

Masteroppgave i helsevitenskap
Spesialisering i psykisk helsearbeid
Institutt for Helsefag
Samfunnsvitenskaplig fakultet



Universitetet
i Stavanger

”Vi er enda i startgropen”

- En kvalitativ studie av helsepersonells tanker og erfaringer med lovbestemmelsen for barn som pårørende i psykisk helsevern.

Masterkandidat: Anette Dirdal
Veileder: Førsteamanuensis Kristin Humerfelt, UiS

Mai 2014

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SPESIALISERING: Psykisk helsearbeid

SEMESTER: Vår 2014

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Anette Dirdal

VEILEDER: Førsteamanuensis Kristin Humerfelt, UiS

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: "Vi er enda i startgropen" - En kvalitativ studie av helsepersonells tanker og erfaringer med lovbestemmelsen for barn som pårørende i psykisk helsevern.

Engelsk tittel: "We are still in the starting pit" - A qualitative study of health professionals' thoughts and experiences with legislation for children as dependents of parental mental illness.

EMNEORD/STIKKORD:

Barn som pårørende, foreldre med psykisk lidelse, lovbestemmelse, barneperspektiv, helsepersonell, psykisk helsevern

Children, parental mental illness, legislation, child perspective, health professionals, mental health care

ANTALL SIDER: 53

STAVANGER: 25.05.2014 Anette Dirdal

FORORD

Dette studien kan ses på som et punktum på to år som masterstudent. To år som har vært innholdsrike og lærerike. Men også krevende. Krevende fordi den akademiske verden innimellom har fremstått seg relativt ukjent for meg og fordi studiene skulle kombineres med jobb og familieliv. Jeg ville likevel ikke vært foruten. Heller kunne jeg ikke vært foruten mine mange støttespillere.

En stor takk til veileder Kristin Humerfelt som med raske tilbakemeldinger og nyttige innspill har ført meg trygt gjennom studien.

Takk til Mariann, som til tross for et travelt hverdagsliv tok seg tid til å være min høyre hånd under innhenting av data.

Takk til Sola DPS som har tro på meg og lagt til rette for at jeg kunne kombinere arbeidsliv med studier.

Takk til familie, venner, medstudenter og kollegaer for interesse og stadige heiarop. En spesiell takk til Kristine og Heidi som på hver sin måte har bidratt til ekstra motivasjon.

Takk til guttene mine Joakim, Jonas og Jonatan som bare ved å være til gir meg så mye glede. Og som stadig minner meg på den rikdom som finnes utenfor den akademiske verden.

Takk kjære Kjell, min beste venn og bauta i livet. Jeg beundrer din tålmodighet over nok en gang holdt ut med meg som student. I perioder må dette ha fortonet seg som en total ”egotrip” hvor mitt ytre og indre kaos har satt preg på både hverdager, helger og ferier. Nå skal jeg samle meg.

Takk Kip, min herlige firbente venn. Du vet det ikke selv, men din logrende hale og våre daglige turer i skauen har vært et viktig bidrag for å hente nye krefter og ny motivasjon.

Den aller største takken går til dere som var informanter i studien, uten dere ville ikke denne studien vært mulig. Dere er fantastiske!

Takk alle!

Sandnes 25.05.2014

Anette Dirdal

Sammendrag

Bakgrunn: I januar 2010 ble det gjort endring i norsk lovverk som plikter helsepersonells ivaretagelse av barn som pårørende. Lovendringen ble tilføyd i helsepersonelloven, gjennom paragraf 10a: ”*Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*”. Lovendringen tydeliggjør at hvor en tidligere har hatt et individfokuset perspektiv i helsehjelpen, skal nå også barneperspektivet tas med. Bakgrunnen for lovbestemmelsen er en erkjennelse av at barn som pårørende er en gruppe som tidligere er blitt oversett. Studien vil belyse helsepersonells ivaretagelse av barn som pårørende i psykisk helsevern. Tidligere forskning viser at det finnes barrierer for helsepersonells ivaretagelse av disse barna. Barrierene viser seg blant annet gjennom mangelfulle rutiner og helsepersonells manglende erfaring og kompetanse.

Problemstilling: Med problemstillingen *hvilke tanker og erfaringer har helsepersonell innefor psykisk helsevern med lovbestemmelsen for barn som pårørende?* er studiens hensikt å få en dypere forståelse av helsepersonells tanker og erfaringer med hvordan lovbestemmelsen utøves i praksis. Videre hvilke tanker og erfaringer helsepersonell har med at lovbestemmelse § 10a kan være et bidrag til å fremme barneperspektivet i psykisk helsevern.

Metode: Studien er kvalitativ, inspirert av fenomenologi og hermeneutikk. Fokusgrupper er anvendt som metode for datainnsamling. Til sammen 7 informanter, fordelt på to fokusgrupper deltok i studien. Utvalget er helsepersonell ansatt i psykisk helsevern. I analysen er benyttet kvalitativ innholdsanalyse, i tråd Graneheim og Lundmans (2004) retningslinjer.

Resultater: Erfaringene fra helsepersonell i denne studien er at det alltid blir avklart om pasienter har barn. Videre erfares det manglende rutiner for en utvidet kartlegging og dokumentasjon av barna. Selv om det ikke er klare rutiner for samtaler med pasientene angående barnas oppfølgingsbehov, blir dette gjennomført i de fleste tilfeller. Gjennomføring av samtaler med barn blir i de fleste tilfelle lagt til barneansvarlig personell. Dette på grunn av øvrige helsepersonells manglende kompetanse. Til tross for at lovbestemmelsen har gitt helsepersonell økt bevissthet for barn som pårørende, kan det likevel se ut til at det er individfokuset som preger praksisen i psykisk helsevern.

Nøkkelord: Barn som pårørende, foreldre med psykisk lidelse, lovbestemmelse, barneperspektiv, helsepersonell, psykisk helsevern

Innholdsfortegnelse

1. INNLEDNING	3
1.1 Introduksjon.....	3
1.2 Hensikt og mål.....	4
1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål	4
1.3.1 Presisering og avgrensning av problemstilling.....	4
1.4 Bakgrunn for valg av tema	5
1.5 Studiens oppbygning	5
2.0 STUDIENS KONTEKSTUELLE FORSTÅELSESRAMME.....	7
2.1 Psykiske lidelser	7
2.1.1 Foreldrefunksjon ved psykiske lidelser.....	7
2.2 Et barneperspektiv.....	8
2.3 Politiske føringer for å fremme barneperspektivet.....	9
2.3.1 St.mld nr.25	9
2.3.2 Rundskriv IS-5/2006	9
2.3.3 BarnsBeste.....	10
2.3.4 Ot.prp. nr. 84	10
2.3.5 Lovbestemmelsen	11
2.3.6 Rundskriv IS-5/2010	11
3. TIDLIGERE FORSKNING	13
4. METODE	16
4.1 Bakgrunn for valg av metode og vitenskapsteoretisk forankring.....	16
4.2 Innsamling av data.....	17
4.2.1 Fokusgruppe som metode for innsamling av data.....	17
4.2.2 Utvalg	17
4.2.3 Formaliteter og tilgang til feltet.....	18
4.2.4 Rekruttering.....	18
4.2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene.....	19
4.3 Analyse.....	21
4.3.1 Transkribering	21
4.3.2 Analyseprosess	21
4.4 Etske overveielser	26
4.5 Studiens troverdighet.....	26

5. PRESENTASJON AV RESULTATER.....	30
5.1 Betydningen av lovbestemmelsen	30
5.2 Erfaringer med utøvelsen av lovbestemmelsen	32
5.3 Betydningen av barneansvarlig personell.....	38
6. DISKUSJON	41
6.1 Hvordan erfarer helsepersonell at lovbestemmelsen utøves i praksis?	41
6.1.1 Kartlegging og dokumentasjon av barn som pårørende	41
6.1.2 Samtaler med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov	42
6.1.3 Informasjon og samtaler med barn	44
6.2 Hvilke tanker har helsepersonell for at lovbestemmelsen fremmer barneperspektivet i psykisk helsevern?.....	45
6.2.1 Den nødvendige kompetansen.....	45
6.2.2 Individperspektiv versus barneperspektiv	46
6.2.3 Barneperspektivet – står og faller på barneansvarlige?	47
7. OPPSUMMERING	48
7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning.....	49
REFERANSER	51

Vedlegg 1: Forespørsel til divisjonsdirektør

Vedlegg 2: Godkjenning av prosjekt

Vedlegg 3: Invitasjon til deltagelse i studien

Vedlegg 4: Samtykkeerklæring

Vedlegg 5: Intervjuguide

1. INNLEDNING

1.1 Introduksjon

Mange mindreårige barn har foreldre som er psykisk syke, rusmiddelavhengige eller alvorlig somatisk syke. Disse barna kan komme inn under definisjonen barn som pårørende. Barn som pårørende må ikke ses på som en homogen gruppe; forenklinger og stereotypier vil gjøre at en mister det enkelte barn og dets individuelle behov ute av synet. Fellestrekket er at de har foreldre med definerte sykdomstilstander (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012; Helsedirektoratet, 2010). Begrepet barn som pårørende må heller ikke misforstås i den betydning at barn som er pårørende skal ivareta foreldrenes behov. Barn som defineres som pårørende gis rettigheter (Helsedirektoratet, 2010).

I januar 2010 ble det gjort endring i norsk lovverk som plikter helsepersonells ivaretagelse av barn som pårørende. Lovendringen ble gjort i Helsepersonelloven paragraf 10a:

”Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende”.

(Helsedirektoratet, 2010). Bestemmelsen tydeliggjør at hvor en tidligere har hatt et individfokuset perspektiv i helsehjelpen, skal nå også barneperspektivet tas med. Årsaken til dette er kunnskap om at barn som vokser opp med foreldre med kroniske sykdomstilstander, kan ha en oppvekst som gjør dem risikoutsatt for å utvikle psykososiale problemer (Helsedirektoratet, 2010). Rapporter viser at barn med syke foreldre opp gjennom årene ikke har fått god nok informasjon og oppfølging av egne behov (Ot prp 84 (2008-2009)). Voksne barn av foreldre med psykisk sykdom har gjentatte ganger fortalt om neglisjering og mangel på ivaretagelse, de har ikke blitt sett eller forstått (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012).

Denne studien setter søkelys på helsepersonell i psykisk helsevern og deres erfaring med ivaretagelse av barn som pårørende av psykisk syke. Et stort omfang av barn vokser opp med psykisk syke foreldre. I en rapport skrevet på oppdrag fra Folkehelseinstituttet anslås omfanget av barn som har foreldre med diagnostiserbare psykiske lidelser til å være 37,5 %, hvorav 23,1 % av barna vokser opp med foreldre med en psykisk lidelse som kan gå ut over daglig fungering (Torvik & Rognmo, 2011). Tall fra SINTEF helse i 2006 viser at ca. 15 000 barn lever i en familiesituasjon med foreldre som får behandling i psykisk helsevern (Ot.prp. nr. 84, (2008-2009)). Anslagsvis vil mer enn 1000 barn årlig oppleve at mor eller far blir innlagt for første gang i en sengeavdeling.

1.2 Hensikt og mål

Selv om den nye lovbestemmelsen er en indikator på hvordan barn som pårørende skal ivaretas, kan ikke bestemmelsen gjøre jobben alene. Hvordan loven settes ut i praksis vil derfor være en avgjørende faktor. Studiens hensikt er å få en dypere forståelse av helsepersonells tanker og erfaringer av hvordan lovbestemmelsen utøves i praksis for å sikre at barn som pårørende kartlegges og ivaretas. Videre hvorvidt helsepersonell ser på lovbestemmelsen som et bidrag til å fremme barneperspektivet i psykisk helsevern. Målet med studien er å bidra til økt kunnskap og fokus på helsepersonells praksis med barn som pårørende. Selv om resultatene fra studien ikke kan generaliseres, kan det likevel tenkes at de kan ha en viss overføringsverdi til annet helsepersonell som treffer barn som pårørende i sin praksis. Forhåpentligvis vil studien også synliggjøre hva som er bra og hva som kan forbedres for at helsepersonell innefor psykisk helsevern kan utøve en best mulig praksis i ivaretagelse av barn som pårørende.

1.3 Problemstilling og forskningsspørsmål

På bakgrunn av studiens hensikt er det valgt følgende problemstilling:

Hvilke tanker og erfaringer har helsepersonell innefor psykisk helsevern med lovbestemmelsen for barn som pårørende?

Som en konkretisering av problemstillingen er det valgt følgende forskningsspørsmål:

1: *Hvordan erfarer helsepersonell at lovbestemmelsen utøves i deres praksis?*

2: *Hvilke tanker og erfaringer har helsepersonell med at lovbestemmelsen fremmer barneperspektivet i psykisk helsevern.*

1.3.1 Presisering og avgrensning av problemstilling

Målgruppen for studien er helsepersonell med miljøterapeutisk behandlingsansvar i døgnavdelinger innen *psykisk helsevern* for voksne. Med psykisk helsevern menes den del av psykisk helsearbeid som skjer i spesialisthelsetjenesten, jf Psykisk helsevernloven (1999). Problemstillingen vil ha sitt hovedfokus på *lovbestemmelsen § 10a*, særlig det som angår helsepersonells erfaringer med kartlegging av barn og samtaler med pasientene og barna. Det betyr at problemstillingen ikke vil romme helsepersonells samarbeidserfaringer med andre instanser og andre nivåer av helsetjenesten. Problemstillingen rommer heller ikke helsepersonells samarbeidserfaringer med den eventuelle friske forelderen.

Ikke fordi dette ikke er relevant og viktig. Heller fordi problemstillingen søker helsepersonells erfaringer i selve møtet med pasienten og dens barn. Det som kommer forut for et eventuelt samarbeid.

Når begrepet *barn som pårørende* anvendes er dette i tråd med hvordan det ble beskrevet under introduksjonen i punkt 1.1. Mindreårige barn er barn mellom 0-18 år. Av leserhensyn vil bare ordet barn/barna/barnet benyttes i store deler av teksten. Sentralt i problemstillingen er *barneperspektivet*. Forenklet vil dette bety å ha fokus på barn; å ha barna i sin synsvinkel. Begrepet barneperspektiv vil bli grundigere omtalt i punkt 2.3. Underveis i studien vil også begrepet familieperspektiv forekomme, da underforstått at pasientene og deres familier står i en relasjonell stilling til hverandre. Implisitt vil et familieperspektiv også inkludere et barneperspektiv.

1.4 Bakgrunn for valg av tema

Som ansatt i psykisk helsevern gjennom de siste 18 år har min interesse for pasientenes barn vært økende. Jeg har erfart at det har skjedd en utvikling fra den tid hvor en knapt visste om pasienten hadde barn til den senere tid hvor det er fattet lovbestemmelse som skal sikre ivaretagelse av barna. Min interesse for fenomenet barn som pårørende er ikke blitt mindre når jeg nå som ansatt i et ambulant akutteam ofte har samtaler med pasienter som beskriver tapt barndom ved å vokse opp med foreldre med psykiske lidelser. Med bakgrunn i min interesse var det derfor gledelig når jeg som nyetablert masterstudent ble invitert med i en stor multisenterstudie som omhandler nettopp barn som pårørende. Jeg skulle her få mulighet til å gjøre en masterstudie i innhentet materiale. Nå ble det slik at prosjektet fikk en senere oppstart enn forventet, samt at rekrutteringen ble mer utfordrende enn antatt. Dette medførte at materialet ville være for tynt til å gjøre en studie på før innleveringsfrist av masteroppgaven. Jeg valgte derfor å gjøre en selvstendig studie på det valgte tema; barn som pårørende.

1.5 Studiens oppbygning

Gjennom kapittel 2 redegjøres studiens kontekstuelle forståelsesramme; herunder psykiske lidelser og foreldrefunksjon ved psykiske lidelser, barneperspektivet, samt politiske føringer for å fremme et barneperspektiv i psykisk helsevern. I kapittel 3 belyses tidligere forskning, da særlig forskning som omhandler helsepersonells ivaretagelse av barn i psykisk helsevern. Kapittel 4 inneholder metodedel. Her beskrives bakgrunn for valg av metode,

vitenskapsteoretisk forankring og innsamling av data. Videre vil dette kapitlet inneholde analysedelen, hvor transkribering og analyseprosessen beskrives. Avslutningsvis vil jeg vise til etiske overveielser og studiens troverdighet. I kapittel 5 fremstilles studiens relevante resultater. Resultatene tolkes og diskuteres i kapittel 6. Kapittel 7 inneholder oppsummering og implikasjoner for praksis og videre forskning.

2.0 STUDIENS KONTEKSTUELLE FORSTÅELESRAMME

Hovedanliggende for studien er rettet mot helsepersonell og deres ivaretagelse av barn som pårørende. Like fullt kan ikke dette løsrives fra en større helhet. Videre vil det derfor presenteres en kontekstuell forståelsesramme for studien.

2.1 Psykiske lidelser

Psykiske lidelser er et tvetydig begrep og kan forstås ulikt, alt etter hvilket perspektiv de ses i (Bøe & Thomassen, 2007; Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009). Psykiske lidelser kan ha negative innvirkninger på menneskets liv, ved å påvirke psykososiale forhold som utdanning, inntekt, sosial deltagelse, samt økonomiske og sosiale belastninger for pårørende og familie (Major, et al., 2011). Videre kan psykiske lidelser blant annet føre til fremmedgjøring, stigmatisering, diskriminering og ekskludering. Uavhengig av hvilket perspektiv en har på psykiske lidelser, er det en felles forståelse for at psykiske lidelser påvirker tanker, følelser og atferd (Haugsgjerd, Jensen, Karlsson, & Løkke, 2009).

2.1.1 Foreldrefunksjon ved psykiske lidelser

Psykiske lidelser vil som regel påvirke den sykes evne og kapasitet til å være forelder (Rutter & Quinton, 1984). Svikt i omsorgsevnen er ikke nødvendigvis gitt i kraft av diagnoser, men har stor sammenheng med en persons evne til empati, sykdomsinnsikt og evne til å ta ansvar og for barnet og dets situasjon (Alnes, 2011) Det er dermed ikke foreldrenes psykiske lidelse i seg selv som er skadelig for barnets utvikling, det avgjørende er i hvilken grad foreldrenes atferd er hensiktsmessig i forhold til barnets behov og utvikling (Haukø & Stamnes, 2009; Alnes, 2011). Dysfunksjonell foreldrefungering kan beskrives som alt foreldre gjør eller lar være å gjøre, som kan påvirke barnet på en negativ og uheldig måte (Grøsfjeld, 2004).

Nedsatt foreldrefunksjon bør møtes som et legitimt symptom ved psykiske lidelser og av denne grunn bør dette også være i fokus i behandlingen (Bøckmann & Kjellefold, 2010). Pasienter kan oppleve at de har nok med å takle sin egen krise, de har da hverken blikk for eller kapasitet til å ha fokus på barnas behov. Videre vil noen foreldre heller ikke erkjenne mulige belastninger som sykdommen deres påfører barna (Stallard, Normann, Huiline-Dickens, Salter, & Cribb, 2004).

2.2 Et barneperspektiv

Andersson og Bjerkman (1999, s. 27) mener at barneperspektivet kan være todimensjonalt. De omtaler de to dimensjonene som *"att se utifrån barnets synsvinkel"* og *"att ha barnet i sin synsvinkel, det vill säga att se barnet"*. Så selv om det å fremstille noe ut fra barns perspektiv kan innebære barnas egne premisser, virkelighetsoppfatning, tanker, ønsker og behov, vil et barneperspektiv også kunne knyttes til voksnes oppfatning av hva som er barnets beste. I følge Juul (2010) er det likevel viktig å være klar over dimensjonene mellom barnets perspektiv og voksnes barneperspektiv. Dette fordi ulike typer litteratur og aktører, kan legge til grunn ulike forståelser av hva et barn er, hva det er i stand til å mestre, eller hva som vil være barnets beste. Tradisjonelt har perspektivet på barn i hovedsak vært preget av to ulike synspunkter. Paternalismen på den ene siden, med utgangspunkt i utviklingspsykologi, som har fokusert på at barnet ikke selv kan ivareta sine interesser og rettigheter, og derfor i stor grad trenger beskyttelse. Det andre perspektivet, med utgangspunkt i FNs barnekonvensasjon av 1989, fremhever at barnet som menneske har samme rettigheter som andre mennesker. Fra dette perspektivet er barnets rett til å bestemme selv et sentralt poeng, samtidig som barnet anerkjennes som sårbart og med særskilt behov for beskyttelse og støtte (Ytterhus, 2012). I en kronikk i Tidsskrift for norsk Psykologforening skriver Raundalen (2007, s.176) at *"(...)* det har vært en tung Sisyfos-lignende øvelse å fremme et gjennomsyn av barna til psykisk syke og rusmisbrukende". Ved å anvende Sisyfos i sin metafor viser han til at det å fremme et barneperspektiv kan ses på som å jobbe i motbakke. Sisyfos var nemlig en gresk sagnskikkelse som fikk sin straff med å rulle en stein opp en skråning; hver gang den nådde til toppen, rullet den tilbake. Han står dermed som et klassisk eksempel på tungt arbeid som mislykkes fordi en ikke klarer å holde seg oppe når en er oppe, en ramler stadig ned igjen. I følge Raundalen (2007, s. 176) kan en være tjent med å ha Sisyfos-metaforen på *"barneperspektivets sjekklister"*. Han hevder at et viktig spørsmål på sjekklisten for barneperspektiv er: *"Har de barn"*? I forlengelsen av dette bør en videre spørre: *Er barna blitt hørt, og hvor gamle er de? Videre; "Har du snakket med barna, er deres situasjon og reaksjoner kartlagt med de beste instrumenter vi rår over i dag"*? Ved å ta i bruk slike spørsmål, mener han at barneperspektivet kan ivaretas og være i utvikling.

2.3 Politiske føringer for å fremme barneperspektivet

Det har fra regjeringens side vært stor satsning for å skape kunnskap om barn som vokser opp med foreldre som har psykiske lidelser. I denne satsningen ligger også en rekke føringer for hvordan helsepersonell skal sikre en best mulig ivaretagelse av barna. Videre vil de mest relevante føringene bli belyst.

2.3.1 St.mld nr.25

I et vedlegg til St.meld. nr 25 (1996-97) ”Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og tjenestetilbudene”, kommer det for første gang klare uttalelser om nødvendigheten av et barneperspektiv innenfor psykisk helsevern for voksne. Dette begrunnes med at psykisk helsevern kan være første instans som får kjennskap til hele familiens vanskeligheter og behov. I Stortingsmeldingen pekes på helsepersonells ansvar for å gi barna informasjon. I meldingen gis derfor en klar oppfordring:

(...)den voksenpsykiatriske helsetjenesten må derfor bidra til å identifisere også barnas behov, og ta ansvar for å etablere godt samarbeid med barne- og ungdomspsykiatrien, barnevernet og primærhelsetjenesten. En annen viktig oppgave for voksenpsykiatrien er å hjelpe pasienten til å samarbeide med andre instanser om barnas beste, og å ivareta barnas behov for informasjon under mors eller fars sykehusopphold. Voksenpsykiatriske institusjoner bør etablere rutiner som gjør at det tas stilling til barnas behov. (St.meld. nr 25 (1996-97), vedlegg 1).

2.3.2 Rundskriv IS-5/2006

Sosial- og helsedirektoratet utga i 2006 rundskrivet IS-5/2006 ”Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre”. Bakgrunn for rundskrivet er en erkjennelse av de mangler som finnes i forhold til oppfølging av barn av foreldre med psykisk sykdom og/eller rusavhengighet. Rundskrivet henviser til kunnskapsoppsummeringer fra fagfeltet, hvor resultater viser at tilbudet til disse barna er tilfeldig og uforutsigbart. Oppsummeringene viste til at på tross av helsepersonells kunnskap om barnets risikofaktorer fantes det i liten grad prosedyrer for å avklare om pasienten hadde barn og hvem som tok seg av barna når pasienten var innlagt. I den grad barn var i fokus, var dette et resultat av ildsjeler som jobbet i avdelingene. Til tross for kunnskap om betydningen av et utvidet perspektiv som innbefatter pasientens barn, viste det seg at rutinene og praksis innenfor psykisk helsevern i stor grad var individorientert (Aamodt & Aamodt, 2005). Rundskrivet gir anbefalinger til at helsepersonell blant annet: ”(...) etablerer rutiner/prosedyrer som tar sikte på å fange opp om aktuelle

tjenestemottagere har barn, hvordan barnas situasjon er, samt sikre at nødvendig oppfølging er igangsatt eller tar initiativ til at det igangsettes” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 1).

Rundskriv IS-5/2010 fremhever at dersom det oppstår motstridende interesser mellom barn og foreldre er det viktig at barneperspektivet ivaretas.

2.3.3 BarnsBeste

I 2008 opprettet Helse- og omsorgsdepartementet det nasjonale kompetansenettverket BarnsBeste. Nettverket ledes og koordineres av Sørlandet Sykehus HF og har til hensikt å systematisere og formidle kunnskap og metoder som omhandler barn som pårørende. Nettverket har vært i stadig utvikling for å skape verktøy til bruk for helsepersonell til å sikre ivaretagelse av barn. Blant annet kunne de fra 2012 tilby e-læringsprogrammet ”barn som pårørende” (BarnsBeste, 2014)

2.3.4 Ot.prp. nr. 84

I Ot.prp nr. 84 (2008-2009) tas begrepet barn som pårørende tas for første gang i bruk i et offentlig dokument. Det fremmes forslag om endring i helsepersonelloven for å sikre barn som pårørende bedre oppfølging når foreldre mottar helsehjelp. Barn som pårørende av psykisk syke foreldre og rusmiddelavhengige fremheves eksplisitt:

(...) born til rusmiddelavhengige og psykisk sjuke foreldre er mellom dei gruppene som fell utanfor eller ikkje vert tekne tilstrekkeleg vare på i det ordinære hjelpeapparatet. Dei fleste institusjonane i psykisk helsevern for vaksne har ikkje noko tilbod til born og pårørande. Hovudinntrykket er at medverknaden frå helsetenesta til å oppdaga borna og hjelpe dei verkar tilfeldig, uføreseieleg og fragmentarisk. (Ot.prp. nr. 84, (2008-2009), s. 5)

Regjeringen konkluderer med at barna må ivaretas mer systematisk enn tidligere. Samtidig med at det fremmes forslag om endring i helsepersonelloven, foreslås det også endring i spesialisthelsetjenesten med å lovfeste at alle helseinstitusjoner innefor spesialisthelsetjenesten skal ha barneansvarlige.

2.3.5 Lovbestemmelsen

1. januar 2010 trer proposisjonens foreslåtte lovbestemmelse i kraft; som § 10a i helsepersonelloven. Da lovbestemmelsen står sentralt i studiens hensikt, blir den sitert i sin helhet:

§ 10a. Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende. Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasient med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av forelderens tilstand. 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, 1999).

Samme dato trer også lov om barneansvarlig personell i kraft, gjennom § 3-7a i Spesialisthelsetjenesteloven. Her tydeliggjøres at helseinstitusjoner innenfor spesialisthelsetjenesten er pliktige til å oppnevne barneansvarlig personell som skal ha ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn (Spesialisthelsetjenesteloven, 1999).

2.3.6 Rundskriv IS-5/2010

Rundskrivet IS-5/2010 "Barn som pårørende – mor eller far er syk" omhandler de nye lovbestemmelsene og gir utfyllende kommentarer til disse; hvordan de skal forstås og praktiseres. Rundskrivet har dermed til hensikt å gi veiledende informasjon til helsepersonell som har ansvar etter bestemmelsene. Det påpekes at plikten først og fremst gjelder helsepersonell med behandlingsansvar av pasienten, herunder er lege og psykolog nevnt. Videre presiseres det at det ikke kan utelukkes at også annet helsepersonell vil ha et behandlingsansvar og at det også kan " være nødvendig med bistand fra annet helsepersonell når barn skal ivaretas" (Helsedirektoratet, 2010, s. 4). Rundskrivet fremhever virksomhetens

plikt til organisering og tilrettelegging for at helsepersonell er i stand til å rette seg etter lovpålagte plikter, jf § 16 i helsepersonelloven (Helsedirektoratet, 2010).

Primært er det foreldre og andre omsorgsgivere som skal gi informasjon og følge opp barna. Bestemmelsen har til hensikt å ivareta de situasjoner hvor pasienten selv eller andre med foreldreansvaret ikke er i stand til å ivareta barnas behov, eller dersom det er bekymring og tvil om barnas behov ivaretas. Dersom barnet har fått nødvendig informasjon og kartlegging viser at barnet og dets behov er ivaretatt, vil det ikke være grunn for helsepersonellet til å følge opp saken videre (Helsedirektoratet, 2010). Rundskrivet fremhever nødvendigheten av å sette foreldre i stand til å mestre foreldrerollen ved sykdom. Pasienten bør derfor trekkes inn i arbeidet med barna i den grad det er mulig, for å kunne utføre sin rolle som forelder på best mulig måte (Helsedirektoratet, 2010).

I samme rundskriv omtales hensikten med barneansvarlig personell. Utover kjernefunksjonen som å sette arbeidet i system, holde helsepersonellet oppdatert og fremme barnas interesser defineres barneansvarliges oppgaver som åpne. Det enkelte helseforetak skal definere ordningen og arbeidsfordelingen mellom barneansvarlig og øvrig behandlende helsepersonell (Helsedirektoratet, 2010).

3. TIDLIGERE FORSKNING

Jeg foretok søk med ord som children, parental mental illness og mental health i databaser som Cinahl, Medline, Academic Search Premier og Helsebiblioteket. Ut fra mengden på tilgjengelig artikler ble jeg ganske fort klar over at søket måtte avgrenses; ordet health professionals ble lagt til. Både med og uten kombinasjonen legislation. Søket resulterte i internasjonal forskning fra Australia, Irland og England, ispedd nordiske bidrag fra Finland og Norge. I all hovedsak omhandlet forskningen barrierer for implementering av familie- og barneperspektiv i psykisk helsearbeid. Videre er tidligere forskning funnet gjennom å etterfølge litteraturlister fra anvendt litteratur, samt gjennom det nasjonale kompetansenettverket BarnsBeste.

I det følgende presenteres noen utvalgte studier som retter fokus mot helsepersonell som i sin praksis møter psykisk syke pasienter og deres barn.

”Når foreldre er psykisk syke” av Mevik & Trymbo (2002) bygger på to forskningsprosjekter. Det ene prosjektet retter seg mot helsepersonell med ansvar for psykisk syke pasienter med foreldrefunksjon. Det andre prosjektet retter seg mot psykisk syke foreldre. Mevik og Trymbo (2002) henviser til forskning om sårbarhet knyttet til blant annet arv. De viser til at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har større risiko for selv å utvikle psykiske lidelser enn andre barn. I tillegg viser de til at arvelighet av psykiske lidelser henger sammen med sårbarhetsfaktorer som ikke har sammenheng med genetisk arv. Det poengteres imidlertid at dersom det er åpenhet rundt den psykiske lidelsen, kan barna klare seg mye bedre (Mevik & Trymbo, 2002). Blant interesseområdene for forskningen til Mevik & Trymbo (2002) var informasjon til barn av foreldre med psykiske lidelser. De understreker betydningen av informasjon om den psykiske lidelsen og at lidelsens mangfold må formidles til barn. Hvis barnet blir informert om det spesielle rundt lidelsen og fortalt at det finnes andre barn i samme situasjon, kan det redusere barnets følelse av å bli tilsidesatt. Mangel på informasjon kan føre til at barn får skyldfølelse over at mor eller far er syk (Mevik & Trymbo, 2002). Det trekkes også frem at det er en rådende forestilling blant voksne at barn først og fremst skal skånes fra smertefulle og vanskelige ting i livet. Konsekvensen av en slik forståelse er at en unnlater å snakke med barna om det som er vanskelig. Barn tåler imidlertid godt å prate om smertefulle opplevelser. Barn som opplever at noen forstår smerten deres, vil ha en bedre forutsetning for å mestre smerten (Mevik & Trymbo, 2002). Skyldfølelse er et begrep som i forskningen også relateres til foreldrenes følelse overfor barna ved å være psykisk syk. De fleste foreldre med

psykisk lidelse ønsket at helsepersonell skulle prate med dem om barna. Flere av mødrene som ble intervjuet ga uttrykk for at de bare svarte på det som behandleren spurte dem om. De våget ikke å stille egne spørsmål, noen av mødrene hadde heller ikke tanke for at dette var mulig. I følge Mevik og Trymbo (2002) vil mangel på informasjon og kunnskap til familien opprettholde tausheten, samt kunne forsterke tanken om at noen temaer er tabu.

I flere studier fremheves at helsepersonell må være klar over den unike posisjonen de er i, da med tanke på å se barna, forstå hvordan de har det og hva de behøver av oppfølging (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2013; Maybery & Reupert, 2009; Korhonen, Pietilä, & Vehviläinen-Julkun, 2010). En studie av Slack & Webber (2008) viser til at helsepersonell mener at det er viktig å ivareta barna, men at de ikke nødvendigvis ser det som deres ansvar. Det er også studier som viser til at helsepersonell har gitt uttrykk for et behov for retningslinjer om hvem som skal ta ansvar for å følge opp pasientens barn (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2013)

I Australia ble det av Maybery & Reupert (2009) gjennomført en systematisk litteraturstudie av forskningslitteratur og rapporter med fokus på hva helsepersonell innenfor psykisk helsevern mener har betydning for deres mulighet til å følge opp pasientenes barn. I studien ble det lagt særlig vekt på barrierer som hinder arbeidet. Maybery & Reupert (2009) avdekker at en medisinskfaglig forståelse i pasientbehandlingen gjør at pasienten ses på kun som pasient, noe som medfører at foreldreperspektivet blir glemt. Behandlingsalliansen blir også trukket frem som et hinder for å tematisere foreldrerollen i samtaler med pasienter som har barn (Maybery & Reupert, 2009). Studien konkluderer med at det er et stort gap mellom hva helsepersonell i psykisk helsevern kan og bør gjøre, og hva de faktisk gjør når det kommer til å ha fokus på pasientens barn. Det anbefales familiefokuserte intervensjoner. Både for å ivareta barna, men også for og nå en raskere tilfriskning av pasienten. Maybery & Reupert (2009) fremhever at en endring krever et skifte av fokus, noe som innebærer innsats på organisasjonsnivå så vel som holdningsskapende arbeid rettet mot helsepersonell.

I følge Korhonen, Pietilä og Vehviläinen-Julkunen (2010) er det funn som viser at helsepersonell møter barna til pasientene for sjelden til å kunne gi adekvat oppfølging. Dette støttes av en studie gjort av O'Brien, Brady, Anand & Gillies (2011). Sistnevnte studie viser til at helsepersonell ofte ikke var klar over om pasienten hadde barn eller ei. I de tilfeller hvor det var kjent at pasienten hadde barn, var de ansatte usikre på sin rolle i kontakt med

barna. De kunne også oppleve det som et dilemma at barn kom på besøk i avdelingen. På den ene siden anså de besøk av barn som gunstig og på den andre siden mente de at avdelingene var lite tilrettelagt for barns besøk. Flere studier viser til at helsepersonell føler de har manglende kompetanse og dermed blir utrygge når det kommer til ivaretagelse av barn som pårørende (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2013; Korhonen, Pietilä, & Vehviläinen-Julkun, 2010; O'Brien, Brady, Anand, & Gillies, 2011; Lauritzen, Reedtz, Van Doesum, & Martinussen, 2014a; Maybery & Reupert, 2009). Korhonen et al (2010) avdekker i sin studie at helsepersonells erfaring er en viktig faktor for å føle seg trygg.

Houlihan, Sharek & Higgins (2013) viser til at de fleste spør etter om pasienten har barn og om barnas alder. Færre dokumenterer dette og gir beskjed videre. Enda færre dokumenterer barnas behov. Kun et fåtall tilbyr barnet samtale og enda færre tilbyr pasienten veiledning i foreldrerollen. Helsepersonell i Houlihans et al (2013) studie etterlyste egne skjema til å kartlegge pasientens barn, dette mente de ville hjelpe dem i oppfølging av barna.

En norsk studie er nylig publisert av Lauritzen, Reedtz, Van Doesum & Martinussen (2014b). Studiens hensikt var å undersøke i hvilken grad de nye lovbestemmelsene er implementert i praksis. Studien hadde et pre- og postdesign, hvor innsamling av data skjedde ved selvrapporteringsskjema. Helsepersonell ble målt på rutiner, holdninger, kunnskap om konsekvenser for barn av foreldrenes psykiske lidelser, samt kunnskap om lovbestemmelsen for barn som pårørende. Resultater i post-test viser til at helsepersonell er blitt markant bedre til å identifisere barna og også til å bruke egne skjema til dette. Når det kom til støtte gjennom samtaler med pasienter og deres barn var det få endringer. Studien belyser utfordringer ved implementering av nye rutiner (Lauritzen et al., 2014b).

4. METODE

4.1 Bakgrunn for valg av metode og vitenskapsteoretisk forankring

Studiens hensikt er å få en utvidet forståelse av helsepersonells tanker og erfaringer med hvordan lovbestemmelsen utøves i praksis, samt hvilken betydning lovbestemmelsen har for barnperspektivet. Det var derfor naturlig å velge en kvalitativ tilnærming, ettersom en slik tilnærming egner seg best når en søker kunnskap om menneskelige fenomener som erfaringer, opplevelser, tanker og holdninger (Malterud, 2011)

Kvalitative metoder bygger på filosofiske teorier om menneskelig erfaring og fortolkning av menneskelig mening; beskrevet som fenomenologi og hermeneutikk (Malterud, 2011; Kvale & Brinkmann, 2012). Selv om en ikke trenger inngående dybdekunnskap til de filosofiske teoriene vil en likevel ha behov for kjennskap til dem for å kunne sette kunnskapsforståelsen i en større sammenheng (Malterud, 2011).

Fenomenologi er erfaringsorientert og kan beskrives som læren om det som kommer til syne, eller fremstår for en bevissthet (Kvale & Brinkmann, 2012). I forskningssammenheng vil fenomenologien vise til en verden slik den oppleves av informantene, ut fra forståelse om at dette er deres virkelighet (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2011). Hermeneutikk er læren om fortolkning (Kvale & Brinkmann, 2012, s. 69). I hermeneutikken vektlegges at det ikke finnes kun en sannhet, men at fenomener kan tolkes på flerfoldige måter. I forskningssammenheng innebærer dette en forståelse av at kunnskap utvikles gjennom et sirkulært arbeid med teksten. Forståelsen av delene påvirker forståelsen av helheten, som igjen påvirker forståelsen av delene. I det analytiske arbeidet vil disse hermeneutiske sirklene kunne føre til ny og dypere forståelse av det materialet man arbeider med, den såkalte hermeneutiske spiral (Kvale & Brinkmann, 2012; Malterud, 2011; Nilssen, 2012).

Denne studien er inspirert både av fenomenologi og hermeneutikk. Fenomenologi fordi jeg gjennom kvalitativ vitenskapelig tilnærming søker å få frem helsepersonells egne perspektiv. Hermeneutikk fordi jeg søker å få en dypere forståelse for disse perspektivene.

4.2 Innsamling av data

4.2.1 Fokusgruppe som metode for innsamling av data

Innenfor kvalitativ forskning finnes flere metoder for å samle inn data, som observasjon, individuelle intervju og fokusgrupper. I denne studien er fokusgruppe valgt som metode.

Fokusgrupper er en selvstendig og frittstående forskningsmetode innenfor kvalitativ forskning (Malterud, 2012). Å benytte fokusgruppe er særlig nyttig når formålet er å fremskaffe data om grupperes fortolkninger, normer og refleksjoner om ulike forhold (Halkier, 2010; Malterud, 2012). I en slik datainnsamling står samhandling sentralt; virkemidlet er interaksjon mellom informantene hvor problemstillingen belyses så nyansert som mulig. Informantenes fortolkninger og sammenligninger av erfaringer vil kunne være til hjelp for å forklare kompleksiteten i temaet (Halkier, 2010; Malterud, 2012). En fare kan likevel være at enkelte informanter får sagt mindre enn andre og at det kan oppstå både konformitet og tendens til polarisering (Halkier, 2010). Det gis ulike anbefalinger for hvor mange deltakere det bør være i fokusgrupper (Johannesen, Tufte, & Christoffersen, 2010; Malterud, 2012; Halkier, 2010). I følge Malterud (2012) vil en liten gruppe kunne gi mer dybde og mindre variasjon i datamaterialet, mens en større gruppe vil kunne gi mer variasjon og mindre dybde. Johannesen et. al (2011) fremhever fordeler som at det er lettere å ta ordet i en mindre gruppe enn i en større gruppe, og at alle informantene får tid og anledning til å få sagt det de ønsker å si.

For å belyse studiens problemstilling kunne det også vært gunstig og brukt individuelle intervju. Når jeg likevel valgte å anvende fokusgruppe som metode var det nettopp med tanke på de dynamiske prosessene som skjer i en gruppe i forhold til fortolkninger og sammenligninger av erfaringer.

4.2.2 Utvalg

Utvalget for studien var helsepersonell ansatt som miljøterapeuter i psykisk helsevern for voksne. Dette representerte et strategisk utvalg. Inklusjonskriteriene var helsepersonell med minimum treårig høyskoleutdanning innen helse- og/eller sosialfag. Lovbestemmelsen § 10a legger til grunn at plikten gjelder for alt helsepersonell. Som beskrevet tidligere har barneansvarlig helsepersonell en særskilt oppgave med å fremme og koordinere oppfølging av barn som pårørende, de har gjerne også egen opplæring i temaet barn som pårørende. Det er

derfor grunn til å tro at de har erfaringer som ikke er i tråd med øvrige helsepersonells erfaringer, som jeg søker i denne studien. Barneansvarlig personell var derfor ekskludert.

Utvalget bestod av 7 informanter. Alle var ansatt på distriktpsikiatriske senter (DPS) i et helseforetak i Norge. To ulike DPS, med til sammen fire avdelinger var representert i utvalget. Alle informantene var kvinnelige sykepleiere ansatt som miljøterapeuter, tre av dem med videreutdanning i psykisk helsearbeid. Gjennomsnittlig arbeidserfaring i psykisk helsevern var på 5,5 år.

4.2.3 Formaliteter og tilgang til feltet

I første omgang henvendte jeg meg til personvernombudet ved det aktuelle sykehuset. Her ble hensikt med studien lagt frem, samtidig med spørsmål om prosjektet var meldepliktig. I følge personvernombudet var prosjektet ikke meldepliktig. Dette var sammenfallende med resultatet jeg fikk ved å gjøre en "selv-test" på Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) sine nett-sider. Retningslinjene for forskning i helseforetak tydeliggjør at det er direktørene i de ulike divisjonene som har hovedansvar for å avgjøre om et forskningsprosjekt kan gjennomføres uten å komme i konflikt med drift og andre oppgaver som divisjonen har ansvaret for. For å få tilgang til informanter ble det derfor rettet en forespørsel til direktør ved den aktuelle psykiatriske divisjonen (vedlegg 1). Svaret var positivt. Videre ble studien meldt til forskningsavdelingen ved den aktuelle divisjonen. Her ble det vist til en foreløpig arbeidstittel til studien, samt sammendrag av prosjektplan som blant annet viste til studiens hensikt og metode som skulle benyttes. Studien ble godkjent 14.02.2014 (vedlegg 2). Med positivt svar fra de tre forannevnte var det klarsignal for å gå i gang med rekruttering av helsepersonell for innsamling av data.

4.2.4 Rekruttering

I rekrutteringsfasen ble det i først tatt kontakt via e-mail med postledere på 13 ulike avdelinger innenfor den aktuelle psykiatriske divisjonen. Det ble her vedlagt invitasjon til deltagelse i studien (vedlegg 3), samt en forespørsel om de kunne være det som Malterud (2012) omtaler som portvakter i forhold til rekrutteringen. Det ble også lagt ved samtykkeerklæring (vedlegg 4). Ingen av lederne kom med tilbakemeldinger på denne e-mailen. Jeg valgte derfor å følge opp med telefonisk kontakt. Flere av lederne hadde fortalt om studien til ansatte på sin post, uten at noen hadde meldt sin interesse til å stille som informanter. Neste forespørsel ble derfor om å få komme på besøk i avdelingene for å informere mer, noe som ble gitt tillatelse til. Etter hvert var det flere helsepersonell som viste

interesse for studien, men som av ulike årsaker ikke ønsket å delta. Grunnene som ble oppgitt var blant annet at de ”hadde lite erfaring med barn som pårørende” og at de hadde ”kort ansettelseforhold”. To personer synes også det ble ”skummelt med fokusgruppeintervju”.

Rekrutteringsprosessen var tidkrevende og til tider følte den ganske håpløs. Jeg erfarte det ble en hårfin balansegang mellom å snakke varmt om studien, samtidig med og ikke legge press til deltakelse. Etter hvert løsnet det noe og første fokusgruppe ble etablert med fire deltakere på et DPS, på tvers av tre ulike avdelinger. Dette skjedde ved at jeg rettet en direkte forespørsel til helsepersonell som hadde vist sin interesse for studien. Den andre fokusgruppen ble etablert ved at leder ved det aktuelle DPS samlet tre av sine ansatte og ba dem å delta. Alle tre takket ja. Videre ble det forsøkt snøballmetode; som betyr å skaffe flere informanter gjennom de som allerede hadde takket ja (Malterud, 2012). Dette lyktes ikke og to fokusgrupper på henholdsvis fire og tre informanter var et faktum.

4.2.5 Gjennomføring av fokusgruppeintervjuene

Den som leder fokusgruppen kalles gjerne moderator og vanligvis er dette forsker selv, i dette tilfellet meg. Som moderator var min rolle å presentere hva som skulle diskuteres og legge til rette for ordveksling (Malterud, 2012). Det anbefales å ha med en medforsker, i litteraturen omtalt som co-moderator (Malterud, 2012; Halkier, 2010). Dette ble også valgt i denne studien, selv om jeg på forhånd vurderte om dette ville føles unaturlig da gruppene var relativt små. Erfaringen var at co-moderator var til stor hjelp både under selve intervjuingen og i etterkant, noe jeg vil vise til litt senere.

Det blir også anbefalt et prøveintervju, både for prøve ut intervjuguiden og for å teste seg selv som verktøy i intervjusituasjonen (Halkier, 2010). Prøveintervju ble vurdert, men ikke valgt. Dette delvis av pragmatiske grunner, hvor både tidsbruk og utfordring med å skaffe informanter spilte en betydning. Videre mente jeg å ha en forståelse av min rolle som moderator ved å ha vært gruppeleder i ulike veiledningssituasjoner. Dertil var min intervjuguide grundig gjennomgått sammen med veileder og co-moderator.

Det ble gjennomført to fokusgruppeintervjuer, hvor tidsbruk var henholdsvis 65 og 70 minutter. Alle informantene hadde signert samtykkeerklæring. Intervjuene ble gjennomført ved hjelp av halvstrukturert intervjuguide med hensikt å stille åpne spørsmål. En slik guide har relativt få spørsmål, noe som gir mulighet for informantene å bruke tid til refleksjon

(Kvale & Brinkmann, 2012). En annen fordel med å ikke stille for mange spørsmål er at datamaterialet kan svekkes på grunn av for stor mengde av innsamlet data (Krueger, 1993). Spørsmålene ble tematisert etter problemstillingen med underbyggende forskningsspørsmål og var ment som en huskeliste for meg. Intervjuguiden ble da heller ikke brukt slavisk under intervjuene.

Fokusgruppeintervjuene ble gjennomført på informantenes arbeidsplasser. Dette både av praktiske hensyn som at det var her informantene befant seg, men også for at intervjusituasjonen skulle føles trygg og mest mulig naturlig. Begge intervjuene startet med at jeg som moderator, co-moderator og informantene presenterte oss for hverandre. Deretter ble hensikten med studien gjennomgått. Jeg var tydelig på at jeg var her for lære, ikke for å belære. Jeg la lagt vekt på at selv om jeg hadde fokus på lovbestemmelsen på den ene siden og spørsmål om deres tanker og erfaringer på den andre siden, så var ikke dette ment som en kontrollstudie hvorvidt de håndterte lovverket eller ei. Utfallet av denne tydeligheten var at det skapte en trygg sone, med rom for informantenes egne ærlige tanker og erfaringer.

I begge gruppene kjente informantene hverandre fra før av, noe som jeg tenker ytterligere bidro til at stemningen fremsto trygg. Jeg var likevel gjennom intervjusituasjonen bevisst på at det kunne oppstå konformitet og polarisering, slik Halkier (2010) beskriver det. I fokusgruppene som ble gjennomført opplevdes hverken konformitet eller polarisering, snarere heller selvstendige og refleksive uttrykk for egne tanker og erfaringer. Informantene virket heller ikke usikre eller tilbakeholdne overfor hverandre.

Fra første fokusgruppe ble det tatt med erfaringer til den neste. I første fokusgruppe erfarte jeg flere ganger at informantene ventet på tur for å prate og at de gjerne henvendte seg til meg som moderator, noe som medførte at det ble mindre diskusjon innad i gruppen. I neste fokusgruppe var jeg derfor mer tydelig på at de gjerne kunne henvende seg til hverandre når de snakket. Jeg opplevde da at det flere ganger oppsto diskusjon; interaksjon. I begge intervjuene var jeg opptatt av å ikke stille ledende spørsmål, men i det siste intervjuet trakk jeg med meg noen svar fra forrige intervju med spørsmål om dette var noe de kjente seg igjen i. Co-moderator noterte seg stemningen slik den opplevdes underveis, samt at hun krysset av gjennomgåtte spørsmål. Dette gjorde at jeg i oppsummeringen av intervjuene kunne få en oversikt av hvorvidt alle spørsmål var gjennomgått selv om jeg valgte å bare være ”halvstrukturert” i selve intervjuingen. I etterkant av hvert intervju reflekterte co-moderator

sammen med meg hvordan min rolle som moderator fungerte, samt hva som var blitt sagt og hvordan stemningen opplevdes.

4.3 Analyse

Malterud (2011) hevder at en gjennomarbeidet og godt dokumentert analyse er det som skiller den vitenskapelige tilnærmingen fra overfladiske påstander og synsing. Enhver kvalitativ studie er unik, noe som betyr at også den analytiske tilnærmingen vil være unik (Nilssen, 2012). Min tilnærming i analysen var induktiv. I motsetning til deduktiv tilnærming hvor datamateriale blir analysert ved hjelp av et forhåndsdefinert teoretisk rammeverk, vil en med en induktiv tilnærming søke å finne mønstre og temaer uten på forhånd å ha definert teorien (Patton, 2002).

4.3.1 Transkribering

Som nevnt tidligere ble det i intervjuene benyttet digital lydopptaker. Jeg valgte selv å transkribere lydopptakene til tekst. Det fremheves flere fordeler ved at forsker selv utfører denne jobben, blant annet blir det beskrevet at transkriberingen er en viktig del av analyseprosessen (Nilssen, 2012). Dette var også mine erfaringer. Blant annet registrerte jeg at ordene barneansvarlig og rutiner ble nedskrevet mange ganger.

Gjennom transkriberingen ble det notert pauser og ulike uttrykk, som "eeeh" og "hm". Hvor flere av informantene sa "mmm" etter et utsagn, ble dette notert med fet skrift samtidig med egen refleksjon om dette kunne forstås som bred enighet i gruppen. Avbrytelser ble også notert. Det var satt av tid til transkribering av materialet samme dag som fokusgruppeintervjuene fant sted. Jeg erfarte at det var nyttig å utføre denne oppgaven som en forlengelse av intervjuene da jeg fremdeles hadde intervjuets stemning friskt i minne. Jeg valgte å transkribere på bokmål, både med hensyn til konfidensialitet men også fordi det falt meg mest naturlig. Det transkriberte materialet besto av 40 A4 sider. Materialet ble sendt til co-moderator for gjennomlesning.

4.3.2 Analyseprosess

I analyseprosessen valgte jeg å benytte innholdsanalyse. Innholdsanalyser er ikke et entydig begrep, men samlet vil en slik analysemodell inneholde teknikker for en systematisk dataanalyse. Graneheim og Lundman (2004) presenterer en bred oversikt over ulike begrep

knyttet til kvalitativ innholdsanalyse. Videre gir de retningslinjer for hvordan en slik analyse kan gjennomføres. Analysearbeidet i denne studien er inspirert av disse retningslinjene. Analyse av teksten identifiserer både et manifest og et latent innhold. Det manifeste innholdet er det helt synlige og åpenbare i teksten; hva som ordrett er sagt av informantene. Det latente innholdet er hva som forstås eller tolkes av innholdet (Graneheim & Lundman, 2004).

I tråd med Graneheim og Lundman (2004) er det anvendt tabeller som gir innblikk i deler av analyseprosessen.

Første analysetrinn

Trinn en i analyseprosessen var å lese gjennom den transkriberte teksten flere ganger. Dette for å danne et helhetsinntrykk. Denne teksten utgjorde analyseenheten for studien (Graneheim & Lundman, 2004). Ved gjennomlesning ble det lagt til observasjoner og refleksjoner fra min side, disse erfarte jeg kunne endre seg for hver gjennomlesning av teksten og det var derfor nødvendig med flere justeringer.

Andre analysetrinn

Gjennom trinn to ble det bestemt meningsenheter. I følge Graneheim og Lundman (2004) er meningsenheter en sammenstilling av ord; en meningsbærende enhet av teksten som kan bestå av ord eller setninger som relaterer til samme mening. Gjennom systematisk gjennomlesning av teksten i søken etter meningsenheter, hadde jeg i første omgang et blikk mot forskningsspørsmålene, etter hvert også på sammenstillinger av ord og setninger som informantene i fokusgruppene vurderte som vesentlige. Innimellom formidlet informantene flere ting samtidig, dette gjorde at det de sa kunne settes under flere meningsenheter. Meningsenhetene ble markert med farge, for så å bli kopiert over til et annet dokument.

Tredje analysetrinn

På tredje analysetrinn ble meningsenheter forkortet og beskrevet noe mer leservennlig, samtidig som jeg la vekt på at meningsinnholdet ikke skulle gå tapt. Dette er hva Graneheim og Lundman (2004) omtaler som kondenserte meningsenheter. De kondenserte meningsenhetene ble kopiert og ført over på eget dokument og lagt i tabell sammen med tilhørende meningsenheter. I denne fasen måtte jeg gå litt frem og tilbake for å se om meningsenhetene inneholdt mer enn det jeg først oppfattet når jeg skulle forkorte dem.

Fjerde analysetrinn

Ut fra kondenserte meningsenheter ble det formulert koder som med få ord beskrev meningsenhetene på et abstrahert og mer logisk nivå. En slik abstrahering skjer videre gjennom analyseprosessen og er i følge Graneheim og Lundman (2008) både beskrivende og fortolkende. Prosessen mot å finne koder var tidkrevende, spesielt der informantene hadde supplert andres utsagn med korte kommentarer. Kodene ble lagt i tabell sammen med meningsenheter og kondensering av disse (tabell I).

Tabell I: Eksempler på meningsenheter, kondenserte meningsenheter og koder		
Meningsenhet Trinn 2	Kondensert meningsenhet Trinn 3	Koder Trinn 4
Jeg vet med meg selv at jeg ved innkost alltid spør om det er barn, men jeg vet ikke om vi alltid er like flinke, ja jeg vet ikke om vi har noen god plass å dokumentere dette. Vi har det kanskje i innkostnotatet og at det videre er litt tilfeldig. At det ikke alltid er like gjennomarbeidet rutiner.	Spør alltid om det er barn, vet ikke om det er gode nok rutiner for videre dokumentasjon – at det er litt tilfeldig.	Mangler rutiner for dokumentasjon
Ofte så kan jeg være litt sånn usikker, eller i tvil, på hvordan jeg skal tilnærme meg foreldrene uten at det går ut over relasjonen. Du har jo på en måte en relasjon og er redd for å støte dem fra deg ved å komme for fort, for brått på.	Kan bli usikker på tilnærming til foreldrene uten at det går ut over relasjonen. Redd for å støte fra med å være for brå.	Redsel for å ødelegge relasjon med pasienten
Men vi har også opplevd at vi ikke kommer i mål, jeg vet at det er en pasient som har vært hos oss noen år nå – inn og ut, så innimellom, og han, ehh. Jeg tror den yngste gutten hans var 14 år første gang han ble innlagt, og vi har aldri kommet i posisjon til å snakke med de barna. Og det er nok i redsel for at vi skal avsløre noe av hans lidelse, som han opplever som veldig skamfullt.	Kommer ikke i posisjon til å utføre samtaler med barna på grunn av pasientens redsel for avsløringer av den psykiske lidelsen som han føler skam over.	Utfordringer med å komme i posisjon til pasienten for å snakke med barna
Jeg kan kjenne at jeg blir veldig utrygg, jeg kjenner meg veldig sånn usikker rett og slett, i den rollen. Det er mektig å ha inn to barn, du vet at de har en vanskelig historie, så må vi være så pass trygge i vår rolle at vi klarer å romme de som kommer også.	Føler seg utrygg i rollen ved å gjennomføre barnesamtaler. Ser viktigheten av å være trygg for å romme barnas historie	Utrygg i rollen med barnesamtaler.

Femte analysetrinn:

På trinn fem i analyseprosessen ble kodene sammenstilt i likheter og ulikheter. Videre ble de abstrahert gjennom underkategorier til kategorier. Graneheim & Lundman (2004) hevder at kategorisering er selve kjernen ved kvalitative innholdsanalyser. Kategorier gir svar på *hva* og kan beskrives som en tråd gjennom flere koder og er således en gruppe med innhold som har noe til felles og som kan gi uttrykk for det manifeste innholdet i teksten (Graneheim & Lundman, 2004). Jeg erfarte at denne delen av analysen var et særlig risikofylt prosjekt; flere ganger måtte jeg gå tilbake til selve analyseenheten for å fange informantens mening i den konteksten de befant seg i.

Tabell II gir en enkel fremstilling av eksempler på koder, underkategorier og kategorier.

Tabell II: Eksempel på koder, underkategorier og kategori		
Koder	Underkategorier	Kategori
Redsel for å ødelegge relasjon med pasienten.	Å bevare relasjonen	Samarbeid med pasienten
Utfordringer med å komme i posisjon til pasienten	Å komme i posisjon	
Utrygg i rollen med barnesamtaler	Å ikke våge	Kompetanse
Kjenner ikke til rundskriv	Å ikke vite	
Ikke tatt opplæringskurs		

Sjette analysetrinn

I det siste trinnet i analyseprosessen ble kategoriene med deres underkategorier sammenfattet i tema. Temaer kan være en tråd av underliggende meninger gjennom kondenserte meningsenheter, koder eller kategorier. Dette på et fortolkende nivå. Et tema kan dermed ses på som et uttrykk av det latente innholdet i teksten ved at det gir svar på *hvordan* (Graneheim & Lundman, 2004). Tabell III på neste side viser oversikt over analyseresultater; presentert i underkategori, kategori og tema.

Tabell III: Analyseresultater presentert i underkategori, kategori og tema		
Underkategori	Kategori	Tema
Slik det var før Å kunne forebygge	Kunnskap	Betydning av lovbestemmelsen
Å bevare relasjonen Å komme i posisjon	Samarbeid med foreldre	Erfaringer med utøvelsen av lovbestemmelsen
Kartlegging Dokumentasjon Fokus på behandlingsmøter	Rutiner	
Å ikke våge Å ikke vite om	Kompetanse	
Barneansvarliges rolle Barneansvarlige og fokuset	Barneansvarlige	Betydningen av barnepersonell

4.4 Etiske overveielser

En hver studie krever etiske overveielser (Kvale & Brinkmann, 2012). For å imøtekomme dette kravet ble alle informantene gitt både skriftlig og muntlig informasjon om studien; hva hensikten var og hvilken metode som ville bli anvendt. Videre var det utformet samtykkeerklæring hvor det ble fremhevet frivillighet til deltakelse, og at informantene på ethvert tidspunkt kunne trekke seg fra studien uten at det medførte konsekvenser for dem. I tillegg ble det informert om at det i fokusgruppen ville være en medforsker og at intervjuet i sin helhet ville bli tatt opp med digital lydopptaker. Både informasjonen om studien og samtykkeerklæringen kan ses i tråd med det Kvale & Brinkmann (2012, s. 89) beskriver som «fullstendig informasjon om design og studiets formål forhindrer at deltakerne villedes».

Å få innblikk i helsepersonells tanker og erfaringer, som en del av deres livsverden, krevde av meg som forsker at jeg ivaretok dem på best mulig måte. Både i selve intervjusituasjonen og i ivaretagelse av informasjonen de ga meg (Kvale & Brinkmann, 2012). I intervjusituasjonen var jeg bevisst på å fremstå lyttende og ivaretagende overfor den enkelte informant, så vel som hele gruppen. Informantene var gjennom samtykkeerklæringen opplyst om at innsamlet materiale ville bli oppbevart uten innsyn for andre inntil det ville bli makulert ved studiens slutt. De signerte samtykkeerklæringene og digital lydopptaker ble oppbevart i låsbar skuff. Ved transkribering ble alle personopplysninger om informantene utelatt. Transkribert materiale ble oppbevart på privat pc med personlig passord. Dette imøtekommer hva Kvale og Brinkmann (2012) omtaler som krav til konfidensialitet.

4.5 Studiens troverdighet

Graneheim og Lundman (2004) presenterer tre begrep som gir grunnlag for troverdighet i kvalitative studier; *credibility*, *dependability* og *transferability*. Jeg har med hensyn til leservennlighet valgt å oversette disse begrepene til norsk, og da som *gyldighet*, *pålitelighet* og *overførbarhet*.

Gyldighet viser til hvordan data imøtekommer studiens hensikt (Graneheim & Lundman, 2004). Gyldighet kan økes gjennom å ha informanter med relevant erfaring, velge egnet metode for datainnsamling og innhente riktig mengde data (Graneheim & Lundman, 2004). I denne studien ble informantene valgt ut strategisk med hensyn til at de alle var helsepersonell med erfaring innenfor psykisk helsevern. Gruppene var homogene i forhold til temaet.

Malterud (2012) påpeker viktigheten av å vurdere variasjonsbredden i utvalget til fokusgrupper. Hvis gruppen er for homogen, kan det være vanskelig å få fram data og nyanser som gir ny kunnskap eller åpner for nye spørsmål. Variasjonsbredde vil gi mulighet for å beskrive flere nyanser av ett og samme fenomen. Jeg har tidligere gjort rede for rekrutteringsprosessen som en tidkrevende og utfordrende prosess. Selv om forespørsel om deltakelse i studien gikk til ulike sengeposter innen psykisk helsevern, som avdelinger med akuttfunksjon og differensierte avdelinger som gir behandling for pasienter med eksempelvis psykoseproblematikk, lyktes jeg kun å rekruttere helsepersonell ansatt i DPS. Dette kan bety at homogeniteten i fokusgruppene kan ha medført til at viktige erfaringer og tanker om tema ikke er fanget opp.

Jeg erfarte likevel at fokusgruppene i denne studien bidro med data som var relevant for å få svar på forskningsspørsmålene. Det opplevdes heller ikke at interaksjonen i gruppene var preget av konformitet og polarisering, Jeg opplevde at informantene kunne svare uavhengig av hverandre og at de også ga uttrykk for uenighet når de ikke delte hverandres erfaringer. Således erfarte jeg at fokusgrupper var en egnet og gyldig metode for innsamling av data. Ved å gjennomføre fokusgruppeintervjuene med få dagers mellomrom unngikk jeg fokusforskyvning av studiens hensikt. Debriefing ble gjort umiddelbart etter hvert intervju hvor jeg sammen med co-moderator summerte opp inntrykk. Målet med debriefingene var blant annet å ta vare på førsteinntrykket av fokusgruppeintervjuene. Som et ytterligere tiltak for å fremme studiens gyldighet ble det transkriberte materialet sendt for gjennomlesning til co-moderator. En kan også tenke at studiens gyldighet er styrket ved at jeg har benyttet meg av litteratur og forskning av nyere dato.

En kan stille et kritisk spørsmål hvorvidt to fokusgrupper med et utvalg på 7 informanter kan gi det som Graneheim og Lundman (2004) beskriver som riktig mengde data. Det kan tenkes at både variasjon og bredde i materialet ville blitt annerledes med flere informanter. Samtidig erfarte jeg at det kom dype og verdiladete utsagn gjennom begge fokusgruppene og at materialet også ble håndterbart i forhold til meg som nybegynner i forskingsfeltet. Under intervjusituasjonen var jeg bevisst på å ikke stille for mange ledende spørsmål. Slik jeg ser det i etterkant, bidro nok dette også til at jeg stilte for få oppfølgingsspørsmål. Dette kan være en svakhet i forhold til studiens gyldighet.

Pålitelighet viser til eventuelle faktorer som følge av endringer og ustabilitet i prosessen; og innebærer således studiens konsistens (Graneheim & Lundman, 2004). Endringer over tid som variasjon i antall informanter og endringer i forskerens holdninger kan påvirke resultatet og forskerens beslutninger (Graneheim & Lundman, 2004). I denne studien foregikk intervjuene i en begrenset tidsperiode og begge gruppene var like med hensyn til informantenes behandlingskontekst, samt at det var tilnærmet samme antall informanter i begge gruppene. Det ble benyttet samme intervjuguide til hvert intervju, og ved begge intervjuene var jeg moderator og hadde med samme co-moderator. I følge Graneheim og Lundman (2004) vil påliteligheten styrkes ytterligere gjennom åpenhet om framgangsmåten i prosessen. Min systematiske fremstilling av metode og analyseprosess kan dermed ses på som et bidrag til studiens pålitelighet. Videre har jeg gjennom hele prosessen vist åpenhet om studien til min veileder som også har forskerbakgrunn.

Tidligere er nevnt at jeg selv har jobbet i psykisk helsevern i mange år. Således har jeg en klar nærhet til feltet hvor studien ble gjennomført. I kvalitative studier er nærhet til feltet en viktig forutsetning, samtidig som det er nødvendig med et åpent sinn hos forskeren for å se innsamlet data i en større sammenheng (Kvale & Brinkmann, 2012). I dette ligger en bevissthet om forforståelse. Aadland (2011, s. 308) beskriver forforståelse som «(...) en forståelse som går forut for erfaring; en bevisst eller ubevisst forventning om hvordan noe kommer til å bli». Min forforståelse besto ikke bare av egne arbeidserfaringer, men også av tidligere forskning og materialet som utgjør studiens kontekstuelle forståelsesramme. Forforståelse er ikke negativt så lenge den tydeliggjøres og at en i forskerrollen forstår betydningen av denne (Nilssen, 2012). I analysearbeidet forsøkte jeg etter beste evne å sette min forforståelse i parentes, jeg var bevisst på å la teksten tale for seg selv i tråd med en fenomenologisk tilnærming.

Overførbarhet viser til hvorvidt funn og resultater er overførbare til andre settinger og grupper (Graneheim & Lundman, 2004). Det er opp til leseren selv å avgjøre om studien har overføringsverdi til egen kontekst. Som forsker kan en legge til rette for dette med tydelige beskrivelser av studiens kontekst og eget ståsted. En fyldig presentasjon med hensiktsmessige sitater vil også styrke overførbarheten (Graneheim & Lundman, 2004). I denne studien er beskrivelsen av resultatene fremstilt ved bruk av kondenserte tekster og passende sitater. Jeg har etter beste evne forsøkt å vise til studiens kontekst. Videre har jeg tilstrebet en strukturert

og leservennlig presentasjon av studien, noe som gir leseren mulighet til selv å vurdere overførbarheten.

5. PRESENTASJON AV RESULTATER

Studiens hensikt er å få en utvidet forståelse for helsepersonells tanker og erfaringer med lovbestemmelsen for barn som pårørende. I dette kapitlet presenteres resultatene fra studien. Resultatene er strukturert i tema, kategorier og underkategorier, slik det fremkom i tabell III i analyseprosessen. Resultatene presenteres i hovedsak gjennom underkategoriene, som en sammenfatning av informantens manifeste beskrivelser. Sitater er brukt for å støtte opp under beskrivelsene, dette i tråd med Jacobsens (2010) forståelse for at sitater for kvalitative metoder er hva tall og figurer er for kvantitative metoder. Under hver kategori vil det komme en oppsummering.

5.1 Betydningen av lovbestemmelsen

Under dette tema fremstilles resultater om informantenes tanker og erfaringer for betydningen av lovbestemmelsen for barn som pårørende i psykisk helsevern. Resultatene fremstilles i kategorien: *Kunnskap*.

Kategori 1: Kunnskap

Informantene ga uttrykk for kunnskap om betydningen av en lovbestemmelse for å sikre informasjon og ivaretagelse av barn som pårørende. Denne kategorien skal belyse denne kunnskapen, inndelt i to underkategorier; *slik det var før* og *å kunne forebygge*.

Slik det var før

To av informantene fortalte at de ikke hadde jobbet tilstrekkelig mange år innenfor psykisk helsevern til å ha erfaringer med hvordan det var før lovbestemmelsen tredde i kraft i 2010. De hadde likevel flere tanker om hvordan dette måtte ha artet seg: *”Ja, for om en tenker på sånn det var før i tiden - barn de skulle bare sees og ikke høres. Og det gjaldt jo overalt”*.

Informantene som hadde lengst erfaring var også de ivrigste i diskusjonen om betydningen av lovbestemmelsen. Den ene informanten kunne fortelle en historie om en mor som var blitt akutt psykisk syk. Hun var da bli hentet av politi hjemme. Barna, som også var hjemme ble overlatt til seg selv; *”... på trappa”*, som informanten uttrykte det. Det kom flere uttalelser fra informantene for hvordan de tenkte og erfarte at barn tidligere var blitt ivaretatt innefor

psykisk helsevern: *"Rent historisk så er barn blitt neglisjert av psykiatrien, rett og slett neglisjert"*.

Informantene formidlet like fullt erfaringer med at også før lovbestemmelsen tredde i kraft var det flere helsepersonell som hadde hatt pasientens barn i tankene, men at det da fremsto som mer tilfeldig og at det ble lite handling fordi det havnet *"... mellom to stoler"*. De som likevel beholdt fokus og valgte å utrette noe for barna ble av informantene beskrevet som ildsjeler.

"... ja, ildsjeler tok tak. Ildsjeler våger å gjøre ting som en ikke er pålagt, eller som er forventet".

Informantene mente at lovbestemmelsen var et nødvendig bidrag til å fremme barneperspektivet og ivaretagelse av barn som pårørende:

"... nå er det slik at ikke bare noe vi kan gjøre om vi har lyst og om vi føler for det. Det er lovbestemt og det skal gjøres. Da blir det en bevisstgjøring".

Å kunne forebygge

Informantene hadde flere meninger om viktigheten av lovbestemmelsen for barn som pårørende; uttalelser som ble begrunnet i konsekvenser av å ha en psykisk syk mor eller far. Det var gjennom denne diskusjonen høyt engasjement, innimellom snakket også informantene *"i munnen på hverandre"*. Informantene fortalte historier hvor de hadde erfart at pasienter som var blitt innlagt, selv hadde vokst opp med psykisk syke foreldre. Noen av informantene med lengst erfaring kunne også fortelle at de hadde erfart at de først hadde hatt pasient i behandling, for flere år etterpå møtt pasientens da voksne barn som pasient.

Informantene tenkte at informasjon og samtaler med barna kunne ha en forebyggende hensikt: *"... slike tiltak kan muligens hindre at den psykiske sykdommen går i generasjoner"*. De mente at informasjon til barna kunne gi forutsigbarhet og forståelse når barnet befant seg i en situasjon hvor en forelder var psykisk syk og innlagt på sykehus ved å: *"... gi barna en følelse av at mor er på en trygg plass og at hun skal bli frisk igjen"*.

Flere informanter fortalte at det ble lagt til rette for at barn skulle kjenne seg velkomne når de kom på besøk, de forsøkte å lage det hyggelig for barna. En informant fortalte: *"Det er jo lite*

som skal til, av og til kan det være nok å bare finne frem en engangshanske som vi kan tulle litt med". De mente det var viktig å ta godt i mot barna når de kom på besøk, for at barnet ved å bli tatt godt i mot skulle få en forståelse at her var mor og far trygge. Informantene hadde tanker for at barn kunne skape sin egen forståelse for hva en innleggelse innenfor psykisk helsevern betyr, og denne som regel ville være langt mer skremmende enn virkeligheten: " De har kanskje forestillinger på at foreldrene blir holdt fast, sperret inne".

Informantene mente at informasjon til barna kunne hjelpe dem til og skille på seg selv og den syke forlederen, noe som ville være beskyttende for barnet. Videre ble det uttrykt tanker om at barn kunne bli skremte av syke foreldres atferd og at gjennom samtaler med helsepersonell kunne barna få sette ord på dette og få hjelp til å normalisere følelsene. De mente at ved å la barna få rom for å snakke om følelser kunne gi dem trygghet og tillit som medførte at de også kunne åpne seg for andre. Informasjon og samtaler med barn ble også sett på en mulighet til å gi barna tips om hva de kunne fortelle vennene sine dersom mor eller far stadig var innlagt på sykehus.

Oppsummering: Kategorien belyser informantenes kunnskap om betydning av en lovbestemmelse for å sikre at barn blir ivaretatt. Det ble trukket frem at før lovbestemmelsen kom var barn i større grad blitt neglisjert og hjelpen fremsto mer tilfeldig, basert på ildsjeler. Informantene fremhevet at lovbestemmelsen om ivaretagelse av barna kunne ha en forebyggende hensikt mot utvikling av psykisk lidelse.

5.2 Erfaringer med utøvelsen av lovbestemmelsen

Under dette tema vil det bli fremstilt resultater om erfaringer informantene har når det kommer til utøvelsen av lovbestemmelsen, herunder i kategorier som 1: *Samarbeid med pasienten som vedgår pasientens barn*, 2: *Rutiner* og 3: *Kompetanse*.

Kategori 1: Samarbeid med pasienten som vedgår pasientens barn.

Denne kategorien belyser ulike sider ved helsepersonells samarbeid med pasienten vedrørende barna. Informantene mente at et samarbeid med pasienten var viktig når det gjaldt arbeidet rundt pasientens barn. Det ble fremhevet at samarbeidet skulle være basert på frivillighet og bære preg av veiledning. De fortalte at et slikt samarbeid stort sett fant sted i team; bestående av miljøterapeut, individualbehandler og pasienten selv. Informantene

fortalte om erfaringer med at de fleste foreldre ønsket å snakke om barna og samarbeidet ble lagt til rette med utgangspunkt i hvordan pasienten ønsket å involvere barna og de rundt. De hadde likevel erfaringer med at et slikt samarbeid kunne by på utfordringer, her fremstilt i underkategoriene: *Å bevare relasjon* og *Å komme i posisjon*.

Å bevare relasjon

Gode relasjoner mellom helsepersonell og pasient ble beskrevet som nødvendig, da det i samtaler med pasienten som vedrørte barna kunne komme opp såre ting. En informant uttrykte at hun innimellom kunne være i tvil hvordan hun skulle gå frem når som gjaldt samtaler med pasienten uten at dette skulle gå ut over relasjonen: *”Jeg kan være redd for å ødelegge relasjonen ved å komme for brått på”*.

Det ble trukket frem erfaringer med at noen ganger kunne pasienten selv ta initiativ å prate om barna og at det da var lettere. Det ble opplevd mer utfordrende å ta opp temaet barn dersom pasienten ikke selv ga uttrykk for dette behovet. En informant fortalte at det kunne være vanskelig å spørre pasienten om barna:

”Dersom en pasient har hund, ville alle spurt om hvor er hunden når pasienten er innlagt. Sant? Det er jo enkelt å spørre om. Men når det gjelder barna, så tenker vi selvfølgelig så har de jo sørget for at barna er ivaretatt – vi kan jo ikke spørre om det. Sant? Altså, vi spør nok om det, men akkurat som jeg tenker at det er mye vanskeligere”.

Å komme i posisjon

Informantene fortalte om utfordringer med å komme i posisjon til pasienten når det kom til å tilby pasientens barn samtaler. De erfarte dette som frustrerende med henblikk til at de så barnas behov og ønsket å ivareta dem med å få vite hvordan de hadde det. Det ble beskrevet at noen foreldre kunne si at barna ikke hadde behov for en slik type samtale; *”... mitt barn har andre å prate med”*.

Det ble også fortalt om erfaringer med at innimellom når det tilbuds samtaler til barna, kunne pasienten avslå fordi den mente barnet hadde det bra, og hvor de bare måtte forholde seg til det som ble sagt *”...så svarte hun at barna hadde det egentlig greit og at skole og barnehage var informert om at det var en litt vanskelig situasjon. Da fulgte vi ikke det så mye mer opp, vi måtte jo bare forholde oss til det som mor sa”*.

Informantens forståelse av pasienters avslag til samtaler med barna ble blant annet begrunnet med at pasienten kunne avslå i frykt for det ukjente av en slik samtale innebar eller at de kunne føle sin rolle som forelder truet. Det ble av informantene trukket frem at det i slike tilfeller var viktig å bruke tid på å forklare pasienten om hensikten med samtaler med barnet og på denne måte også ufarliggjøre det. Andre erfaringer som ble fremhevet var at det kunne være utfordrende å komme i posisjon i forhold til pasientens forståelse av seg selv og sykdommen. Det ble fortalt en historie om en pasient som hadde vært innlagt flere ganger, uten at noen var kommet i posisjon til å få prate med barna. Informanten som fortalte denne historien tenkte at dette handlet om pasientens redsel for avsløringer av hans psykiske lidelse og skammen lidelsen medførte. Videre tenkte informanten at dersom de hadde kommet i posisjon til å få gitt barna informasjon, kunne dette ha medført at pasienten og hans barn ville hatt et bedre forhold i dag.

Det ble uttrykt meninger om nødvendigheten for at pasienten burde spørres flere ganger og også gjerne av flere personer i avdelingen dersom pasienten eller den andre forelderen ikke samtykket til barnesamtale i første omgang: *”vi gir ikke opp med et avslag første gang, vi gjentar og spør. Vi tenker det skal skje – det skal være en barnesamtale”*.

Oppsummering:

Det er i denne kategorien blitt belyst at informantene mente at det var viktig med samarbeid med pasienten som vedgår pasientens barn. Dog erfarer de ulike konkrete utfordringer knyttet til et slikt samarbeid, disse ble beskrevet som redsel for å bryte en god relasjon. Videre kunne det være en utfordring å komme i posisjon til pasienten ved at pasienten ikke vedkjente barnets behov, var i frykt for det ukjente med en barnesamtale eller at pasienten skammet seg over sykdommen.

Kategori 2: Rutiner

Rutiner, og særlig mangel på sådanne, var et begrep som ofte gikk igjen i materialet. En informant sa at selv om lovbestemmelsen var gitt, så erfarte hun mangel på rutiner for utøvelsen. Dette var noe de fleste informantene kjente seg igjen i. Videre presenteres nå uttrykte erfaringer med rutiner i underkategoriene: *kartlegging, dokumentasjon og fokus på barna i behandlingsmøter*.

Kartlegging

I intervjuene kom det frem at informantene erfarte at det var gode rutiner for at pasienter som ble innlagt ble spurt om de hadde barn. Disse opplysningene ble notert i inntakstjournalen til pasienten. Videre ble det av informantene beskrevet ulike praksiser for hvorvidt en slik kartlegging ble utvidet med et eget kartleggingsskjema. Kun en av informantene fortalte at hun kjente godt til kartleggingsskjema og at hun brukte dette de ganger hun tok i mot pasienter som opplyste at de hadde barn; ”... for å få et helhetsbilde over situasjonen til barna”. Noen av informantene formidlet en forståelse av hva kartleggingsskjema var, men at de selv ikke brukte det. De antok at dette var noe barneansvarlige brukte. En informant sa:

”Vi har nok ikke hatt gode rutiner på det. Ja, til å fange opp veldig tidlig å jobbe målrettet med det, vi har nok lent oss litt på den barneansvarlige”.

For noen av informantene var kartleggingsskjema helt ukjent; ”... nei, det kartleggingsskjemaet, det var helt nytt for meg”.

Dokumentasjon

Informantene fortalte om ulike erfaringer med dokumentasjon av pasientenes barn. Det kom frem at de erfarte mangelfulle rutiner. Alle hadde erfaring med at det ble dokumentert i pasientens inntakstjournal hvorvidt pasienten hadde barn, men at utover dette var tilfeldig om det ble ført videre i det såkalte F5- bildet, som er pasientens opplysningsbilde i elektronisk journal. Det ble fortalt at på flere avdelinger var det blitt drøftet viktigheten av rutiner for å dokumentere opplysninger om pasientens barn i F5-bildet og at ”... alle skal begynne med det”.

Fokus på barn i behandlingsmøter

En informant fortalte at de på hennes avdeling hadde fast rutine for å belyse situasjonen rundt barna når ny pasient ble tatt opp på behandlingsmøter. I følge uttalelser fra andre informanter var ikke dette gjenkjennbart som rutiner:

”... nei, vi burde hatt mer rutiner på å ha det som et tema når vi har behandlingsmøter. At de pasientene som blir tatt opp og har barn, hvordan er det nå med barna. Bare for på en måte å bevisstgjøre oss på en måte og å oppdatere oss alle – ja å ha mer fokus på det”.

En annen informant fortalte at hun erfarte at det på behandlingsmøter ble satt søkelys på barna dersom det var reelle bekymringer rundt barnets situasjon:

”Jeg opplever at det snakkes ufattelig lite om barn på behandlingsmøtene. Bortsett fra de tilfelle hvor vi er alvorlig bekymret. Ja, da blir det fokus”

Oppsummering: I kategorien rutiner er det blitt belyst at informantene erfarte gode rutiner for at pasienter som blir innlagt blir spurt om de har barn. Informantene fortalte videre om ulike praksis for hvorvidt dette gjøres med et kartleggings skjema og hvordan det dokumenteres videre i pasientbildet som ligger i elektronisk journal. Derimot kom det frem at det hadde vært et økende fokus rundt dokumentasjon på avdelingene siste tiden. Resultatene viser også at det var mangelfulle rutiner for hvorvidt barn er i fokus på behandlingsmøter.

Kategori 3: Kompetanse

I analysen ble det flere ganger trukket frem usikkerhet i tilnærming til barna. Videre ble det belyst manglende kjennskap til ulike verktøy i arbeidet med barn som pårørende. Dette er blitt analysert inn i kategorien kompetanse. Herunder femstilles underkategorier; *å ikke våge* og *å ikke vite*.

Å ikke våge

Særlig når det ble snakket om usikkerhet i forhold til egen kompetanse, gikk dette på det å kunne gjennomføre planlagte samtaler med barn:

«Jeg kan kjenne at jeg blir veldig utrygg, ja jeg kjenner meg veldig sånn usikker rett og slett, i den rollen».

Kun to av informantene hadde gjennomført planlagte samtaler med barn, den ene av dem fortalte at disse samtalene hadde hun gjennomført sammen med barneansvarlige personell. Den ene informanten beskrev sin opplevelse med første barnesamtale som en veldig stressende opplevelse: *«... da var det nesten som jeg skulle begynne å gråte – jeg var så stresset. Jeg var så stresset!*

Begge de nevnte informantene fortalte at det føltes noe mindre utfordrende etter hvert når de har gjort det noen ganger. Like fullt uttalte de at det var fremdeles ganger hvor de tvilte på egen kompetanse for gjennomføring av slike samtaler.

«... ja, da kjenner jeg på at dette klarer jeg ikke, dette blir for vanskelig. Jeg er redd for at jeg ikke skal kunne klare å holde mine emosjoner i møte med barna. Og der jeg får en sånn følelse av å ikke kunne håndtere det, eller å ikke kunne noen ting».

En informant fortalte at hun selv ikke hadde barn. Dette gjorde at hun var usikker på hvordan hun skulle tilnærme seg barn, noe som medførte at hun kviet seg til å ha en barnesamtale. Hun beskrev at hun var redd for å si noe feil, og at hun med sin med bakgrunn med manglende erfaring med barn var usikker på hvordan en samtale kunne tilrettelegges barnets alder. Hun uttalte at hun var "... redd for å snakke for voksent, eller for barnslig".

Manglende erfaring ble også trukket frem av en annen informant. Denne informanten hadde selv barn, men mente hun hadde jobbet for kort tid innenfor psykisk helsevern til å ha den kompetansen hun mente en bør ha for å gjennomføre en barnesamtale: *«Jeg hadde aldri klart å ha en barnesamtale alene nå, jeg har alt for lite erfaring».*

En informant uttrykte: *"Vi tar ikke imot et barn like selvfølgelig som vi tar i mot en pasient"*. Hun fremhevet at det å ta i mot pasienter med eksempelvis selvmordsproblematikk også kunne føles utrygt de første gangene. Dette var noe hun mente nå ble gjort ganske selvfølgelig, etter hvert som de ble mer erfarne og trygge:

"Det gjør vi jo etter hvert, det er vi trygge i. Dette med å ta i mot barn er vi ikke fullt så trygge i".

En informant tenkte at dette kunne handle om dem som personal, at de ikke var flinke nok til å støtte hverandre. *"Det er der vi glipper, fordi vi har vår frykt. Derfor lener vi oss fort på de barneansvarlige"*.

Å ikke vite

I den elektroniske kursportalen i helseforetaket ligger et eget e-læringskurs som skal gi helsepersonell opplæring i arbeidet med barn som pårørende. Kursets innhold består av fire deler som tar for seg de ulike dimensjonene i dette arbeidet. Under intervjuet ble det eksplisitt spurt hvorvidt informantene kjente til eller var blitt presentert for dette kurset. Samtlige informanter kunne fortelle at de ikke hadde tatt dette kurset. De fleste av informantene kunne dog fortelle at de kjente til kurset:

«Ja, og så er det jo et e-læringsprogram på læringsportalen som handler om barn som pårørende. Ja, det ligger nå der. Jeg har ikke tatt det enda, men jeg vet jo at det er der»

Det ble også under intervjuet spurt eksplisitt hvorvidt de kjente til rundskriv IS-5/2010, veilederen som omhandler hvordan lovbestemmelsen skal utøves i praksis. Med unntak av en informant som uttalte: *«Jeg har hørt om det, men jeg har ikke lest det. Jeg vet ikke hva det går i»*, kunne de andre informantene fortelle at de ikke kjente til dette rundskrivet. Det ble diskutert litt hva årsaken til dette kunne være: En informant uttalte: *«mulig har vi fått det på mail, og så har det gått hus forbi»*. En annen informant uttrykte: *«så rart at vi ikke visste om dette, dette burde vi fått vite om»*.

En informant kom med denne uttalelsen når det ble snakket om erfaringer med utøvelsen av lovbestemmelsen: *”Når jeg sitter og hører hva vi har å fortelle, alt vi ikke vet og kan, så tenker jeg at vi har langt igjen. Vi er fremdeles bare i startgropen når det gjelder arbeid med barn som pårørende”*.

Oppsummering: Under kategorien kompetanse kommer det frem at informantene erfarte å føle seg utrygge når det kommer til å gjennomføre samtaler med barn. Dette ble blant annet begrunnet i manglende erfaring. Videre ble det belyst at informantene ikke kjente til nyttige verktøy til bruk i opplæring av ivaretagelse av barn som pårørende. Det kom også frem tanker om at arbeidet med barn som pårørende fremdeles er i startgropen.

5.3 Betydningen av barneansvarlig personell

Under dette tema belyses informantens tanker og erfaringer med å ha barneansvarlig personell innefor psykisk helsevern. Under intervjusituasjonen ble det ikke eksplisitt invitert til en diskusjon rundt dette, men gjennom analysen ble det tydelig at dette måtte bli et eget tema. Resultatene vil fremstilles i en kategori: 1: *Barneansvarlige*.

Kategori 1: Barneansvarlige

Alle informantene fortalte at de kjente godt til hvem som var barneansvarlige på deres avdeling. I analysen fremkom det at de barneansvarlige spilte en stor rolle for informantene når det kommer til støtte og veiledning. Videre hadde informantene erfaring med at

barneansvarlige var viktige for å fremme barneperspektivet. I det følgende vil dette bli presentert i underkategorier: *barneansvarliges rolle* og *barneansvarlige og fokuset*.

Barneansvarliges rolle

Spesielt når det ble snakket om barnesamtaler, vises det til erfaringer med at barneansvarlige spilte en stor rolle i forhold til den kompetanse de har: *”Jeg hadde nok involvert barneansvarlig. Jeg tenker på de små barna, for å kunne gi informasjon som er tilrettelagt dem”*.

Gjennom diskusjonen kom det tanker om at ansvaret nok burde vært mer fordelt. Dette ble begrunnet med at det kunne bli mye ansvar for de barneansvarlige. Informantene tenkte at det å være barneansvarlig var en utfordrende rolle som innebar mange vanskelige vurderinger. *”Når det er full post så er det ti pasienter og det kan være at syv av dem har barn. Da blir det veldig mye på de barneansvarlige”*.

Det ble av en informant fortalt at på hennes avdeling var det bare en barneansvarlig. Hun var usikker på hvordan barn ble fulgt opp når den barneansvarlige hadde fri over lengre tid.

Det kom også frem at tanker om at barneansvarlige står alene og får lite støtte i jobben de utfører. En informant uttrykte dette slik: *”... og kanskje får barneansvarlige også for lite støtte av oss andre i forhold til den jobben de gjør”*.

Barneansvarlige og fokuset

Informanten fortalte at de hadde erfart at barneansvarlige fungerte som påminnere til å holde fokuset på barn oppe. Under diskusjonen ble det like fullt problematisert om rollen med barneansvarlige gjorde at de selv lente seg for mye tilbake og dermed mistet fokus på pasientens barn:

”Nå e det litt sånn at vi skyver det over på barneansvarlig og så har vi ikke så mye fokus på det, for vi satser på at de tar det som er å ta”.

Den ene informanten fortalte at hun savnet et tettere samarbeid med barneansvarlige. Dette begrunnet hun med at det var ganger hvor hun hadde pratet med pasientens barn og tilbudt barnet samtale med barneansvarlig. Etter at barnesamtalen var utført var det ingen

tilbakemelding for hva som kom ut av samtalen. I forlengelsen av dette sa informanten at dette også kunne handle om henne, at hun ikke var flink nok til å oppdatere seg. En annen informant fortalte om erfaringer med at barneansvarlige jobbet tett sammen med individualbehandler når det kom til barna, men at hun selv ikke så ofte var en del av dette samarbeidet. Dette, mente hun, kunne føre til at hun selv mistet fokus på pasientens barn.

En informant formidlet kjennskap til at barneansvarlige kunne føle seg alene i jobben og at de hadde uttalt at de ønsket alle med i prosessen. Særlig gjaldt dette at barn skulle vært et tema på behandlingsmøter. Det kom frem at siste tiden hadde det vært et økende fokus på at ikke er barneansvarlige alene som skulle utføre arbeidet med barn som pårørende, at alle måtte ta et ansvar:

”...de barneansvarlige gjør en fremragende jobb, men ønsker at vi alle har et ansvar. Det skal ikke bare være to stykker som skal sitte med en spesialkompetanse på en måte, men at de skal like mye fordele og gjøre oss andre trygge”.

En informant tenkte at samtaler med barna burde vært lagt til team, at dette kunne ufarliggjort det overfor foreldrene. Samme informant sa at hun synes det var rart at når de jobbet med voksne pårørende, så var alle med i det arbeidet. Da kalte de inn til samtaler og tok disse i team. *” Men når det kommer til barnesamtaler, ja da kaster vi ballen rett over til barneansvarlige”.*

En annen informant ga uttrykk for at hun syntes det er bra at ansvaret for samtaler med barn ligger hos barneansvarlige Dette begrunnet hun med at barn var i behov for noen faste å forholde seg til og ved å involvere både team og barneansvarlige kunne dette bli for mange; *”... ja klart, det er bra at det er noen faste som har ansvar”.*

Oppsummering: Det ble under denne kategorien belyst ulike sider ved å ha barneansvarlig personell. Informantene erfarte at barneansvarlige spilte en stor rolle som støtte og påminnere. Dog kom det frem at ansvaret burde vært mer fordelt. Informantene erfarte at de selv kunne lene seg tilbake i den visshet at barneansvarlige gjorde jobben. Dette gjorde at de selv kunne miste fokus på barna.

6. DISKUSJON

I dette kapittelet tolkes og diskuteres resultatene fra fokusgruppeintervjuer. Dette vil skje i lys av studiens kontekstuelle forståelsesramme og tidligere forskning. Diskusjonen er strukturert gjennom studiens forskningsspørsmål: *Hvordan erfarer helsepersonell at lovbestemmelsen utøves i praksis?* og *Hvilke tanker og erfaringer har helsepersonell for at lovbestemmelsen fremmer barneperspektivet i psykisk helsevern?*

6.1 Hvordan erfarer helsepersonell at lovbestemmelsen utøves i praksis?

6.1.1 Kartlegging og dokumentasjon av barn som pårørende

Helsepersonell i denne studien viser til erfaringer med at alle pasienter som blir innlagt i psykisk helsevern blir spurt om de har barn. I rundskrivet IS-5/2006 ble det for første gang gitt anbefalinger til etablering av rutiner for ”... å fange opp barn” (Sosial- og helsedirektoratet, 2006, s. 1). Dette ble videre lovfestet gjennom § 10a i helsepersonelloven, som tydeliggjør at helsepersonell som yter helsehjelp til pasienter skal *søke å avklare* om pasienten har mindreårige barn (Helsedirektoratet, 2010, s. 5). Lauritzen et. al (2014b) avdekker i sin studie at helsepersonells identifisering av mindreårige barn har økt betraktelig etter at lovbestemmelsen tredde i kraft. Selv om helsepersonell jeg intervjuet viser til erfaring med at alle barn blir identifisert, erfarer de ulike rutiner for hvordan dette dokumenteres videre og hvorvidt helhetssituasjonen til barnet kartlegges. Kun et helsepersonell kjenner godt til kartleggingsskjema for barn og viser til bruk av dette for å få et helhetlig bilde av barns situasjon. Helsepersonell i Houlihans et al (2013) studie etterlyste egne skjema til å kartlegge pasientens barn. Helsepersonell i psykisk helsevern har alle tilganger til slike skjema. Blant annet vil en finne eksempel på kartleggingsskjema i rundskriv IS-5/2010 (Helsedirektoratet, 2010). I helseforetakene finnes også kartleggingsskjema i det elektroniske journalsystemet. Når da hovedvekten av helsepersonell i denne studien ikke anvender kartleggingsskjema så kan ikke dette skyldes manglende tilgang til skjemaet. De fleste hadde likevel en forståelse for at barneansvarlige brukte kartleggingsskjema og at barnas helhetssituasjon på denne måten ble kartlagt. Samtidig kommer det frem at dersom barneansvarlige var borte over lengre tid, så var det usikkert hvem som tok over. Dette kan tolkes som at det kan glippe noen ganger, at ikke alle barn blir kartlagt ut fra sin helhetssituasjon. Lauritzen et al (2014b) fremhever at selv om loven sier man skal kartlegge barn som pårørende, sies det ingenting om hvordan dette skal gjøres. Da det er opp til hver enkelt avdeling, kan det hindre systematisk gjennomføring.

Houlihan et. al (2013) viser i sin studie at de fleste ansatte spør etter om pasienten har barn og om barna alder, men at det er manglende rutiner for videre dokumentasjon. Helsepersonell som jeg intervjuet har en forståelse for at pasientens barn skulle dokumenteres i pasientbildet F5, samtidig har de ulik erfaring med hvorvidt dette blir gjort. Det kommer frem at siste tiden har det vært et økende fokus på dette, viktigheten av at pasientens barn blir synliggjort gjennom dokumentasjon er blitt drøftet på flere avdelinger. Loven er klar når det kommer til dokumentasjon. Rundskrivet IS-5/2010 refererer til journalforskrifter og presiserer at dersom pasienten har mindreårige barn skal dette føres i pasientens journal (Helsedirektoratet, 2010, s. 17) . Dette begrunnes blant annet med at når helsepersonell pålegges plikt til å følge opp barns behov for informasjon og oppfølging etter helsepersonelloven § 10a, skal de også dokumentere at denne plikten blir fulgt opp (Helsedirektoratet, 2010). Det nevnes ikke eksplisitt hvor i pasientjournal dette skal føres, noe som kan tenkes å skape ulikheter i praksis.

6.1.2 Samtaler med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov

I følge Bøchmann & Kjellevold (2010) bør nedsatt foreldrefunksjon møtes som et legitimt symptom ved psykiske lidelser. Helsepersonell i denne studien har tanker for at samarbeid med pasienten vedrørende dennes barn er viktig, da nettopp med tanke for at foreldrefunksjonen kan være svekket. De har en forståelse for at et slikt samarbeid skal være basert på frivillighet, hvor pasientens selv definerer hvorvidt barna skal involveres. I lovbestemmelsen ligger en føring for at helsepersonell gjennom veiledning skal hjelpe pasienten til å ta vare på barna, slik at de kan være i stand til å takle situasjonen med å være samtidig syk og forelder. Videre skal det gjennom pasienten tilbys samtaler med barna (Helsedirektoratet, 2010). Barn har ikke egen rett til informasjon om foreldrenes sykdom, noe som krever foreldrenes samtykke. I dette ligger at helsepersonells samtaler med pasienter om barna bør innholde en begrunnelse hvorfor informasjon og identifisering av barns behov er viktig (Helsedirektoratet, 2010).

Helsepersonellet har erfaringer med at mange pasienter ønsker å prate om barna om foreldrerollen i den situasjonen de er i. Slike samtaler skjer oftest i teamet, selv om det ikke er rutinemessig. At pasienter med foreldrerolle ønsker å prate om barna sine, viser seg også gjennom tidligere forskning (Mevik & Trymbo, 2002; Stallard et al. 2004). Resultatene i min studie viser at til tross for at mange pasienter ønsker å prate om barna og foreldrerollen, finnes det også flere eksempler hvor helsepersonell erfarer at de ikke kommer i posisjon til dette. Heller ikke til å tilby barnet samtaler. De har tanker om ulike årsaker i slike tilfeller; særlig

trekkes frem pasientens skam, frykten for å være en dårlig forelder og at pasienten ikke vedkjenner barnets behov. Mevik & Trymbo (2002) stiller spørsmål om psykiske lidelser er blant vår sist tabu. De peker på stadige medieoppslag hvor grufulle handlinger utført av mennesker med psykiske lidelser er med å underbygge myten om at disse mennesker med psykiske lidelser er farlige. Når da helsepersonell erfarer at pasienter ikke ønsker å involvere barna på grunn av redsel for å avsløre sykdommen og skammen rundt denne; kan nettopp tabuet ligge bak. Samtaler med pasienten bør i slike tilfeller hjelpe til med å bryte tabuer og bearbeide opplevelser av skam (Helsedirektoratet, 2010, s. 13; Bøckmann & Kjellevoid, 2010). Dersom helsepersonell ikke kommer i posisjon til å gi foreldre og barn informasjon og kunnskap, kan dette forsterke forståelsen for at sykdommen må tabulegges (Mevik & Trymbo, 2002). Resultatene viser også at når noen pasienter avslår tilbud om samtaler med barna, mener helsepersonell at dette kan forklares med pasientens frykt for hva en samtale med barna innebærer. Videre følelsen av å ikke være en god nok forelder. I følge Halså (2012) er det mange pasienter som ikke gir verbalt uttrykk for behov for hjelp til forelderrollen, hun trekker frem at dette ikke må fortolkes dit hen at de ikke vil ta i mot hjelp. De aller fleste foreldre er opptatt av at barna skal ha det best mulig. Det er stor sannsynlighet at de fleste også vil forstå at barna trenger informasjon om deres sykdom, selv om de kan være usikre på hvordan dette skal gjøres (Sundfær, 2012). Samtidig vet en at foreldre kan kvie seg til å ta i mot hjelp som styrker foreldrefunksjonen fordi at de ved å ta i mot hjelp kan føle seg mislykket som foreldre (Ytterhus, 2012).

Studiens resultater viser at helsepersonellet vektlegger relasjon for å kunne ta opp med pasienten tema som kan være sårt og vanskelig. Det er kjent at gode relasjoner er et vesentlig bidrag til behandling i psykisk helsearbeid. Haugsgjerd et al (2009) beskriver endatil relasjonen mellom helsepersonell og pasient som selve kjernen i det psykisk helsearbeidet. Grimsgaard (2008) hevder at effekten ikke alltid er i tråd med intensjonen når helsepersonell tilstreber god relasjon for å kunne ta opp vanskelige tema. Hun peker på at vanskelige tema ofte utelates, i frykt av at dette kan skape relasjonsbrudd. Helsepersonell jeg intervjuet erfarer at de kan være redd for å ødelegge relasjonen til pasienten ved å prate om forelderrollen og barna. Dette kan understøttes av tidligere studier hvor det trekkes frem at det å bringe inn barna i samtaler med pasienten kan forstyrre relasjonen (Lauritzen et. al., 2014a; Maybery & Reupert, 2009). Et helsepersonell gir uttrykk for at er lettere å spørre pasienten hvem som ivaretar en eventuell hund når pasienten selv er borte fra hjemmet, enn det er å spørre om eventuelle barn er ivarettatt. Dette kan tolkes dit hen at en kan være redd for å spørre i frykt for

å krenke pasientens foreldrerolle. Vi som selv er foreldre vet at foreldrerollen som regel stå over alt annet i livet. Barna er vår største stolthet, men kan også være vår største sårbarhet.

6.1.3 Informasjon og samtaler med barn

Dersom pasienten ikke samtykker til at barnet kan få opplysninger om dennes helsetilstand, og det ikke foreligger annet unntak fra hovedregelen om taushetsplikt, er helsepersonell bundet av taushetsplikten. Helsepersonell kan da bare gi barnet generell informasjon. Slik informasjon kan være hvilke besøksmuligheter barnet har, generell informasjon om psykiske lidelser og behandling for dette (Helsedirektoratet, 2010). I følge Korhonen et al. (2010) vil informasjon til barna om foreldrenes sykdom være en viktig faktor for at barnet skal mestre situasjonen de befinner seg med en psykisk syk mor eller far. Helsepersonell i denne studien har også en slik forståelse; informasjon til barna er viktig. Dette begrunner de med at informasjon vil skape forståelse og forutsigbarhet for barn. O'Brien et. al. (2011) viser til at helsepersonell i deres studie mente avdelingene var lite tilrettelagt for besøk av barn. Ut fra resultatene tolker jeg at dette ikke er tilfelle i min studie. Helsepersonell her legger vekt på at barn skal bli imøtekommet ved besøk, at de skal ha det hyggelig og at de skal få oppleve at deres foreldre er på en trygg plass.

Flere studier viser til at helsepersonell føler de har manglende kompetanse og dermed blir uttrykke når det kommer til ivaretagelse av barn som pårørende (Houlihan, Sharek, & Higgins, 2013; Korhonen, Pietilä, & Vehviläinen-Julkun, 2010; O'Brien, Brady, Anand, & Gillies, 2011; Lauritzen, Reedtz, Van Doesum, & Martinussen, 2014a). Slik resultatene i min studie kan tolkes er det ikke møtet med barn generelt som skaper usikkerheten, det er heller når det kommer til den planlagte samtalen og ivaretagelsen av barn. Resultatene viser at helsepersonell anser det som svært utfordrende å gjennomføre samtaler med barn. Ja, bare tanken på slike samtaler får frem en følelse av usikkerhet hos dem. I følge Bøckmann & Kjellevold (2010) vil det kreve mot å gå inn i situasjoner der en er usikker på hvilke reaksjoner en vil møte, og hvordan en selv vil reagere. Usikkerheten som helsepersonell i denne studien formidler når det komme til planlagte samtaler med barn kan tolkes til å være manglende kjennskap til verktøy. Ingen av dem har gjennomført opplæringsprogram for barn som pårørende som foreligger som e-læringskurs. Heller har de ikke kjennskap til de utfyllende kommentarer til lovbestemmelsen som gis i rundskriv IS-5/2010, hvor det også gis veiledende råd for gjennomføring av barnesamtaler.

Halsa & Kufås (2012, s. 214) trekker frem to dimensjoner ved lovbestemmelsen; den normative som er de oppgaver en kan lese ut av selve lovbestemmelsen og den prosessuelle som omhandler hvordan oppgavene kan utføres. Når helsepersonell i denne studien vektlegger manglende kompetanse som en årsak til å ikke selv utføre samtaler med barn, kan det tenkes at de mangler innsikt i den prosessuelle dimensjonen av lovbestemmelsen.

Videre trekkes også manglende erfaring frem som et argument for usikkerheten de føler på når det kommer til å utføre samtaler med barn. Dette støtter opp om tidligere forskning av Korhonen et. al (2010) som viser til at erfaring er en viktig trykghetsfaktor. Dog peker resultatene i retning av at helsepersonellet erfarer at det blir gjennomført samtaler med barn, men da særlig av barneansvarlig personell.

6.2 Hvilke tanker har helsepersonell for at lovbestemmelsen fremmer barneperspektivet i psykisk helsevern?

I følge Lauritzen et. al. (2014a) er det helsepersonell med mest kunnskap om barns konsekvens av foreldrenes psykiske lidelse som er minst redde for å ha en tilnærming som innebærer barneperspektivet. Helsepersonell som ble intervjuet til denne studien har alle kunnskap om at barn som vokser opp med psykisk syke foreldre har økt risiko for selv å utvikle psykiske lidelser. De viser også innsikt i at pasientens barn tidligere er blitt neglisjert i psykisk helsevern. Dette gir dem en forståelse for nødvendigheten av lovbestemmelsen for å sikre ivaretagelse av barna og for å fremme barneperspektivet. Helsepersonellens kunnskap er således i tråd med foranledningen til lovbestemmelsen. Ulike politiske føringer legger ettertrykkelig vekt på at barn som pårørende er en gruppe som tidligere ikke er blitt sett og hvilke uheldige konsekvenser dette kan medføre (Helsedirektoratet, 2010; Ot.prp. nr. 84, (2008-2009); Sosial- og helsedirektoratet, 2006).

6.2.1 Den nødvendige kompetansen

Helsepersonellet jeg intervjuet har tanker for at lovbestemmelsen gir dem en bevissthet og dermed også et økt fokus på barn. Samtidig så peker de på en rekke utfordringer som viser seg som barrierer for utøvelsen av lovbestemmelsen og som dermed også som et hinder for barneperspektivet. Denne studien har ikke til hensikt å gå i dybden for hva som skaper disse utfordringene. Det er likevel interessant å se det i lys av Lauritzen et al (2014b) som i sin studie trekker frem implementeringsteori som en forklaring for hvorfor det går så sakte

fremover når det kommer til implementering av lovbestemmelsen. Det sies at dersom ansatte ikke gjenkjenner og aksepterer en nødvendig endring, vil prosjekter aldri ha en sjanse til å overleve (Fixsen, Naoom, Blasè, Friedman, & Wallace, 2005). Nå blir det feil å kalle lovbestemmelsen et prosjekt, den er kommet for å bli. Like fullt; i følge Fixsen et al (2005) vil økt kompetanse være vesentlig når nye rutiner skal implementeres. Tidligere ble nevnt helsepersonellens manglende kompetanse som et hinder til å utføre samtaler med barn. Av erfaring vet jeg at det finnes flere e-læringskurs som er obligatoriske i ulike helseforetak. Her kan nevnes smittehåndtering, miljøvern og brannvern. Alle med innhold som er nyttige for en forsvarlig praksis. En kan undre seg hvorfor opplæringsprogram som kan gi relevant informasjon for helsepersonell i møte med barn som pårørende ikke er gjort obligatorisk med hensikt i å øke helsepersonells kompetanse i møte med barna.

6.2.2 Individperspektiv versus barneperspektiv

Videre kan en undre seg over manglende oppmerksomhet på barneperspektivet i behandlingsmøter. I følge Alnes (2011) bør fokus på pasientens foreldrefunksjon være en standard tilnærming i behandlingen av alle psykisk syke med barn. Hun kaller det et paradoks at en i behandling retter stort fokus på pasientens tidligere barndom, uten at en retter fokus på pasienten barn som er i sin nåværende barndom. Resultater i denne studien viser at pasientens barn sjelden drøftes på behandlingsmøter. Det kommer dog frem at dersom de er reelt bekymret for barnet så snakkes det om. Det selvsagt bra, og også helt nødvendig at en tar opp barn på behandlingsmøter dersom det er bekymring rundt barna. Samtidig presiseres det i rundskriv IS-5/2010 at det skal være lav terskel for at helsepersonell skal igangsette undersøkelser om hvilke behov barn har for informasjon og oppfølging, barn skal ikke måtte utvise symptomer før lovens plikt gjør seg gjeldende (Helsedirektoratet, 2010).

Kun et helsepersonell kunne fortelle at på hennes avdeling ble pasients barn rutinemessig trukket frem på behandlingsmøter. Dette kan tolkes som at individperspektivet råder på behandlingsmøtene, pasientens foreldrerolle forsvinner og dermed også barneperspektivet. Dette kan selvfølgelig diskuteres. På den ene siden vil den beste innstasen for barna være å gi deres foreldre god behandling slik at de blir fort friske og selv kan klare å ivareta foreldrefunksjonen (Halsa, 2012). En målrettet tilnærming som i størst mulig grad sikrer bedring av symptomer og økt funksjonsnivå i dagliglivet vil dermed klart være et ubetinget gode for pasienten og dennes barn (Alnes, 2011). Likevel vil slikt perspektiv kunne stå som en kontrast til flere politiske føringer hvor familieorientert praksis, inkludert barnas

perspektiv, legges til grunn for behandling (Ot.prp. nr. 84, (2008-2009); Helsedirektoratet, 2010). Lauritzen et al (2014a) peker på at helsepersonell i stor grad er opplært til å kartlegge pasienters symptomer. Når det da viser seg vanskelig å implementere barneperspektivet i psykisk helsevern kan det tokes dit hen at medisinskfaglig forståelse i pasientbehandlingen gjør at pasienten ses på kun som pasient, noe som medfører at foreldreperspektivet og dermed også pasientenes barn blir glemt (Lauritzen et. al., 2014a; Maybery & Reupert, 2009). Pasientene har sin lidelse, denne kan være preget av mange symptomer og kunne kreve behandling over lang tid. Barna deres er i utvikling og har ikke tid til å vente på at mor eller far får en tilfriskning og eventuelt i stand til å gi bedre omsorg (Alnes, 2011). Hvorvidt barneperspektivet tas inn på behandlingsmøter psykisk helsevern kan derfor være avgjørende for barna.

6.2.3 Barneperspektivet – står og faller på barneansvarlige?

Helseforetak er etter § 3-7a i spesialisthelsetjenesteloven pliktige til å utnevne barneansvarlige som skal fremme og koordinere helsepersonells ivaretagelse av barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010). Halså & Kufås (2012, s. 203) omtaler barneansvarlige som de ”nye vaktbikkjene” når de definerer barneansvarliges rolle. I dette legger de til grunn utfordringene barneansvarlige har med å fremme lovbestemmelsens ord til handling for å sikre barneperspektivet. Resultatene i studien viser at helsepersonellet har en klar forståelse for at barneansvarlige spiller en stor rolle for fremming av barneperspektivet i psykisk helsevern. De beskriver barneansvarlige både som støtte og pådrivere for utøvelsen av § 10a. Samtidig anser de rollen som barneansvarlige som utfordrende, det kommer frem refleksjoner om at de burde støttet de barneansvarlige mer. Til tross for at de tenker at de burde støttet mer og at ansvaret burde vært mer fordelt, kommer det også frem at de innimellom kan lene seg tilbake når barneansvarlige tar ansvaret og dermed selv mister fokus på barna. Dette ser jeg på som et interessant funn når det kommer til fremming av barneperspektivet i psykisk helsevern. Og muligens også som et paradoks? Etablering av barneansvarlig personell har som formål å fremme barns interesser, noe som kommer tydelig frem i studien at de gjør. Etableringen av barneansvarlig personell hadde like fullt ikke som formål at øvrige helsepersonell skulle miste barna ut av syne med visshet at ”noen andre tar det”. Dette kan tokes til at implementering av et barneperspektiv i psykisk helsevern kan vise seg å være hva Raundalen (2007) omtaler som ”en Sisyfos-lignede øvelse”, hvor mye står og faller på den barneansvarlige.

7. OPPSUMMERING

Det har fra regjeringens side vært stor satsning på å fremme et barneperspektiv og å sikre ivaretagelse av barn som pårørende av psykisk syke foreldre gjennom de siste tiårene. Satsningen viser seg gjennom flere politiske føringer, som ledet frem til lovbestemmelsen § 10a i helsepersonelloven i januar 2010. Lovbestemmelsen tydeliggjør helsepersonells plikt til ivaretagelse av barn som pårørende. Studiens hensikt var å få en dypere forståelse for helsepersonells tanker og erfaringer med lovbestemmelsen; hvordan den utøves og hvilken betydning den har for barneperspektivet i psykisk helsevern. Jeg intervjuet til sammen syv helsepersonell, fordelt på to fokusgrupper. Alle i utvalget jobber som miljøterapeuter. Deres erfaringer viser til at barn blir identifisert ved innkomst av nye pasienter. Dette er i tråd med lovbestemmelsen § 10a, som tydeliggjør at en skal avklare hvorvidt pasienten har barn (Helsedirektoratet, 2010). Videre erfares det mangelfulle rutiner for utvidet kartlegging og dokumentasjon av barna. Dette til tross for tilgang på kartleggings skjema og forståelsen for at barn som pårørende skal dokumenteres i pasientbildet F5. Barn som kommer på besøk blir tatt godt i mot. Det tilstrebes å skape hyggelige rammer rundt besøket, og gir således et godt utgangspunkt for å skape trygghet, forutsigbarhet og forståelse for barn. Når det kommer til samtaler med pasienten om pasientens barn anses dette som viktig. Slike samtaler legges ofte til team, selv om dette ikke er rutinemessig. Det er også noen barrierer i dette samarbeidet, utalt som redsel for å ødelegge relasjon og vansker med å komme i posisjon til pasienten. Når det kommer til planlagte samtaler med barna har kun et fåtall av helsepersonell i denne studien erfaring med dette. Like fullt kan det se ut til at det i mange tilfeller blir gjennomført samtaler med barn, men da med barneansvarlig personell. Øvrige helsepersonells manglende erfaring og kompetanse kan ses på som en barriere i å selv kunne utføre samtaler med barn.

Selv om studien ikke hadde til hensikt å gå inn i § 3-7a, lov om barneansvarlig personell, viser resultatene at denne lovbestemmelsen kan ses på som svært betydningsfull for å sikre ivaretagelse av barn som pårørende. Barneansvarlig personell har, og skal ha en stor rolle når det kommer til å fremme et barneperspektiv. Det kan like fullt se ut til at en konsekvens av dette er at øvrige helsepersonell lener seg tilbake. De mister barn ut av syne i en visshet om at barneansvarlig personell sikrer ivaretagelsen av barn som pårørende. Lovbestemmelsen har dog gitt helsepersonellet en større bevissthet og dermed et økt fokus på barn som pårørende. Det jobbes blant annet med å få stadig bedre rutiner når det kommer til dokumentasjon. Likevel kan det synes som et individfokus fremdeles er det som preger det psykiske

helsearbeidet i psykisk helsevern. Det er ikke like naturlig for helsepersonell å *ha barnet i sin synsvinkel* som det er å rette fokus på pasientens og dennes symptomer. Helsepersonell erfarer at de selv bare er i startgropen når kommer til ivaretagelse av barn som pårørende.

7.1 Implikasjoner for praksis og videre forskning

En kan undre seg over at ivaretagelse av barn som pårørende enda er i startgropen, med tanke på at den første politiske føringen som omhandlet dette kom i 1997 (St.meld. nr 25 (1996-97)). I rundskrivet IS-5/2010 trekkes frem at det er virksomheten som har ansvar for at helsepersonell er i stand til å utøve lovpålagte plikter (Helsedirektoratet, 2010). Jeg har tro på å gjøre opplæringsprogram om barn som pårørende obligatoriske, samt ha rundskrivet som gir veiledende råd for utøvelsen av lovbestemmelsen til obligatorisk gjennomlesing, vil kunne gjøre helsepersonell tryggere i sin rolle når det kommer til utøvelsen av lovbestemmelsen.

Det bør innføres systematisk bruk av kartleggingsskjema og standard prosedyre for dokumentasjon. Det bør innføres klare rutiner for at foreldrerollen og pasientens barn tas opp med pasienten. At foreldre vegrer seg bør ikke være en begrunnelse for at helsepersonell unnlater å ta opp foreldrerollen og barnas situasjon. Ei heller helsepersonells redsel for å ødelegge relasjonen med pasienten. Videre bør praksisen rutinemessig sette av tid på behandlingsmøter hvor pasientens barn settes i fokus, selv om det ikke er reelle bekymringer for barnet.

Det vil være behov for mer forskning, både på virksomhetsnivå, ledernivå og på direkte behandlingsnivå. Hvordan kan virksomheten legge best mulig til rette for at alt helsepersonell kan utøve lovbestemmelsen? Hvordan vil ledere at deres avdelinger skal fremstå når det kommer til dette? Hvordan kan helsepersonell gi pasienten god behandling, samtidig med at en sikrer ivaretagelse av pasientens barn? Malterud (2011) tar til ordet for aksjonsforskning som et bidrag til endring. Aksjonsforskning kjennetegnes av at ansatte med nærhet til utfordringene er medforskere. Slike prosjekt vil kunne skape endringer gjennom læreprosessen for de involverte og ved å skape praktiske løsninger i praksisen. Forskningen skal lære av aksjonen og aksjonen lære av forskningen (Malterud, 2011, s. 157)

Min studie er en masterstudie. En masterstudie har sine klare begrensninger, hvor både tid og omfang skaper disse begrensningene. Denne studien gir dermed bare et lite innblikk i hva som rører seg på feltet. Den retter likevel fokus på et viktig tema og innimellom skal det lite til for

at økt fokus skaper endringer. I denne sammenheng har jeg lyst å nevne noe som jeg synes er gledelig. I etterkant av fokusgruppene ble jeg kontaktet av to informanter. Begge kunne meddele at ved å delta i studien hadde de fått et økt fokus på barn som pårørende. Den ene kunne fortelle at hun nå hadde tatt opplæringsprogrammet og også begynt å lese rundskriv IS-5/2010 som omhandler den prosessuelle delen av lovbestemmelsen. Jeg ble også kontaktet av en leder som kunne fortelle at etter at et helsepersonell på hennes avdeling hadde deltatt i studien, hadde hun erfart at det ble mer snakket om barn som pårørende. Dette er kanskje ikke i så mye i den store sammenheng, men det viser likevel at det skal lite til for å komme seg opp av startgropen og noe skritt videre. Barna vil i tilfellet bli vinnerne.

REFERANSER

- Aadland, E. (2011). *"Og eg ser på deg..." Vitenskapsteori i helse- og sosialfag*. (3. utgave) Oslo: Universitetsforlaget.
- Aamodt, L. G., & Aamodt, I. (2005). *Tiltak for barn og unge med psykisk syke foreldre*. Helseregion Øst og Sør: Regionsenter for barn og unges psykiske helse.
- Alnes, N. H. (2011). Barn har ikke tid til å vente. *Tidsskrift for Den norske legeforening*, 23.08, ss. 1541-2.
- Andersson, B., & Bjerkman, A. (1999). *Mellan myndighet og familj. En kvalitativ underökning av familjrådslag i Sverige*. FoU-rapport 1999. Stockholm: Socialtjänstförvaltningen.
- BarnsBeste. (2014). *Nasjonalt kompetanseverk for barn som pårørende*. Hentet fra <http://www.sorlandet-sykehus.no/pasient/kompetansentre/barnsbeste/Sider/side.aspx> [13.05.2014]
- Bøckmann, K., & Kjellevoid, A. (2010). *Pårørende i helsetjenesten - en klinisk og juridisk innføring*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Bøe, T. D., & Thomassen, A. (2007). *Fra psykiatri til psykisk helsearbeid. Om etikk, relasjoner og nettverk*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Fixsen, D. L., Naoom, S. F., Blasè, K. A., Friedman, R. M., & Wallace, F. (2005). *Implementation research: A synthesis of the literature*. Tampa: University of South Florida.
- Graneheim, U. H., & Lundman, B. (2004). Qualitative content analysis in nursing research: concepts, procedures and measures to achieve trustworthiness. *Nurse Education Today*, 24, ss 105-112.
- Grimsgaard, C. (2008). "Jeg vet du bare vil det beste for barna dine". Kvinnelige helsearbeideres opplevelser og erfaringer i tilknytning til å snakke med psykisk syke mødre om barna deres. Masteroppgave i profesjonsetikk: Universitetet i Oslo, Det teologiske fakultet.
- Grøsfjeld, M.-B. (2004). Pasientens barn - psykologens ansvar? En drøfting av etiske prinsipper. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening*, 41, ss. 900-906.
- Halkier, B. (2010). *Fokus-grupper*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Halsa, A. (2012). Foreldre som velferdsaktører - forebyggende arbeid for barn i risiko. I B. Storm Mowatt Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (ss. 150-171). Oslo: Abstrakt forlag.
- Halsa, A., & Kufås, E. (2012). De nye vaktbikkjene; barneansvarlige i helseforetak. I B. Storm Mowatt Haugland, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (ss. 202-219). Oslo: Abstrakt forlag.
- Haugland, B. S., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). Barna i sentrum - hva vil vi løfte frem. I B. Ytterhus, K. Dyregrov (red.), & B. S. Haugland, *Barn som pårørende* (ss. 9-18). Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Haugsgjerd, S., Jensen, P., Karlsson, B., & Løkke, J. A. (2009). *Perspektiver på psykisk helse - å forstå, beskrive og behandle*. (3. utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Haukø, B. H., & Stamnes, J. H. (2009). *Barnas time*. Trondheim: Tapir Akademisk Forlag.
- Helsedirektoratet. (2010). *Barn som pårørende: Mor eller far er syk*. Rundskriv IS-5/2010 Oslo: Helsedirektoratet.
- Helsepersonelloven. (1999). *Lov om helsepersonell m.v..LOV-1999-07-02-64*.
- Houlihan, D., Sharek, D., & Higgins, A. (2013). Supporting children whose parent has a mental health problem: An assessment of the education, knowledge, confidence and practices of registered psychiatric nurses in Ireland. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, ss. 287-295.

- Jacobsen, D. I. (2010). *Forståelse, beskrivelse og forklaring. Innføring i metode for helse- og sosialfagene.* (2 utgave) Oslo: Høyskoleforlaget.
- Johannesen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode.* (4 utgave) Oslo: Abstrakt forlag.
- Juul, R. (2010). Barnevernsarbeideres barneperspektiv og praksiser i møte med barn og unge i vanskelige livssituasjoner. *Norges Barnevern.*
- Korhonen, T., Pietilä, A.-M., & Vehviläinen-Julkun, K. (2010). Are the children of the clients' visible or invisible for nurses in adult psychiatric? - A questionnaire survey. *Scandinavian journal of Careing Science*, ss. 65-74.
- Krueger, R. A. (1993). Quality control in focus group research. Advancing the State of the Art. I D. L. Morgan (editor), *Successful fokus group* (ss. 65-85). London: SAGE Publications.
- Kvale, S., & Brinkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju.* (2. utgave) Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Lauritzen, C., Reedt, C., Van Doesum, K., & Martinussen, M. (2014a). Factors that may Facilitate or Hinder a Family-Focus in the Treatment of Parents with a Mental Illness. *Journal of Child and Family Studies*, s. In press.
- Lauritzen, C., Reedt, C., Van Doesum, K., & Martinussen, M. (2014b). Implementing new routines in adult mental health care to identify and support children of mentally ill parents. *BMC Health Services Research. Vol. 14 Issue 1*, ss. 1-18.
- Major, E., Mathisen, O. S., Nord, K. S., Ose, S., Rognerud, M., & Aarø, L. F. (2011). *Bedre føre var...Psykisk helse: Helsefremmende og forebyggende tiltak og anbefalinger.* Oslo: Folkehelseinstituttet: rapport 11.
- Malterud, K. (2011). *Kvalitative metoder i medisinsk forskning - en innføring.* (3. utgave) Oslo: Universitetsforlaget.
- Malterud, K. (2012). *Fokusgrupper som forskningsmetode for medisin og helsefag.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Maybery, D., & Reupert, A. (2009). Parental mental illness: a review of barriers and and issues for working with families and children. *Journal of Psychiatric and Mental Health nursing. 16:*, pp. 784-791.
- Mevik, K., & Trymbo, B. (2002). *Når foreldre er psykisk syke.* Oslo: Universitetsforlaget.
- Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren.* Oslo: Universitetsforlaget.
- O'Brien, L., Brady, P., Anand, M., & Gillies, D. (2011). Children of parents with a mental illness visiting psychiatric facilities: Perceptions of staff. *International Journal of Mental Health Nursing*, ss. 358-363.
- Ot.prp. nr. 84. ((2008-2009)). *Om lov om endringer i helsepersonelloven m.m (oppfølging av barn som pårørende).* Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods.* (3. etd.) Thousand Oaks: CA: Sage Publications.
- Psykisk helsevernloven. (1999). *Lov om etablering og gjennomføring av psykisk helsevern LOV-1999-07-02-62.*
- Raundalen, M. (2007). Det enkle barneperspektivet. *Tidsskrift for Norsk Psykologforening. Volum 44 nr. 2*, ss. 176-177.
- Rutter, M., & Quinton, D. (1984). Parental psychiatric disorders: Effects on children. *Psychological Medicine, 14*, ss. 853-880.
- Slack, K., & Webber, M. (2008). Do we care? Adult mental Health professionals' attitudes towards supporting service user's children. *Child and family Social Work. 13*, ss. 72-79.

- Sosial- og helsedirektoratet. (2006). *Rundskriv IS-5/2006 - Oppfølging av barn til psykisk syke og/eller rusavhengige foreldre*. Oslo.
- Spesialisthelsetjenesteloven. (1999). *Lov om spesialisthelsetjenesten m.m. LOV-1999-07-02-61*.
- St. mld. nr. 25. (1996-1997). *Åpenhet og helhet: om psykiske lidelser og helsetilbudene*. Oslo: Sosial- og helsedepartementet.
- Stallard, P., Normann, P., Huiline-Dickens, S., Salter, E., & Cribb, J. (2004). The Effects of Parental Mental Illness Upon Children: A Descriptive Study of the Views of Parents and Children. *Clinical Child psychology and Psychiatry*. 9, ss. 39-52.
- Sundfær, A. (2012). *God dag, jeg er et barn. Om barn som lever med rus eller psykisk sykdom i familien*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Torvik, F., & Rognmo, K. (2011). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Rapport nr. 4 Nasjonalt folkehelseinstitutt.
- Ytterhus, B. (2012). Hva er et "pårørende barn". Barn mellom risiko, nytte og en åpen fremtid. I B. Haugland Storm Mowatt, B. Ytterhus, & K. Dyregrov (red.), *Barn som pårørende* (ss. 18-43). Oslo: Abstakt forlag AS.

Forespørsel til divisjonsdirektør

Stavanger 12.12.2013

████████████████████

Dette er en forespørsel til samtykke for å kunne foreta en kvalitativt studie av helsepersonell ansatt i psykiatrisk divisjon.

Jeg er selv vernepleier og ansatt ved Sola DPS. Jeg har vært ansatt i psykiatrisk divisjon siden 1997. For tiden er jeg også student ved Universitetet i Stavanger, hvor jeg tar en master i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid. Tema for min avsluttende masterstudie skal omhandle barn som pårørende.

Med fokusgruppeintervjuer som metode vil jeg søke en dypere forståelse for i helsepersonells tanker og erfaringer med lovbestemmelsen som omhandler barn som pårørende. Jeg planlegger å gjennomføre fokusgruppene i løpet av januar – mars 2014.

For å kunne gjennomføre studien ønsker jeg ditt samtykke.

Med vennlig hilsen Anette Dirdal

[REDACTED]
[REDACTED]
Forskningsavdelingen

Notat

Til:

Anette Dirdal

Kopi til:

Fagsjef [REDACTED]

Divisjonsdirektør [REDACTED]

Dato: 14.02.2014

Fra: Fagsjef [REDACTED]

Arkivref: 2011/4660 - 13831/2014

Godkjenning masterprosjekt MA31 - Anette Dirdal

Mastergradsprosjektet: «Kan de nye lovbestemmelsene for barn som pårørende være en døråpner for å fremme barneperspektiv i psykisk helsevern»

Det vises til søknad vedrørende oppstart av ovennevnte mastergradsprosjekt. Prosjektet har vært vurdert av forskningsansvarlig og prosjektet er registrert i vår database med intern id: MA31.

Nødvendige tillatelser foreligger. Basert på disse og forskningsprotokoll godkjennes oppstart av mastergradsprosjektet.

Forskningsavdelingen ønsker å minne om at som ved alle forskningsprosjekter gjelder:

- prosjektet må gjennomføres i henhold til protokollen og ved endringer må endringsmelding sendes
- dersom prosjektet er godkjent av REK, må søknad og godkjenning av REK følges
- foreligger det godkjenning fra Personvernombud må likeledes denne følges
- behandling av helse- og personopplysninger skjer i samråd med og innenfor det formål som er beskrevet
- ved tilgang til registre, skjer dette i overensstemmelse med taushetspliktbestemmelsene
- data lagres aidentifisert på helseforetakets forsknings/kvalitetsserver etter de regler som gjelder for bruk av denne
- dersom innhenting av pasientopplysninger baserer seg på samtykke, må samtykkeskjemaet oppbevares
- data skal slettes eller anonymiseres ved prosjektslutt

Dersom prosjektet ikke starter og/eller blir avbrutt må melding sendes til Forskningsavdelingen. Likeledes sendes en kort sluttrapport.

Tillatelsen gjelder bruk av data i utarbeidelse av mastergrad. Ved eventuell publisering av våre data, må tillatelse fra Forskningsavdelingen innhentes.

Forskningsavdelingen ønsker lykke til med gjennomføring av prosjektet.



Hei! Mitt navn er Anette Dirdal. Som student ved Universitetet i Stavanger (UiS), master i helsevitenskap med spesialisering i psykisk helsearbeid, har jeg for tiden en pågående masterstudie med tema «barn som pårørende i psykisk helsevern». I forbindelse med dette søker jeg helsepersonell i psykisk helsevern som informanter.

Informasjon om studien:

Masteroppgavens foreløpige tittel:

Kan de nye lovbestemmelsene for barn som pårørende være en døråpner for å fremme barneperspektiv i psykisk helsevern?

- Helsepersonells tanker og erfaringer om lovverkets plass i den daglige praksis”.

Bakgrunn og hensikt

01.01.2010 tredde det i kraft en lovendring i helsepersonelloven, § 10a Helsepersonells plikt til å ivareta mindreårige barn som pårørende: ”Helsepersonell skal bidra til å ivareta det behovet for informasjon og nødvendig oppfølging som mindreårige barn av pasienter med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldrenes tilstand”.

Hensikten med min masterstudie å få en innsikt i hvilke tanker og erfaringer du som helsepersonell har med denne lovbestemmelsen og generelt med arbeidet med «barn som pårørende». Jeg ønsker også å ha fokus på om nevnte lovbestemmelse kan ha en innvirkning for å fremme barneperspektivet i psykisk helsevern.

Metode

Intervjuene vil skje gjennom fokusgrupper og varigheten vil være på ca 70 minutter. Intervjuene vil bli tatt opp med digital opptaker. Sammen med meg vil det være en medforsker.

Kriterier for å delta i studien:

- 3 årig helse- og eller sosialfaglig utdanning
- Ansatt i psykisk helsevern
- Ikke rolle som barneansvarlig på avdelingen

Prosjektet er godkjent av Personvernombud og Forskningsavdelingen ved [redacted] Likeså har divisjonsdirektør [redacted] samtykket om at intervjuene blir foretatt i psykiatrisk divisjon. Min faglige veileder er Kristin Humerfelt, førsteamanuensis ved UiS.

Deltagelse i studien er frivillig; se også vedlagt samtykkeerklæring.

Dersom du ønsker å melde deg på eller har flere spørsmål om studien, vennligst ta kontakt.

Mvh Anette Dirdal mbl. 95871747 Mail: anette.dirdal@lyse.net eller anette.dirdal@sus.no

Håper å høre fra deg ☺

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt informasjon om studien av Anette Dirdal og ønsker å stille til intervju i fokusgruppe. Jeg er kjent med at tilstede i fokusgruppeintervjuet vil det også være en medforsker.

Jeg samtykker til at studien kan tas opp digitalt og at filen oppbevares til studien er avsluttet 31. mai 2014, for deretter å bli slettet.

Navn eller personlige opplysninger som ville kunne føre tilbake til meg som enkeltperson skal hverken innhentes, nedtegnes eller benyttes på noe tidspunkt i studien.

Som frivillig i studien kan jeg trekke meg på hvilket som helst tidspunkt, uten å måtte oppgi årsak og uten at det får negative konsekvenser.

Sted. Dato.....

Underskrift.....

Intervjuguide	
Hvilke tanker og erfaringer har helsepersonell med lovbestemmelsen for barn som pårørende i psykisk helsevern?	
:	
Hvordan erfarer helsepersonell at lovbestemmelsen utøves i praksis?	Hvilke tanker har helsepersonell for at lovbestemmelsen kan fremme barneperspektivet i psykisk helsevern?
<p>Lovbestemmelsene sier blant annet at helsepersonell skal kartlegge om pasienten har barn, samt gi informasjon og nødvendig oppfølging til barna.</p> <p>1: Hvordan kartlegges og dokumenteres pasientenes barn?</p> <p>2: Hvordan gis barn informasjon?</p> <p>3: Hvordan prater dere med pasientene om barna?</p> <p>4: Har dere erfart at noe av det nevnte arbeidet by på utfordringer?</p> <p>5: Hvorvidt kjenner dere til (og tar i bruk) rundskrivet som gir utfyllende kommentarer til lovbestemmelsen?</p> <p>6: Hvorvidt kjenner dere til opplæringsprogrammet om barn som pårørende?</p> <p>7: Skulle noe vært annerledes i deres hverdag for å best mulig utføre et godt arbeid med barn som pårørende– i tilfelle hva/hvordan?</p> <p>8: Hvorvidt erfarer dere arbeidet med barn som pårørende å være en naturlig del av yrkesutøvelsen?</p>	<p>1: Hva tenker dere er den beste måten å sikre at barneperspektivet får fokus i psykisk helsevern?</p> <p>2: Hvilke tanker har dere om at de nye lovbestemmelsene kan fremme barneperspektivet i psykisk helsevern?</p> <p>3: Hvilken betydning tenker det har det for barna at barneperspektivet har en plass i psykisk helsevern?</p>

I tillegg vil jeg spørre om dere har noen spørsmål, eller om det er tema jeg ikke har vært innom som dere har lyst til å fortelle om?