordrer pasientens familie til å komme på besøk for å se hvordan forelderen bor og har det. Glistrup (2004) anbefaler pasienter til å inkludere familien i behandlingen og invitere familiene til samtaler. En hensikt med å invitere familien på besøk er å avmystifisere behandlingsstedet, og gi barna en mulighet til å oppleve forholdene slik de er (Mevik, 2000).

Informantene hos akuttpsykiatrisk avdeling og DPS døgnenhet påpeker at helsepersonellet via disse besøkene kan bygge gode relasjoner til barna gjennom uformelle samtaler, og gjennom disse samtalene kan bli bedre kjent med barna. Samtidig gjennomfører de både familiesamtaler og barnesamtaler, slik at de blir kjent med hvordan barna oppfatter familiens situasjon.

Hos DPS poliklinisk tjeneste tilbyr de forelderen å ha barnet med til en samtale med behandler. Informanten påpekte at barnet kan være med inn til flere samtaler, men at det var viktig å huske på at de ikke driver barnebehandling. Om det skulle være behov for behandling av barna påpeker informanten at det er viktig å koble inn helsesøster, kommunen eller pårørende grupper.

Det kan for meg virke som at behandlingsstedene der pasienten er lagt inn til behandling, knytter nærmere relasjoner til barn og familie ved at de møter barna oftere enn det den polikliniske tjenesten gjør. Som tidligere nevnt, tror jeg dette bunner ut i hvor mye tid man har tilgjengelig i forhold til pasienten og pasientens barn.

Helsepersonelloven § 10a pålegger helsepersonell til å samtale med pasientens barn om informasjon eller oppfølgingsbehov. Karen Glistrup (2004) påpeker at primærformålet med familiesamtaler eller individuelle samtaler er å gi barna kunnskap og forståelse for familiens situasjon. Ved å ha familiesamtaler kan helsepersonellet hjelpe familien til å bryte et tabu, og hjelpe familien inn i en prosess der de får sjansen til å gjøre hverandre delaktige i tanker og følelser som mange har en tendens til å holde for seg selv (ibid).

Informantene i spesialisthelsetjenesten meddeler at det har skjedd en endring hos spesialisthelsetjenesten etter lovendringen, dette ved at barneperspektivet har begynt å bli tydeligere hos behandlere og de barneansvarlige. De har fått et større fokus på at barna skal bli sett og hørt gjennom samtaler både med og uten foreldrene, og alle informantene er svært tydelige på hvor viktig det er å ta fra barna skyld- og ansvarsfølelsen barna kan sitte med.

De kan videre fortelle at foreldre ofte viser en lettelse over å kunne samtale med barna sine om sin sykdom, mange foreldrene kan også føle skyld og skam over å ikke kunne utøve sin foreldrefungering på en god måte. Foreldrene ønsker ofte å fortelle barna sine om situasjonen familien er i fordi de ønsker det beste for barna sine, men kan ha vansker med å finne de rette ordene å bruke. Det er derfor flott at de barneansvarlige- og/eller behandlere kan bidra med å hjelpe foreldrene å formidle det de ønsker å si, enten om foreldrene forteller på egenhånd eller om den barneansvarlige forteller på forelderens vegne. Hvis den barneansvarlige/behandler forteller, må han/hun ha avtalt med forelderens i forkant hva som skal formidles.

Informasjonen skal formidles på en aldersadekvat måte, slik at informasjonen er lett å forstå for barna. For barna er det viktig å vite at hva som feiler forelderens, slik at man unngår at de spinner rundt på egne fantasier som kan være mye verre enn virkeligheten. Jeg viser til Mevik og Trymbo (2003), som beskriver at behovet for kunnskap om hvordan den psykiske lidelsen virker inn på forelderens oppførsel og reaksjonsmønster er viktig å dele med barna. Ved at helsepersonalet utelater familie- og individuelle barnesamtaler vil de kunne gå glipp av barnas egne tanker og behov, og barna blir igjen «de usynlige» som blir alene med sine usagte tanker og problemer.

Informanten fra den kommunale helsetjenesten forteller at kommunen har gode tiltak for barn av psykisk syke, både ved at alle barnehager og skoler har fokus på psykisk helse, men også fordi kommunen har mange forebyggende tiltak barn og unge kan delta i. Jeg viser da til samtalegrupper og individuelle tilbud kommunen gir, samt grupper som foreldrene tilbys for å

forbedre sin foreldrefungering. Kommunen ønsker å fange opp barna og ungdommene på et tidlig tidspunkt, slik at de raskt kan sette i gang forebyggende tiltak.

5.3 Samarbeid mellom instansene:

Informantene hos akuttpsykiatrisk avdeling og DPS døgnenhet forteller at kommunikasjonen mellom spesialisthelsetjenesten og samarbeidende instanser er mer fleksibel nå som man kan kommunisere gjennom pleie- og omsorgsmeldinger (PLO-meldinger).

«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 § 10a» (Helsedirektoratet, 2010, s.19).

Dersom pasienten har gitt samtykke til at informasjonsdeling og oppfølging av barnet skal skje, deler informantene dette i forelderens PLO-meldinger, eller gjennom samtaler med instanser knyttet opp mot familien, slik at barna i større grad blir fulgt opp i hjemkommunen sin hvis det er et behov for det. Det virker til å være en gjennomgående praksis å melde saker og dele informasjon via PLO-meldinger hos akuttpsykiatrisk på sykehuset, DPS døgnenhet og den kommunale helsetjenesten (tjenestekontoret).¹

Killèn (2013) påpeker at hjelpeapparatet i Norge er organisert med første, andre og tredjelinjetjenesten, noe som igjen fører til at det tar alt for lang tid før familien får hjelp. Et hjertesukk fra informanten i den kommunale helsetjenesten er at informasjonsflyten ikke alltid er så god som ønsket. Hvis forelderer ikke forteller noe selv, får ikke skoler eller barnehager alltid informasjon om familiens situasjon. Dette mener informanten kan skyldes at taushetsplikten står sterkt. Informanten sier videre at skoler og barnehager ønsker å få informasjon om familiens situasjon, slik at de kan sette inn ulike tiltak så tidlig som mulig.

Ut fra informasjonen jeg fikk, har jeg et inntrykk av at instansene har et godt samarbeid med barnevernet i saker der barna ikke blir godt nok ivaretatt. Informantene bestreber seg på å få foreldrene med på bekymringsdelingen, gjennom å samtale med foreldrene i forkant av at de sender inn en bekymringsmelding. Det er viktig at foreldrene forstår hva bekymringen går ut på, slik at de kan få dele sine tanker med helsepersonellet før meldingen blir sendt.

Barnevernet blir innkalt til samarbeidsmøter hvis det er behov for det.

¹ Jeg prøvde i etterkant å få svar på om DPS polikliniske tjenester bruker PLO-meldinger, men lyktes ikke å komme i kontakt med informanten.

Spesialisthelsetjenestens kontakt med NAV, BUP, spe- og småbarnsteamet etc. virker til å fungere godt, og det er et fordelt ansvar mellom behandlere og barneansvarlige om hvem som har kontakt med de forskjellige instansene. De fleste av informantene meddelte at det oppleves som vanskelig å få kontakt med pasientenes fastleger. De fortalte at fastlegene sjelden stiller opp på nettverksmøter og samarbeidsmøter, samt at det generelt kan være vanskelig å få kontakt dem med via telefon. I modellkommuneprosjektet har fastlegene vært med på opplæringen ved prosjektstart, og har fått tilbud om å være med i kommunens tverrfaglige refleksjonsgruppe. Informanten tenker at kan virke som om fastlegene ikke prioriterer å delta, men informanten er usikker på hva som er grunnen til at de ikke møter opp.

5.4 Samarbeid med skole og barnehage:

Et grunnleggende samarbeid mellom hjemmet og barnehagen/skolen er viktig for å kunne skape en trygg tilknytning for barnet. For at barnet skal føle seg forstått er det viktig at foreldre og pedagoger har en åpen dialog, hvor de formidler sine observasjoner og forståelse av barnet til hverandre. Dette kalles brobygging, og dialogen er viktig for å holde broen åpen mellom hjem og barnehage/skole (Killèn, 2013).

Foreldre som unnlater å informere skole og barnehager om sine psykiske lidelser, kan ha mange årsaker til dette. Psykiske lidelser er fortsatt et slags tabu; og det kan være at forelderen føler skam eller at forelderen ikke vet hvordan informasjonen skal formidles. Alle informantene forteller at de tilbyr foreldrene hjelp til å formidle denne informasjonen, enten ved at de sitter sammen med forelderen når de ringer skolen/barnehagen, eller ved at de ringer på forelderens vegne. Det er da på forhånd avtalt hva som blir formidlet til skole og barnehage.

De forteller videre at de mange ganger møter motstand hos foreldrene i forhold til å informere skolen/barnehagen, og at det krever flere samtaler der man forklarer hvorfor dette er viktig å informere om. Som regel forandrer foreldrene mening når de får en god forklaring på at skolen/barnehagen kan være gode støttespillere i sykdomsaktive perioder, ved å samtale med barna og holde et ekstra øye med barnas funksjonsnivå på skolen- både sosialt og faglig.

Å følge opp barn av psykisk syke foreldre kan by på spesialpedagogiske utfordringer, nettopp fordi disse barna er barn som faller litt utenfor de normale rammene i pedagogikken. Disse barna kan utvikle sosiale- emosjonelle vansker, både i løpet av oppvekstfasen og i voksen

alder. Det er derfor viktig at barna blir sett og hørt på et tidlig tidspunkt, slik at skoler og barnehager kan være gode medhjelpere og samtalepartnere for barna og foreldrene i vanskelige perioder. Informanten i den kommunale helsetjenesten viser til skolens og barnehagens satsning på psykisk helse gjennom forskjellige pedagogiske programmer, dette satsningsområdet gjør både lærere og pedagoger bedre stilt til å møte barn som lever i familier med psykiske lidelser. Kommunens pedagoger og lærere forsøker å møte foreldrene så tidlig som mulig, og avholder undringssamtaler der de deler sine tanker og bekymringer rundt barnet. Samtidig som skolene og barnehagene formidler til barna at alle har en psykisk helse, og at noen familier noen har det vanskeligere i perioder enn andre familier har.

At kommunen har et stort fokus på psykisk helse allerede fra småbarnsalder av kan være med på å ta bort tabuet rundt psykiske lidelser og skape åpenhet rund psykisk helse. Barna kan få tilbud om forebyggende aktiviteter, som er med på å gjøre barna til sunne, voksne mennesker.

Oppsummering av drøftingen:

Antonovsky (2012) har i SOC (Sense of Coherence) med de tre viktige komponentene begripelighet, håndterbarhet og opplevelse av mening, som er nyttige i denne casen. I forståelsen av disse tre begrepene, kan betydningen av å få informasjon ses på som helsebringende tiltak. Ved at noen hjelper barna å sette ord på deres tanker og erfaringer, hjelper de barna å forstå sammenhenger. Det å forstå sammenhenger kan også ses på som helsebringende, fordi det gir barna en mulighet til å forandre egne tankemønstre og se de friske elementene i sitt liv. Informantene i caset hjelper barna med å se det positive og friske i barnas liv gjennom å samtale med barna, hvor de gir informasjon, råd og veiledning for hvordan de skal håndtere vanskelige tanker og følelser.

Når barna blir kartlagt av spesialisthelsetjenesten tidlig i behandlingsfasen, vil tiltak rundt barna kunne iverksettes på et tidlig tidspunkt. Blir denne informasjonen raskt videreformidlet til den kommunale helsetjenestenes instanser, vil de også raskt kunne komme på banen for å tilby sine tjenester til familien. Dette er viktig for at barna skal kunne fungere normalt under unormale forhold, slik at deres psykologiske fungering ikke blir svekket på grunn av deres oppvekst. Gjennom å komme med helsebringende tiltak på et tidlig tidspunkt, vil man kunne gi barna gode redskaper de kan bruke i vanskelige situasjoner. Informantene hos spesialisthelsetjenesten og den kommunale helsetjenesten hjelper barna med å takle motstand,

og gir dem muligheten til å utvikle selvtillit og mestringfølelse der de tidligere hadde mistet troen på seg selv og sine styrker. Dette gjør informantene når de snakker med barna om deres situasjon, eller når de finner og anbefaler helsebringende tiltak som f.eks. SMIL-grupper eller andre samtalegrupper der barna møter barn som er i samme situasjon.

Kort oppsummert vil jeg si at spesialisthelsetjenesten i dette caset har et stort fokus på å følge lovverket, både når det kommer til kartlegging av barn som pårørende, samt å utnevne barneansvarlig personell. De har gode kartleggingsrutiner ved innleggelse, samt at de barneansvarlige følger opp pasientens barns ved å tilby og gjennomføre både familiesamtaler og individuelle samtaler. Den kommunale helsetjenesten var også i prosessen med å ansette barneansvarlig personell, som kan være en stor bidragsyter i forhold til informasjonsdeling mellom kommunens instanser, og ansvarlig for oppfølging av barns som pårørende. Likevel tenker informantene at de fortsatt har et forbedringspotensial på området, siden endringene i lovverket er forholdsvis nye og alle rutiner ikke er helt på plass ennå. De ønsker at det skal bli et helhetlig barneperspektiv hos alt helsepersonell, både behandlere og barneansvarlige.

Jeg vil også påpeke at de forskjellige nivåene i dette caset har intensjoner om et godt samarbeid. Spesialisthelsetjenesten informerer om barn i PLO-meldinger som blir sendt til kommunale helsetjenester, der de informerer om pasienten har barn og hva slags tilbud som familien har fått tilbud om. Likevel kan informanten fra den kommunale helsetjenesten fortelle at informasjonen ikke alltid når skole og barnehage, slik som skole og barnehager ønsker. Så dette er absolutt et område som bedres, slik at barna får de tilbud de absolutt trenger for å kunne utvikle seg til å bli sunne og friske voksne.

Gode kartleggingsrutiner og fokus på helsebringende tiltak var viktige funn i mitt case. Jeg viser til tidligere presentasjoner av forskning gjort hos andre foretak, der informantene forteller at de i liten grad kartlegger og journalfører om pasienten har barn. Mine funn viser at noen foretak og kommuner har kommet lengre i prosessen enn andre foretak og kommuner har, og jeg håper at dette er en trend man kan se i kommende forskning innen feltet.

6 Konklusjon

Studien jeg har gjennomført, viser at mine informanter har satt seg godt inn i endringene i lovverket, både helsepersonelloven og spesialisthelsetjenesteloven. Alle informantene har med seg barneperspektivet når de samhandler med pasientene/ foreldrene, og de har et fokus på at barna skal bli hørt og sett mens forelderen er under behandling hos spesialisthelsetjenesten. Informantene bestreber seg på å videreformidle informasjonen de innehar til kommunal helsetjeneste, noen i større grad enn andre.

Informanten fra den kommunale helsetjenesten har vært deltager i modellkommune-prosjektet, og har gjennom dette prosjektet fått opplæring i psykisk helsearbeid. Informanten er med på å gjøre et viktig arbeid rundt barn som pårørende, dette ved å prøve å komme tidlig inn som hjelpende instans i familier som har en forelder med psykiske lidelser. Kommunen har opprettet en tverrfaglig refleksjonsgruppe, der alle som jobber med barn og ungdom har fått den samme opplæringen. Denne gruppen sikrer godt tverrfaglig samarbeid, og en tettere relasjon mellom kommunens forskjellige instanser.

Kunnskap om å se, høre og anerkjenne barnas tanker vil være helsebringende tiltak for barna. Barna er i en sårbar situasjon, og vil kunne oppleve det vanskelig å snakke om hvordan de virkelig har det hjemme. Barna er veldig lojale overfor sine foreldre, og kan ha vanskeligheter med å forstå hvorfor samtaler med barneansvarlig/ behandler kan påvirke deres langtidsvirkninger av å vokse opp på akkord med sin egen utvikling, sosiale omgang med andre og egne behov. Informantene i denne studien ser viktigheten av å se, høre og anerkjenne barna, og ved å tilby familie- og barnesamtaler er de med på å åpne opp for gode samtaler mellom foreldre og barn, der fokuset kan være å ta fra barnet ansvaret og skylden i forhold til forelderens sykdom.

Jeg har opplevd et glødende engasjement fra alle mine informanter, som alle ønsker å gjøre en forandring for barn som pårørende. Flere ganger i løpet av intervjuene blir det nevnt at man fortsatt er i startgropen i forhold til barn som pårørende, og at de selv føler at de kan bli enda bedre på det arbeidet de gjør. Jeg opplever deres tanker som positive refleksjoner over deres egen praksis, og jeg tror at alle mine informanter vil være med på å drive arbeidet for barn som pårørende videre i årene fremover.

Jeg tenker at det i fremtiden vil være viktig å pålegge kommuner å ha barneansvarlig personell, på lik linje som spesialisthelsetjenesten. Ved å ha barneansvarlige i kommuner, som er et bindeledd mellom spesialisthelsetjenesten, kommunal helsetjeneste og kommunal instanser, tror jeg informasjonsflyten vil gå lettere. Informasjonen trenger ikke å gå gjennom mange ledd før den når riktig person, men blir direkte rettet til den som har med barnet å gjøre.

Litteraturliste:

Aamodt, L.G, Aamodt, I. (2005). *Rapport: Tiltak for barn med psykisk syke foreldre*. Hentet 18.3.14 fra:

http://www.regjeringen.no/upload/kilde/bfd/rap/2005/0005/ddd/pdfv/259469-tiltak_for_barn_med_psykisk_syke_foreldre_rapport.pdf

Andersen, S.S. (2013) *Casestudier*. 2 utg. 1 opplag. Bergen: Fagbokforlaget

Antonovsky, A. (2012). *Helsens mysterium. Den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

BarnsBeste (2013) *BarnsBeste Journalinnsyn "Barn som pårørende"*. Hentet 11.04.14 fra:

<http://www.sorlandet-sykehus.no/SiteCollectionDocuments/Gunder/GC-14-1/BarnsBeste%20rapport%2016%2012%2013v4%20Final.pdf>

Borge, A.I.H. (2012). *Resiliens. Risiko og sunn utvikling*. 2.utg, 3.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Bugge, K.E og Røkholt, E.G. (2009). *Barn og ungdom som sørger*. Bergen: Fagbokforlaget

Crowe, S., Cresswell, K., Robertson, A., Huby, G., Avery, A. & Sheikh, A. (2001) The case of study approach. Hentet 10.04.2014. fra

<http://www.biomedcentral.com/1471-2288/11/100>

Dalgard, O.S., Mathisen, K.S., Nord,E., Ose,S., Rognerud, M. og Aarø, L.E. (2011) Rapport 2011:1: Bedre føre var... Psykisk helse; Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.. Norsk folkehelseinstitutt. Hentet 19.03.14. fra:

<http://www.fhi.no/dokumenter/1b2e13863a.pdf>

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

Folkehelseinstituttet, bipolar lidelse. Hentet 19.03.14. fra

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,8303&List_6212=6218:0:25,6345:1:0:0:0

Folkehelseinstituttet, psykiske lidelser. Hentet 19.03.14. fra

http://www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=List_6212&Main_6157=6263:0:25,6336&MainContent_6263=6464:0:25,6337&List_6212=6218:0:25,6338:1:0:0:::0:0

Forskningsetiske retningslinjer for samfunnsvitenskap, humaniora, juss og teologi, Den nasjonale forskningsetiske komité for samfunnsvitenskap og humaniora (NESH), 2006. Hentet 19.3.14 fra:

<https://www.etikkom.no/Documents/Publikasjoner-som-PDF/Forskningsetiske%20retningslinjer%20for%20samfunnsvitenskap,%20humaniora,%20juss%20og%20teologi%20%282006%29.pdf>

Garbo, G.L. (2013). *Intervjuer med forskere og fagfolk. I: Om å ta pårørende på alvor, PIO-senteret 5 år*. Oslo: Pårørende i Oslos ressurscenter for psykisk helse.

Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapens forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapens vitenskapsfilosofi*. Oslo: Universitetsforlaget

Glistrup, K. (2004). *Det barn ikke vet... har de vondt av. Familiesamtaler med psykisk syke foreldre og deres barn*. Oslo: Pedagogisk Forum.

Halsa, A. og Kufås, E (2012). *De nye vaktbikkjene: Barneansvarlige i helseforetak. I: Haugland, Ytterhus og Dyregrov (red), Barn som pårørende s. 202-219*. Oslo: Abstrakt forlag

Hatch, J.A. (2002) *Doing Quality Research in Educational Settings*. New York: State University of New York Press.

Helsedirektoratet (2012) *Oversikt over Helse- og omsorgsdepartementets satsning for barn som pårørende, 2007-2010*. Hentet 29.3.14. fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/oversikt-over-helse-og-omsorgsdepartementets-satsing-for-barn-som-parorende/Publikasjoner/IS-2011.pdf>

Helsedirektoratet (2010), *IS-5/2010:4, Barn som pårørende*. Oslo. Hentet 18.03.14 fra:

<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf>

Helsedirektoratet (2008). *Pårørende, en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Oslo. Hentet 18.3.14. fra:

<http://www.helsedirektoratet.no/publikasjoner/parorende-en-ressurs/Publikasjoner/parorende-en-ressurs-konvertert.pdf>

Helse Nord (2011) *Barn som pårørende, Sluttrapport og anbefalinger for videre oppfølging*. Hentet 09.04.14. fra:

<http://www.helse-nord.no/om-prosjektet-barn-som-paaroerende-2009-2011/category23641.html>

Hummelvoll, J.K., Andvig, E. & Lydberg, A. (red). (2010). *Etiske utfordringer i praksisnær forskning*. 1.utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Killèn, K.(2013). *Barndommen varer i generasjoner. Forebygging er alles ansvar*. 3.utg, 1. opplag. Oslo: Kommuneforlaget AS

Kleven, T.A. (red). Hjordemaal, F. & Tveit, K.(2011) *Innføring i pedagogisk forskningsmetode. En hjelp til kritisk tolkning og vurdering*. 2. utgave. Oslo: Unipub.

Krohg,T. (2012). *Hermeneutikk. Om å forstå og fortolke*. 1 utgave, 2 opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Kvale, S. & Brinkmann, S.(2010) *Det kvalitative forskningsintervju*. 2. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Lauritzen, C., Martinussen, M., Reedtz, C., Van Doesum, K. (2014) *Factors that may facilitate or hinder a family-focus in the treatment of parents with a mental illness*. Hentet 30.04.14. fra:

<http://munin.uit.no/bitstream/handle/10037/6089/article.pdf?sequence=1>

Lov om helsepersonell, Lovdata. Hentet 18.11.13. fra:

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64/KAPITTEL_2#%C2%A711

Lov om pasient og brukerrettigheter, Lovdata. Hentet 29.03.14. fra:

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Pasient-+og+brukerrettighetsloven*

Lov om spesialisthelsetjenesten, Lovdata. Hentet 18.11.13. fra:

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-61#KAPITTEL_2

Lov om vergemål, Lovdata. Hentet 19.03.14. fra:

http://lovdata.no/dokument/NL/lov/2010-03-26-9#KAPITTEL_1

Meld. St. 47 (2008-2009) *Samhandlingsreformen*. Hentet 18.11.2013. fra:

<http://www.regjeringen.no/pages/2206374/PDFS/STM200820090047000DDDPDFS.pdf>

Mevik, K. og Trymbo, B.E. (2003). *Når foreldre er psykisk syke*. 2.opplag. Oslo: Universitetsforlaget.

Mevik, K. (2000). *Møte med galskapen, om pårørende og psykiatri*. 2.opplag. Oslo: Tano Aschehoug.

Moen, G.L. (2012). *Barns møte med psykisk lidelse, en datters historie*. 2. utgave, 1. opplag. Oslo: Cappelen Damm.

Nordenhof, I. (2012). *Pårørendesamtaler med barn og unge*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad og Bjerke AS

PIO-senteret. (2013) *Om å ta pårørende på alvor, PIO-senteret 5 år*. Oslo: Pårørende i Oslos ressurscenter for psykisk helse.

Prop. 63. (1997-1998) *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006, endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet. Hentet 29.3.14. fra:

<http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/regpubl/stprp/19971998/stprp-nr-63-1997-98-/4.html?id=201919>

Ringdal, K. (2011). *Enhet og mangfold*. 2 utg. 3. opplag. Bergen: Fagbokforlaget.

Ruud, A.K. (2011). *Hvorfor spurte ingen meg? Kommunikasjon med barn og ungdom i utfordrende livssituasjoner*. Oslo: Gyldendal Akademisk.

Rådet for psykisk helse, *bipolar lidelse*. Hentet 19.03.14. fra:

<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29703>

Rådet for psykisk helse, *schizofreni*. Hentet 19.03.14. fra:

<http://www.psykiskhelse.no/index.asp?id=29669>

Statens helsetilsyn.(1999). *ICD-10 psykiske lidelser og atferdsforstyrrelser.*

kliniske beskrivelser og diagnostiske retningslinjer. Oslo: Universitetsforlaget

Sølvberg, H.A. (2011). *Oppvekst med psykiske lidelser hos nære pårørende. Samtalegruppen som frigjørende redskap*. 1. utgave. Oslo: Gyldendal Akademisk

Torvik, F.A., Rognmo, K. (2011) *Rapport 2011:4: Barn av foreldre med psykisk lidelse eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Hentet 18.03.14. fra:

<http://www.fhi.no/dokumenter/0d04decc0b.pdf>

Vallesverd, V.U (2013) *Superheltene- når barndommen blir satt på vent*. (Publisert i Psykoppnytt nr. 1/2013). Hentet 19.03.14. fra:

<http://www.sorlandet-sykehus.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/kunnskapsiden/lese/faglige-artikler-og-innlegg/Sider/vallesverd-vu-superheltene---nar-barndommen-settes-pa-vent.aspx>

Vedeler, L. (2009) *Observasjonsforskning i pedagogiske fag*. 1.utg. 2.opplag. Oslo: Gyldendal Akademisk AS.

World Health Organization, *definisjon mental helse*. Hentet 19.03.14. fra:

http://www.who.int/topics/mental_health/en/

Yin, R.K. (2009). *Case Study Research, Design and Methods*, 4th ed. (V.5). United States of America: Sage Publications.

Ytterhus, B. (2012). *Hva er et pårørende barn? Barn mellom risiko, nytte og åpen fremtid*. I: Haugland, Ytterhus & Dyregrov, *Barn som pårørende*, s. 18-43. Oslo: Abstrakt forlag

Østerud, S. (1998) *Relevansen av begrepene reliabilitet og validitet i kvalitativ forskning*. Norsk pedagogisk tidsskrift, (3), 119-130.