

Barn som pårørende



Universitetet
i Stavanger

Institutt for Helsefag

Master i Helsevitenskap, Spesialisering: Rusproblematikk.

Masteroppgave (30 studiepoeng)

Student: Ann Ilin Norheim

Veileder: Kristin Humerfelt

Dato: 29.06.2016

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I HELSEVITENSKAP

MASTEROPPGAVE

SEMESTER: **VÅRSEMESTER 2016**

FORFATTER: **ANN ILIN NORHEIM**

VEILEDER: **KRISTIN HUMERFELT**

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Kartlegging av foreldres rusvaner på helsestasjonen.

Engelsk tittel: Health service Evaluation of parents alcohol and drug habits.

EMNEORD/STIKKORD:

Barn, pårørende, foreldre, rusvaner, helsesøstre, helsestasjon, kartlegging.

ANTALL SIDER: Totalt 66 sider.

ANTALL ORD: 1,927.

STAVANGER, 29.06.2106.

FORORD

I forbindelse med arbeidet med denne masteroppgaven har jeg lært utrolig mye om både temaet og om meg selv. Jeg har opplevd fortvilelse og frustrasjon, men også glede og entusiasme underveis i arbeidet. Jeg håper at oppgaven kan være til inspirasjon og nytte for andre ved at kartlegging av foreldres rusvaner på helsestasjonen fører til tidlig identifisering av barn som vokser opp i hjem preget av foresattes overforbruk av ulike rusmidler ved å sette fokuset på tidlig. Samtidig håper jeg at tematikken i oppgaven kan bidra til å avdekke tabubelagte tema som i dette tilfelle omhandler overforbruk av ulike rusmidler, og at helsepersonell «tør» utfordre seg selv i forhold til å identifisere flere barn som lever under slike omstendigheter som belyses i oppgaven.

I denne forbindelse vil jeg rette en stor takk til familie, kjæreste og venner som har bidratt med rådgiving, støtte, tålmodighet og forståelse. I tillegg vil jeg takke min veileder Kristin Humerfelt for bidrag med mange faglige og gode innspill underveis i prosessen. Jeg vil også rette en stor takk til min arbeidsplass Rogaland A-senter som innvilget meg permisjon i forbindelse med siste innspurt av oppgaven. Og til sist en stor takk til alle informanter som tok seg tid til å bidra med sine erfaringer og kunnskaper.

Stavanger, 29.06.2016.

Ann Ilin Norheim

SAMMENDRAG

Temaet for undersøkelsen er hvordan helsesøstre i Norge kartlegger foreldres rusvaner generelt, med hensikt å avdekke problematisk rusbruk som kan gå ut over barns omsorgssituasjon.

Studiens hensikt og målsetting: Det overordnede målet med undersøkelsen er å tidlig identifisere barn som pårørende av foreldre med problematisk rusbruk. Dette med bakgrunn i at desto tidligere barn av foreldre med problematisk rusbruk blir fanget opp, desto tidligere kan en iverksette forebyggende tiltak for best mulig å legge til rette for trygging av barns omsorgssituasjon. Samtidig håper jeg undersøkelsen skal kunne være til inspirasjon, ved å øke fokus på et tema som i flere tilfeller kan tenkes å være vanskelig og tabubelagt å samtale om.

Oppgavens problemstilling:

«Hvordan kartlegger helsesøstre på helsestasjoner foreldres rusvaner i henhold til de minste barns omsorgssituasjon?»

Metode: Undersøkelsen bygger på en kvantitativ tilnærming med et fenomenologisk - hermeneutisk design. Fem helsesøstre i Norge deltok i innsamling av datamateriale gjennomført ved bruk av semistrukturert intervju.

Korte funn: Undersøkelsen viser store forskjeller i hvor mye fokus helsesøstre retter mot kartlegging av foreldres rusvaner. Flere helsesøstre omtalte temaet som sårt, tabubelagt og vanskelig å samtale om. Samtidig var det en helsesøster som utmerket seg som trygg og mer direkte i sin fremgangsmåte i kartlegging av foreldres rusvaner. Flere av helsesøstrene savnet nasjonale føringer som sa noe konkret om helsesøsters oppgave og gjennomføring i kartlegging av foreldres rusvaner. Undersøkelsen viser også at helsesøstre i liten grad benytter seg av ulike kartleggingsverktøy for å kartlegge foreldres rusvaner og at det var lite fokus på fars rusvaner dersom ikke far deltok på konsultasjoner på helsestasjoner. Funn i undersøkelsen bekrefter at det trengs mer erfaring og forskning for å lage gode retningslinjer og øke kompetansen for hvordan helsesøstre på helsestasjoner kan kartlegge foreldres rusvaner i henhold til de minste barn omsorgssituasjon.

Nøkkelord: Barn, pårørende, foreldre, kartlegging av rusvaner, helsesøstre, helsestasjon.

Innholdsfortegnelse

FORORD.....	2
SAMMENDRAG	3
1.0 INNLEDNING	6
1.1 Presentasjon av tema	6
1.2 Litteratursøk	7
1.3 Målsetting.....	8
1.4 Problemstilling	8
1.5 Avgrensning	8
1.6 Oppgavens oppbygning.....	9
2.0 TEORETISK REFERANSERAMME	11
2.1 Rusmiddelbruk	11
2.2 Rusmiddelavhengighet, blandingsmisbruk og virkning.	12
2.3 Rusmiddelbruk i Norge	14
2.3.1 Alkoholbruk.....	14
2.3.2 Narkotikabruk.....	15
2.3.3 Bruk av vanedannende legemidler	15
2.4 Barn som pårørende og foreldres omsorgsevne	16
2.4.1 Lover og kompetanseutvikling for helsepersonell i forhold til barn som pårørende.....	17
2.4.2 Helsepersonellens rolle i forhold til barn som pårørende.....	19
2.5 Kommunikasjon og samhandling	21
2.6 Ulike verktøy for å kartlegge risikofylte rusvaner.....	22
2.6.1 Hva defineres som risikofylte rusvaner?	22
2.6.2 Kartleggingsverktøy som kan være relevant på helsestasjoner	22
3.0 METODISK TILNÆRMING	25
3.1 Valg av metode.....	25
3.2 Utvalg	25
3.2.1 Biografisk data av utvalg.....	26
3.3 Rekruttering av utvalg	26
3.4 Datainnsamling.....	27
3.5 Intervjuguide	28
3.6 Gjennomføring av intervju	29
3.7 Transkripsjon av datamateriale.....	30
3.8 Dataanalyse	31

3.9	Reliabilitet og Validitet	32
3.10	Etiske overveielser	33
4.0	PRESENTASJON AV FUNN.....	35
4.1	Fokus på barn som pårørende.....	35
4.1.1	Informasjon	36
4.2	Kartlegging av foreldres rusvaner	37
4.2.1	Kartlegging av begge foreldres rusvaner.....	40
4.2.2	Kartlegging ved bruk av ulike verktøy	40
4.2.3	Blandingsmisbruk.....	40
4.2.4	Hjemmebesøk	41
4.3	Ansvarsforhold	41
4.4	Utfordringer.....	42
4.4.1	Kompetanse	44
4.4.2	Resurser	45
4.4.3	Nasjonale føringer	46
4.4.4	Helsesøsters relasjon til foreldrene.....	47
5.0	DISKUSJON	48
5.1	Fokus på barn som pårørende.....	48
5.2	Ulike kartleggingsverktøy	52
5.3	Utfordringer og kompetanse.....	52
6.0	KRITISK TILBAKEBLIKK.....	55
7.0	IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING	55
8.0	KONKLUSJON.....	56
8.0	LITTERATURLISTE	57
9.0	VEDLEGG.....	60
9.1	Vedlegg 1	60
9.2	Vedlegg 2	62
9.3	Vedlegg 3	63
9.4	Vedlegg 4.....	64

1.0 INNLEDNING

1.1 Presentasjon av tema

Temaet for undersøkelsen er hvordan helsesøstre i Norge kartlegger foreldres rusvaner generelt, med hensikt å avdekke problematisk rusbruk som kan gå ut over barns omsorgssituasjon. Undersøkelsen bygger på en oppfølging av bacheloroppgaven jeg skrev i min grunnutdanning som vernepleier, hvor temaet var «Ulike tilbud til gravide rusmiddelavhengige kvinner». Under vernepleierutdanningen var jeg et semester i USA, hvor jeg blant annet hadde praksis på en barneskole. Svært mange av skolens elever vokste opp i hjem preget av foreldres overforbruk av ulike rusmidler. Praksistiden gjorde flere sterke inntrykk på meg gjennom observasjon og samhandling med elever, foresatte og skolens ansatte. Dette vekket min interesse for å undersøke hvordan helsesøstre, ansatt på helsestasjoner i Norge, tilnærmer seg problematikken.

I 2011 - 2012 kom Meld St. nr. 30 «Se meg» hvor regjeringen legger frem mål og tiltak for en helhetlig rusmiddelpolitikk. I meldingen vektlegges ikke bare mennesket med rusavhengighet, men også pårørende som rammes eller skades av rusmiddelbruk (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). I den sammenheng vil barn omtales som pårørende. Barn som pårørende er en fellesbetegnelse av når foreldre har en definert sykdomstilstand i form av at de er psykisk syke, rusmiddelavhengige og eller somatisk syke (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012). Begrepet barn som pårørende er slik sett nokså bredt. Hele livet vil vi være barn av våres foreldre, men juridisk sett er man mindreårige barn inntil man er fylt 18 år (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012). Det er for pasientens mindreårige barn Helsepersonelloven § 10a innlemmer (Syse, 2013) Regjeringen ønsker å redusere negative konsekvenser av foreldres tapte eller reduserte evne til å ivareta barns utvikling og omsorgsbehov. Regjeringen ønsker å styrke tilbudet til de tyngst rammede i samfunnet. Skader og problemer som kan utvikles hos disse barna, er omfattende og har fått lite oppmerksomhet. Ved å styrke tilbudet til barn som blir rammet av konsekvensene rusmiddelavhengighet kan føre til, ønsker Regjeringen styrke norsk rusmiddelpolitikk (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). Med bakgrunn i tidligere forskning vet man at ulike rusmidler kan føre til alvorlige negative konsekvenser både for den som inntar rusmidlet, men kan også påvirke evnen til å ivareta for eksempel barns behov, utvikling og omsorgssituasjon (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). Meld. St. nr 30 (2011-2012) «Se meg» vektlegger barn som pårørende til rusmiddelavhengige foreldre. Det blir beskrevet at barn av rusmiddelavhengige foreldre kan pådra seg psykiske belastninger og følelsesmessige

utfordringer. I lys av dette ønsker regjeringen å styrke tilbudet og oppfølgingen av barn som pårørende av rusmiddelavhengige foreldre (Helse og omsorgsdepartementet, 2012). I Meld St.nr 30 benyttes begrepene «tidlig identifisering» og «tidlig intervensjon» om hverandre, men jeg ser tyngden ligger på tidlig identifisering av barn som vokser opp sammen med foreldre med rusproblematikk.

Regjeringens fokus på tidlig identifisering fanget min interesse for forebygging av eventuelle «skader» barn i disse hjem kan være utsatt for, skader som kan påvirke barnets videre utvikling. Barn av foreldre med problematisk rusbruk, er utsatte og står selv i fare for utvikling av problemer dersom ingen griper inn for å støtte opp om barnet og familien (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012). Derfor er det av betydning å undersøke hvordan foreldres rusvaner blir kartlagt.

1.2 Litteratursøk

Det har vært utfordrende å finne aktuell litteratur som omtaler hvordan helsesøstre arbeider i forhold til tidlig identifisering av de minste barn i hjem med foreldre med problematisk rusbruk. I søken etter tidligere forskning om tema og problemstilling, har jeg benyttet følgende databaser og nettsteder; «Idunn», «Scholar», «Universitet bibliotekets samlinger», «Tidsskrift for den norske legeforening», «Forebygging.no», «SveMed» og «Oria.no». Jeg brukte følgende søkeord på norsk, både enkeltord og setninger: «barn som pårørende», «foreldres rusvaner», «barn og rusmiddelproblematikk», «barn av foreldre med rusmiddelavhengighet», «helsestasjon», «rusmisbruk», «tidlig identifisering», «barn, pårørende og rus», «helsesøstre og kartlegging av rusvaner». Jeg søkte etter tidligere masteroppgaver som omhandlet temaet barn som pårørende, via forfatternes litteraturlister fant jeg også relevant fagstoff. Min veileder gav meg innspill om relevante tidsskrifter, samt ulike nettsteder som kunne gi meg fyldig og relevant data til undersøkelsen.

Mye av litteraturen jeg fant vektla helsesøstres rolle i forhold til barn i skolealder. Et eksempel var en masteroppgave som så på hvordan helsesøstre arbeider i forhold til identifisering av barn i skolealder med foreldre med rusmiddelproblematikk (Stave, 2014).

Barn som pårørende er i økende fokus i Norge, hvor flere ulike typer forskningsprosjekt med bakgrunn i temaet har fått bevilget midler. Helse- og sosialminister Bent Høie har omtalt en større studie ved Akershus universitetssykehus som omhandler barn som pårørende. Studien omfattet to levekårsundersøkelser, en om barn av foreldre med rusavhengighet og en om voksne som pårørende av rusavhengige. Studiens hensikt var å undersøke hvordan barn og

voksne pårørende opplevde hjelpen og oppfølgingen de fikk, samt se hvordan det gikk med de pårørende senere. Målet var å bedre tilbudene disse familiene fikk, samt finne ut hvilke tiltak som fungerte best (Ruud et al , 2015). Levekårsundersøkelsene omtalte ikke hvordan oppfølgingen og identifiseringen av barn som pårørende gjøres, eller om foreldres rusvaner kartlegges i et tidlig stadige på helsestasjoner.

Ved bruk av søkeordet; «barn som pårørende» i søketjenesten Oria fikk jeg 755 søketreff i form av tidligere masteroppgaver, tidsskrifter og bøker. Ved søkeord «barn som pårørende av rusmiddelavhengige» fikk jeg 11 søketreff, hvor flere av artiklene vektla barn som pårørende av foreldre med psykisk sykdom. Det var begrenset og lite litteratur om valgt tema, dermed så jeg undersøkelsens tematikk som en mulighet til å fylle et «hull» i litteraturen. Jeg så meg selv nødt til å oppsøke helsesøstre for å finne svar.

1.3 Målsetting

Det overordnede målet med undersøkelsen er å belyse hvordan helsesøstre praktiserer generell kartlegging av foreldres rusvaner på helsestasjoner i Norge for tidlig å identifisere barns omsorgssituasjon. Dette med bakgrunn i at desto tidligere barn av foreldre med overforbruk av ulike rusmidler blir fanget opp, desto tidligere kan en iverksette forebyggende tiltak for best mulig å legge til rette for trygging av barns omsorgssituasjon. Samtidig håper jeg at denne undersøkelsen skal kunne være til inspirasjon, ved å øke fokus på et tema som i flere tilfeller kan tenkes å være vanskelig og tabubelagt å samtale om.

1.4 Problemstilling

Med bakgrunn i valgt tema og overnevnte målsetning, har jeg valgt følgende problemstilling:

«Hvordan kartlegger helsesøstre på helsestasjoner foreldres rusvaner i henhold til de minste barns omsorgssituasjon?»

1.5 Avgrensning

Jeg vil undersøke helsesøstres kartlegging av foreldres rusvaner på et generelt grunnlag, ikke med hensyn til om foreldre har kjent rusproblematikk, men med hensyn til å kartlegge alle foreldre for eventuelt å identifisere problematisk bruk av ulike rusmidler. Jeg har bevisst valgt å omtale rusmidler som ulike rusmidler, begrepet benyttes uavhengig av om bruken gjelder alkohol, narkotiske rusmidler og/eller forskrevne legemidler fra lege. Undersøkelsen vektlegger heller ikke om foreldrenes rusvaner gjelder illegale eller legale rusmidler.

Undersøkelsen avgrenses til hvordan helsesøstre kartlegger foreldres rusvaner og bruk av ulike rusmidler. I denne undersøkelsen er barn avgrenset til det nyfødte barnet og frem til barnet er ca.15 måneder og omtales som de minste barna. Kombinasjonen rus og psykiske vansker har ofte en sammenheng eller har en kobling til hverandre (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012). Jeg vil i undersøkelsen se på barn som pårørende uavhengig av foreldrenes psykiske helse. Barn som har foreldre med problematisk rusbruk påtar seg ofte hverdagslige oppgaver i hjemmet som kan være til stor belastning for barnet i ung alder både fysisk og psykisk (Haugland, Ytterhus, & Dyregrov, 2012). Dette vektlegges ikke videre da jeg anser det irrelevant i forhold til de minste barna, dermed vil jeg ikke gå dypere inn i eventuelle senvirkninger barn kan påføres. Jeg vil heller ikke fokusere på eventuelle fosterskader som mor kan ha påført barnet i svangerskapet.

Begrepet kartlegging innebærer mange sider av barns omsorgssituasjon. I denne undersøkelsen brukes begrepet om helsesøsters generelle kartlegging av foreldres rusvaner med tanke på barns omsorgssituasjon.

Når jeg henviser til helsepersonell, vektlegges helsesøstre, men også annet helsepersonell som er sentrale i kartlegging av foreldres rusvaner og barns omsorgssituasjon.

1.6 Oppgavens oppbygning

Undersøkelsen er delt inn i syv ulike kapitler. Først en innledning, som allerede er presentert, deretter presenteres teori i andre kapittel. Teorien er valgt ut med bakgrunn i intervjuguide vedlegg 4, som er utarbeidet etter problemstilling og målsetting. Jeg stater med å presentere rusmiddelbruk, rusmiddelavhengighet, barn som pårørende herunder også lover og kompetanseutvikling og helsepersonellens rolle i forhold til barn som pårørende. Dette med bakgrunn i at bakgrunnskunnskap for tematikken er viktig for å vite kartleggingens hensikt. Jeg har redegjort for rusmiddelbruk i Norge med bakgrunn i en brukerundersøkelse fra 2014. Da det i vår tid ikke er unormalt at spesielt menn får barn i høyere alder har jeg vektlagt hele undersøkelsen og ikke avgrenset innenfor foreldre populasjonen, da jeg mener dette er sentralt i forhold til helsesøstres generelle kartleggingsarbeid. Videre presenteres ulike kommunikasjon og samhandlingsstrategier, samt ulike kartleggingsverktøy. I kapittel tre presenterer jeg undersøkelsens valg av metodisk tilnærming og fremgangsmåte, før jeg i kapittel fire presenterer funn gjennomført gjennom en kvalitativ tilnærming. I kapittel fem diskuteres teori opp mot funn, før jeg i kapitlet seks presenterer implikasjoner for praksis.

Kapittel syv runder oppgaven av med en konklusjon som samler hovedtrekkene i undersøkelsen.

2.0 TEORETISK REFERANSERAMME

2.1 Rusmiddelbruk

Rus er mer eller mindre en klinisk tilstand som er en subjektiv opplevelse som kan observeres og beskrives. Rusmidler kan ha ulik effekt på ulike individer avhengig av hvilke type rusmidler og hvordan rusmidlet inntas (Lossius, 2012). I Norge skiller man gjerne mellom legale og illegale rusmidler. Det har blitt gjennomført eksperimenter på dyr for å se på de ulike rusmidlers virkning (Lossius, 2012). Ved eksperimentering i dyreforsøk har det kommet frem ny kunnskap om blant annet den kjemisk kroppslige virkningen av rusmidler. Samtidig har det vært utfordrende å trekke en slutning mellom mennesker og dyr med tanke på fellestrekk i forhold til sinnsstemning og atferd. Det har kommet frem at rusmidler ikke har en felles virkning som oppleves behagelig hos mennesker og dyr, men at den i flere tilfeller krever en tilvenningsperiode for å lære seg å like rusmidlet (Lossius, 2012). Man kan skille mellom kjemisk rus og ikke-kjemisk rus (Fekjær, 2011). Ved inntak av kjemisk rus kan man ofte oppleve glede og entusiasme, men det kan også ha en motsatt effekt som fortvilelse og selvskading. Ut fra teorien viser det til at flere selvmord skjer i ruspåvirket tilstand, eksempelvis med høyt alkohol inntak (Fekjær, 2011). Personer som bruker ulike rusmidler opplever gjerne entusiastisk glede og er ofte oppmerksomhetssøkende. Virkning og konsekvenser ved bruk av ulike rusmidler kan anses å ha en påvirkning på omsorgsevnen som igjen kan påvirke barn som vokser opp med foreldre med overforbruk av ulike rusmidler. Når det er sagt, er det også viktig å nevne at ikke all rusbruk gir slike negative konsekvenser, det avhenger av mengde og rusmiddel (Fekjær, 2011).

Man kategoriserer ofte rusmidler inn i tre grupper; dempende, stimulerende og hallusinogene rusmidler. Noen rusmidler havner under en av disse kategoriene, mens andre rusmidler kan ha en effekt innenfor flere av kategoriene (Fekjær, 2011). Det finnes flere måter å innta ulike rusmidler på. Eksempelvis kan man røyke, tygge, injisere, inhalere, drikke, gjennom tablettform og nasalt (sniffe) rusmidler (Fekjær, 2011). Begrepet rusmidler kan også ses på som legemidler og narkotika med flere. Innenfor kategoriene kan de ulike rusmidlene kategoriseres ut fra ønsket effekt. Ved inntak av dempende rusmidler vil man ofte få tregere reaksjonsevne, bli mer avslappet, få nedsatt oppmerksomhet og kjenne på økt tretthet. Ved inntak av stimulerende rusmidler vil man kjenne på økt taleflom, økt motorisk aktivitet, økt selvfølelse, tankeflukt, tar mer sjanser og kjenner seg mer urolig. Benytter man seg av hallusinogene rusmidler, vil effekten ofte oppleves som illusjoner, hallusinasjoner, mangelfull orientering og tidvis oppnå vrangforestillinger av virkeligheten (Fekjær, 2011).

Under kategorien dempende rusmidler klassifiseres benzodiazepiner, heroin/morfin, cannabis og smertestillende, mens kokain, ecstasy og amfetamin kommer under stimulerende rusmidler da de gir en mer oppkvikkende effekt. Diverse sopparter og LSD havner inn under kategorien hallusinogener. Som nevnt tidligere kan noen rusmidler i enkelte tilfeller ha en dobbel effekt (Fekjær, 2011). For eksempel kan ecstasy oppleves som oppkvikkende, men også som hallusinerende for brukeren og havner dermed inn under både stimulerende og hallusinogene rusmidler. Cannabis på sin side kan klassifiseres inn under dempende rusmidler, men også under hallusinogene rusmidler. Dermed kan effekten av rusmidlet oppleves varierende og man kan oppleve en annen effekt enn man opprinnelig ønsker. Til sist kan vi se at alkohol som er et legalt rusmiddel i Norge i hovedsak hører inn under dempende rusmidler, men også kan gi en stimulerende effekt ved inntak (Fekjær, 2011). Rusmidler kan ha både en positiv og negativ effekt hos brukerne. Ved sykdom kan ulike rusmidler lindre pasientsmerter og ha en beroligende effekt. På en annen side kan veien til rusmiddelavhengighet være liten og brukeren kan gå over til misbruk av rusmidlet (Fekjær, 2011).

2.2 Rusmiddelavhengighet, blandingsmisbruk og virkning.

Bruk av rusmidler kan gi avhengighet (Lossius, 2012). Man kan kjennetegne avhengighet ved at man kjenner sterk lyst eller trang til å innta rusmiddelet, ukontrollert inntak, samt stoppe inntaket før en mister kontrollen. Ved å bruke et gitt rusmiddel over tid økes toleransen for å oppnå ønsket effekt av rusmidlet og man øker da ofte dosen. Samtidig som rusmidlet overskygger endret livsforhold som blant annet alvorlige fysiske, psykiske, sosiale og økonomiske skader og man likevel velger å holde fast til rusmidlet. Dette er ofte typiske tegn for avhengighet ovenfor ett eller flere rusmidler (Lossius, 2012). Ved å få diagnostisert en avhengighet overfor ett eller flere rusmidler, må ulike kriterier ligge til grunn. Det tas da høyde for toleranse, abstinensreaksjon, inntak av økt doser/økt enheter og over et lengre tidsrom enn planlagt, flere mislykkede forsøk på å redusere bruken, ved bruk av mye tid på å skaffe rusmidlet, redusert sosial aktivitet som skyldes rusmiddelinntak, fortsatt rusinntak til tross for å innse alvorlige negative konsekvenser som medføres av rusmiddelinntaket (Helsedirektoeret, 2011). Tre av disse syv kriteriene må oppfølges før en avhengighetsdiagnose kan stilles. Det er godt dokumentert hvordan alle rusmidler påvirker hjernen og hvordan hjernen reagerer på enkelt inntak og gjentatte ganger inntak av ulike rusmidler. Samtidig vil virkningen av rusmiddelet avhenge av hvordan rusmiddelet blir inntatt, dose, dagsform, genetisk bakgrunn, samt miljøpåvirkning under rusmiddelinntaket (Helsedirektoeret, 2011).

Det har gjennom de siste tiårene blitt mer vanlig med blandingsmisbruk av rusmidler. Det vil si at en bruker flere rusmidler samtidig (Helsedirektoratet, 2011). Årsaken til blandingsmisbruk kan være mange, men hovedsakelig kan det tenkes at den som inntar rusmidlet ønsker å oppnå en ønsket effekt som for eksempel en dempende effekt. For å oppnå en dempende effekt kan den som inntar rusmidlet innta både opioider og benzodiazepiner og oppnå en balansert effekt i stedet for å ta større doser av for eksempel opioider som heroin ene og alene. Et annet eksempel er at brukeren kanskje ønsker å oppnå ruseffekt, men ikke en for kraftig sederende effekt og inntar da kanskje cannabis og amfetamin samtidig for å oppnå en dempende, men stimulerende effekt (Helsedirektoratet, 2011). Har man brukt et rusmiddel over lengre tid, kan et tredje eksempel være at et annet rusmiddel brukes for å dempe symptomer og/eller abstinenser etter brå seponering av rusmiddelet. Noen rusmidler gir ulike uønskede psykiske belastninger som uro, depresjon, angst og paranoide tanker. Benzodiazepiner brukes da ofte som et dempende rusmiddel for å unngå eller redusere disse psykiske belastninger. Skadevirkningen av blandingsmisbruk kan gi livstruende skader. Et eksempel på dette kan være hvordan ulike rusmidler påvirker brukerens respirasjon, og at et annet rusmiddel kan gi redusert respirasjon som igjen kan føre til livstruende situasjoner (Helsedirektoratet, 2011).

Ulike rusmidler forsterker og svekker normale prosesser i hjernen. Det vil si at rusmidler gir en spesifikk påvirkning på kommunikasjon mellom hjernecellene. Noen områder i hjernen er mer følsomme for rusmidler enn andre. Ut i fra hvilke hjerneområder som er affisert etter inntak av rusmidler vil endringer i hjernens aktivitet og blodgjennomstrømming forekomme og man vil da oppleve en effekt som blant annet behagelig, sløvende, stimulerende og kritikkvekkende (Helsedirektoratet, 2011). Felles for alle rusmidler er at de påvirker hjernens aktivitet i de deler som regulerer følelser som belønning, velvære, motivasjon, glede og innlæring. Dette er igjen områder i hjernen som knyttes til naturlig stimulus av det å kjenne på sult, tørst, sosialisering, seksuell stimulering og omsorg, også omsorg for barn (Helsedirektoratet, 2011). Den som inntar rusmiddelet jevnlig, vil muligens ikke registrere disse endringene selv i første omgang, men de vil tydeliggjøres etter hvert. Etter langvarig rusmiddelbruk kan endringer i hjernen føre til at den som inntar rusmiddelet mister kontroll over fornuften. Dette fører til redusert kontroll over belønnings- og motivasjonssystemene som ofte medfører dårligere balanse mellom langsiktig fornuft. En kan da oppleve å bli mer kortsiktig fattet, man kan risikere å miste evnen til å planlegge og ta langsiktige valg (Helsedirektoratet, 2011). Disse endringene som skjer med hjernen er konsekvenser av

rusmiddelinntak, gjerne ukontrollert, men også over et langsiktig tidsrom. Konsekvensene blir ikke nødvendigvis livslange dersom man endrer rusvanemønster. Det er viktig å være klar over de ulike problemstillingene som kan medføres etter inntak av rusmidler over tid, og hvilke vedvarende skader det kan føre til over lengre tid etter rusfrihet for å forstå kroppen på en helhetlig måte (Helsedirektoraet, 2011).

2.3 Rusmiddelbruk i Norge

I Norge er forbruk av alkohol og cannabis relativt lav, i europeisk sammenheng. Bruken av sentralstimulerende midler og opioider er derimot noe høyere. Dødsfall som følge av overdose av illegale stoffer som heroin og andre opioider, ligger Norge fortsatt på et nokså høyt nivå (Evjen, Kielland, & Øiern, 2012). Politikerne i Norge krever at rusmiddelforskning undersøker og gjennomfører ulike studier i forhold til å kartlegge rusbruk. SIRUS (Statens institutt for rusmiddelforskning) har utarbeidet flere undersøkelser og rapporter i forhold til kartlegging av rusbruk.

2.3.1 Alkoholbruk

Siden 1851 har alkoholomsetningen vært statistikkført i Norge og omsetningen har vært strekt varierende gjennom årenes løp (Fekjær, 2011). Det viser seg at variasjon mellom omsetning ikke er tilfeldig, men gjenspeiler seg hovedsakelig gjennom tre forhold; befolkningens holdning, alkoholpolitikken og kjøpeevne. Den økende andel av eldre og økt fremmedkultur har hatt en innvirkning på den gjennomsnittlige alkoholnedgangen (Fekjær, 2011).

Totalomsetningen av alkohol per innbygger 15 år og eldre har vært relativt stabil frem til midten av 1990-tallet, mens i 2008 var det en kraftig økning. Den kraftige økningen kan tilskrives den økte vinomsetningen. Det totale alkoholkonsumet i Norge har hatt en nedgang de senere år (SIRUS, 2015).

Fra brukerundersøkelsen i 2015 viser hovedfunn i forhold til alkoholbruk at 93 prosent i alder 16 til 79 år oppgav å ha drukket alkohol noen gang, mens 82 prosent oppgav å ha drukket alkohol de siste 12 månedene (SIRUS, 2015). Undersøkelsen viste at menn hadde et 9 prosent høyere alkoholkonsum enn kvinner. Samtidig var alkoholkonsumet økende blant kvinner sammenlignet med tidligere (SIRUS, 2015). På spørsmål om hvor ofte informantene hadde drukket alkohol i løpet av de siste 12 månedene, kom det frem at menn hadde flere drikke-dager i året enn kvinner. Menn oppgav i gjennomsnitt 48 drikkedager, mens kvinner gjennomsnittlig oppgav 35 dager. Det fremkom at fire av ti menn hadde drukket alkohol en dag i uken eller oftere de siste 12 månedene, mens tre av ti kvinner oppgav å ha drukket

alkohol en dag i uken eller oftere (SIRUS, 2015).. Alkoholinntak blant kvinner har økt den senere tiden, også innenfor arbeidslivet har alkoholinntaket økt blant kvinner. Det kan tenkes at økt alkoholinntak blant kvinner i arbeidslivet har en sammenheng med at kvinner i dag er i posisjon til høyere og ledende stillinger enn tidligere (Sagvaag & Sikveland, 2014).

2.3.2 Narkotikabruk

Norge har en restriktiv narkotikapolitikk sammenlignet med andre land (SIRUS, 2015). Cannabis er det mest brukte narkotiske stoffet såvel i Norge som i resten av den vestlige verden, dermed ønsker jeg å se nærmere på befolkningsbruk av Cannabis. I 2014 oppgav 4,2 prosent å ha brukt cannabis siste 12 måneder, mens 1,6 prosent oppgav bruk siste 4 uker. Det kan se ut til at totalforbruket av cannabis har vært relativt stabilt gjennom de siste 20 årene. Undersøkelsen påpeker at bruk av cannabis er hyppigere blant menn enn kvinner og at en større andel av brukerne er under 35 år (SIRUS, 2015).

2.3.3 Bruk av vanedannende legemidler

I befolkningsundersøkelse utført fra og med 2012 fra de mellom 16 og 79 år ble det spurt om bruken av tre ulike reseptbelagte vanedannende legemidler. Det ble rapportert at bruk av disse ulike typer legemidler har vært varierende over tid (SIRUS, 2015). Undersøkelsen fant at mellom 10-12 prosent brukte ulike type sovemidler siste 12 månedene. Beroligende medikamenter som sobril og valium hadde en prosentutligning på ca. åtte prosent mellom 1995 og 2004, mens de senere årene har gått ned til omkring seks prosent. Tatt i betraktning av at undersøkelsen var utført på en noe annerledes måte, men likevel såpass nær at resultatene kunne sammenlignes (SIRUS, 2015).

I undersøkelsen fremgår det tydelig en større andel som bruker smertestillende medikamenter de siste 12 månedene (SIRUS, 2015). Undersøkelsen påpeker også at bruk av beroligende legemidler hadde lite til nesten ingen kjønnsforskjell, mens en større andel kvinner enn menn oppgav bruk av sovemidler og smertestillende medikamenter de siste 12 månedene. Bruk av sovemidler viste seg å øke i samråd med økende alder Sammenlignet med de som var yngre kom det frem at de mellom 45 år og eldre utpekte seg i forhold til bruk av beroligende legemidler og også smertestillende legemidler (SIRUS, 2015).

Legale legemidler kan på lik linje med illegale rusmidler påvirke den som inntar rusmidlet i ulik grad som igjen kan føre til redusert omsorgsevne dersom den som inntar rusmidlet er omsorgsperson for barn (Lossius, 2012).

2.4 Barn som pårørende og foreldres omsorgsevne

Når noen sliter med rusmiddelproblemer, rammes ikke bare den som inntar rusmiddelet av sosiale og helsemessige skader som rusmidlene fører med seg, men også de nære relasjoner som barn, søsken, foreldre og andre pårørende (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). På sikt kan konsekvenser barn står ovenfor, føre til eventuell sykdom, isolasjon og konfliktfylte forhold innenfor familien og utenfor. Barn som vokser opp i hjem hvor en eller begge foreldrene har overforbruk av ett eller flere rusmidler, representerer en betydelig helserisiko i samfunnet (Lossius, 2012). Samtidig er det stor variasjon i hvordan familier takler overforbruk av ulike rusmidler og hvilken innvirkning det har på barnets helse og videre utvikling. Faktorer som barnets alder, plass i søskenrekken, foreldrenes funksjonsnivå, hvilket sosialt nettverk familien har spiller en sentral rolle i forhold til de utsatte barna. Det er viktig å se på problemet ut fra et helhetsperspektiv. Det er også viktig å nevne at flere av disse barna klarer seg bra videre i livet, men ikke alle (Lossius, 2012).

Statens rusmiddelforskning viser at omlag 50 000 – 150 000 barn bor sammen med foreldre som har et risikofylt alkoholkonsum i Norge, tall hentet fra 2009 (Lossius, 2012). Disse tallene har ikke tatt hensyn til andre type rusmidler enn alkohol, da hadde tallene vært langt høyere. Ut i fra en annen rapport utført av Folkehelseinstituttet kommer det i 2014 frem at 450 000 (40,5 prosent) barn i Norge lever med en eller to foreldre med diagnostiserbar psykisk lidelse og eller minst en forelder som misbruker alkohol (Torvik & Rognmo, 2014). Man må ut i fra rapporten imidlertid ta hensyn til at ikke alle lidelser fører til nedsatt omsorgsevne. Flere av foreldrene har fortrinnsvis milde lidelser som kan være forbigående som depresjon og mild sosial angst som i hovedsak gir konsekvenser for dem selv og ikke barna (Torvik & Rognmo, 2014). Likevel viser Folkehelseinstituttet til at ca. 70 000 barn (6,5 prosent) har foreldre med et så alvorlig alkoholproblem at det mest sannsynlig går ut over foreldrenes daglige funksjonsevne. Det er viktig å belyse at rapporten også her tar for seg kun de med alkoholproblemer og ikke annen rusmiddelproblematikk (Torvik & Rognmo, 2014). Med utgangspunkt i denne statistikken over barn som lever under vanskelige omstendigheter på grunn av foreldres rusvaner og eller psykiske lidelser kan det tilsi at barna har behov for oppfølging av hjelpeapparatet i ulik grad (Humerfelt, 2014).

I familier hvor foreldre har et rusproblem, bærer ofte barnets oppvekst preg av skamfølelse, uforutsigbarhet, løftebrudd, benektelse av rusproblemet, lojalitetskonflikter, endeløse og fastlåste konflikter, vold, frykt fra foreldre skal komme til skade og trussel om tap (Lossius, 2012). I familier som er preget av rusrelaterte problemer viser forskning at foreldre ofte har

reduisert evne til å gi kjærlyghet, bekreftelse, struktur og støtte, enn familier som ikke bærer preg av rusrelaterte problemer innad i familien (Lossius, 2012). Barn av foreldre som har alvorlig eller moderate rus og eller psykiske lidelser har dobbelt så stor risiko for å utvikle negative utfall som å selv utvikle psykiske lidelser i barndom- og ungdomsår, mishandling, omsorgssvikt, seksuelle overgrep og tidlig død (Torvik & Rognmo, 2014). Hovedarenaen for barns utvikling og utviklingsstøtte er familien. Det vil si at barn er en sårbar gruppe når det kommer til overforbruk av rusmidler i hjemmet (Lossius, 2012).

Barn bærer preg av å være i nære relasjonar til personer med problematisk rusbruk (Lossius, 2012). Som regel har de pårørende et behov for omfattende hjelp og støtte for å mestre denne rollen, samt sette grenser for hva som er akseptabelt og ikke. Dette avhenger selvsagt fra individ til individ og ulike behov (Lossius, 2012).

Rusproblemer, spesielt i hjemmet, er fremdeles i noen grad knyttet til stigma i vårt samfunn (Lossius, 2012). Det vil si det i flere tilfeller kan være vanskelig å fange opp utsatte barn i familier med overforbruk av ulike rusmidler. Ofte hemmeligholdes rusproblemene i hjemmet, da det er et tabubelagt tema som ofte knyttes til skyldfølelse, skam og mindreverdighet. Andre faktorer som også bærer preg av rusproblemer i hjemmet kan ha en sammenheng med at flere av disse familiene opplever fattigdom, arbeidsløshet, utroskap, vold/overgrep, kriminalitet, selvmord og alvorlige psykiske lidelser (Lossius, 2012). Ser vi på dette med barns øyne, vil det ligge naturlig for barnet å beskytte sine foreldre selv om foreldrene har et rusproblem eller ikke. Det vil si at øker rusproblemet blant den voksne, vil barnets toleranse for den med rusproblem tilsynelatende øke i takt, både i forhold til økt rusmiddelinntak samt atferdsendring (Lossius, 2012).

2.4.1 Lover og kompetanseutvikling for helsepersonell i forhold til barn som pårørende

Helsepersonelloven ble endret i 2009 og under § 10a viser det til at helsepersonell er pålagt å kartlegge, dekke behov for informasjon og oppfølging som barn av foreldre med psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet, alvorlig somatisk sykdom eller skade kan ha som følge av foreldres tilstand (Syse, 2013). Barn som pårørende har rett til informasjon og helsepersonell har en plikt til å avdekke om pasienter, klienter eller brukere har mindreårige barn. Etter avdekking om mindreårige barn skal helsepersonell samtale om barnets informasjon og oppfølgingsbehov, samt tilby veiledning. Videre skal helsepersonell søke om å få innhente samtykke til å gi informasjon til barnet (Syse, 2013). Ifølge Helsepersonelloven § 25 tredje ledd kan helsepersonell utlevere taushetsbelagte opplysninger til samarbeidspartnere dersom

pasient, klient eller bruker tillater det. Dersom det er fare for alvorlig omsorgssvikt, kan barnevernstjenesten kontaktes uten samtykke, § 33 Helsepersonelloven (Syse, 2013). Det vil si at dersom helsesøstre har grunn til å tro at barnet blir utsatt for alvorlig omsorgssvikt som følge av foreldres rusvaner er helsesøstre pliktet til å varsle barnevernstjenesten (Eilertsen, 2012). Samtidig har helseforetakene gått sammen og pålagt å ha tilstrekkelig barneansvarlig personell på helseinstitusjoner for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige, og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter i § 3-7a i spesialisthelsetjenesteloven (Syse, 2013).

For å sikre hvert enkelt barns rettigheter, vedtok FNs generalforsamling i 1989 den første internasjonale menneskerettighetskonvensjonen, hvor det ble gitt en juridisk status til barn kalt Barnekonvensjonen som inneholder barns rettigheter. (Redd Barna, 2016).

Barnekonvensjonen verner om barn og retten til liv og helse, forbud mot tortur og umenneskelig behandling, retten til privatliv, tanke- samvittighets- og religionsfrihet, forsamlingsfrihet, vern mot forskjellsbehandling, regler om frihetsberøvelse og rettergang under straffesak. Ved egen FN-konvensjon om barn er den store fordel at alle bestemmelser som verner om barn er tydelig samlet på ett og samme sted. I dag har 195 land sluttet seg til Barnekonvensjonen, og rettighetene gjelder for alle barn som bor i land som er tilsluttet konvensjonen (Redd Barna, 2016).

Gjennom multisenterstudien utført på bestilling av Helsedirektoratet i 2015 kom det frem at spesialisthelsetjenesten bare delvis følger opp hva loven tilsier om barn som pårørende. Studien dokumenterte mangelfull kartlegging og dokumentasjon som førte til udekkede behov når det gjaldt henvisninger av barn og informasjon til barn. Samtidig viste også studien at kommunehelsetjenesten på lik linje med spesialisthelsetjenesten delvis fulgte opp loven om barn som pårørende (Ruud et al , 2015). Videre viste studien at i kommunehelsetjenesten var det mangelfulle systemer for å identifisere og kartlegge barn som pårørende som levde med foreldre med for eksempel overforbruk av rusmidler og dermed også mangelfull hjelp til barn og familier. Mangelfulle ressurser, ikke utnyttede ressurser, mangelfull opplæring og veiledning til helsepersonell, begrenset kompetanse i forhold til familiefokus om hvordan foreldres tilstand kan påvirke barna, lite grad av utviklede kvalitetssikringsprogrammer for å følge opp lovbestemmelser med tanke på barn som pårørende viste at helsepersonellens plikter om ivaretagelse av barn som pårørende og barns rettigheter i ulik grad blir ivaretatt slik som lovbestemmelsene tilsier (Ruud et al , 2015).

På oppdrag fra Helse og omsorgsdepartementet ble det i 2008 etablert BarnsBeste, som er et nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørende. Hensikten med BarnsBeste er å bedre oppfølgingen av barn med somatisk og psykisk syke/rusmiddelavhengige foreldre, samt innhente, systematisere, formidler kunnskap og metodikk med formål om å forebygge og behandle ulike problemer barn som pårørende kan påføres. BarnsBeste legger til rette for kunnskapsoverføring mellom fagmiljøer, etater, behandlingsnivåer, universiteter og høyskoler samt erfaringer om barn som pårørende fra Norge og andre land (BarnsBeste, 2016).

2.4.2 Helsepersonellens rolle i forhold til barn som pårørende

Barn som pårørende er en sårbar gruppe i samfunnet. Gjennom tiknytningsteorien fra Bowlby til Rutter er det godt dokumentert hvordan barn utvikler seg i samspill med omgivelsene (Antonovsky, 2013). De som vokser opp med foreldre som av ett eller flere rusmidler utvikler et rusproblem, er oftere utsatt for omsorgssvikt, overgrep og vold, enn barn som ikke er oppvokst mer rusrelaterte problemer i familien (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). I 2006 gikk de regionale helseforetakene ut med at barn av foreldre med rusproblemer skal sikres oppfølging, for å ivareta barnets behov (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). For å få en oversikt over hovedutfordringene innen rusfeltet, har regjeringen utarbeidet en opptrappingsplan for å fastlegge både langsiktige og kortsiktige strategier (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). «Opptrappingsplanen for rusfeltet» har som fokus å identifisere og kartlegge de utsatte barna på et så tidlig tidspunkt som mulig for å gi best mulig tilbud og oppfølging. Barn som er i høy risiko må identifiseres og intervensjonen må skje tidlig nok. Ofte er det barnehage, skole, helsesøster, fastlege og andre instanser som er i kontakt med barnet som spiller en avgjørende rolle for når problemet blir oppdaget. Det er nettopp derfor viktig å øke kompetansen på de ulike arenaene slik at de som er i relasjon til barnet har nok kunnskap til å oppdage underliggende problemer, som for eksempel barn som vokser opp med rusproblematikk i hjemmet (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Ut i fra Opptrappingsplanen for rusfeltet, arbeides det for å unngå stigmatisering ved å peke ut «risikogrupper». Dette med bakgrunn i å fange opp flest mulig barn som er utsatt og kunnskapen må heves (Helse og omsorgsdepartementet, 2015). Sosial – og helsedirektoratet har i samarbeid med regionale kompetansesentrene for rusmiddelspørsmål utviklet og implementert en nasjonal strategi for tjenestefeltet som skole, barnevern, helsetjenesten med mer. Den overordnede strategien vektlegger ferdigheter som tidlig identifisering, kartlegging og henvisning til riktig hjelpeinstans, samt øke kompetansen om rusproblematikken (Helsedirektoratet 2010).

Med bakgrunn i Opptappingsplanen for rusfeltet står tidlig intervensjon svært sentralt i forhold til arbeid med barn som pårørende. Ut i fra et folkehelseperspektiv kan vi se at økt kompetanse på ulike arenaer som er i nærkontakt med barn kan hjelpe i forhold til å kartlegge og fange opp hvilke barn som er utsatt. Ansatte ved for eksempel barnehage, skole og helsesøster som er i tett relasjon til barn, kan ved økt kompetanse lære seg å kjenne hva de bør se etter for å fange opp utsatte barn som er preget av foreldrenes overforbruk av ulike rusmidler. Ved å fange opp barna tidlig nok vil vi muligens redusere de negative konsekvensene barn kan bli utsatt for. Samtidig kan det gi mulighet for et helsefremmende samfunn (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Som et av få land i verden, har Norge gjort lovendringer og retningslinjer for oppfølging og involvering av barn som pårørende (Humerfelt, 2014). Likevel kommer det frem at helsepersonell selv mener det er vesentlig å styrke kompetansen i form av å bli mer utfordrende, ivareta relasjoner, håndtere distanse til eget foreldreskap og trene på ulike handlingsstrategier for å lykkes med å identifisere barns omsorgssituasjon som bor sammen med foreldre med rus eller psykiske lidelser (Humerfelt, 2014).

I 2010 utgav Helsedirektoratet et rundskriv om barn som pårørende hvor det vektlegges at helsepersonell skal bidra til å dekke informasjon og nødvendig oppfølging av mindreårige barn som utsettes for redusert omsorg som følge av foreldres psykisk sykdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom eller skade. Formålet med denne sikringen er å oppdage barn som pårørende tidlig, og at prosesser som kan fremme barnets oppvekstvilkår og foreldrenes situasjon, samt forebygge når en forelder er utav stand til å yte god omsorg for sitt barn (Helsedirektoratet, 2010). Bestemmelsene gjelder både for helsepersonell i spesialisthelsetjenesten, kommunehelsetjenesten og private helsetjenester. Det er helsepersonellens plikt å påse at barn blir ivaretatt dersom barnets foreldre eller omsorgsperson ikke er i stand til å ivareta barnet (Helsedirektoratet, 2010). Dersom helsepersonell må inn å bistå i forhold til om barnets omsorgsbehov er ivaretatt, er det viktig at helsepersonell involverer omsorgsperson underveis i prosessen, samt gir råd og veiledning. Helsepersonell må ta stilling til når barnet best kan ivaretas. Ofte avhenger det i hvilken helsehjelp omsorgspersonen mottar og hvilket tidsrom (Helsedirektoratet, 2010). I rundskrivet fra Helsedirektoratet ligger det vedlagt et kartleggingskjema for å kartlegge om barn blir ivaretatt av den som mottar helsehjelp (Helsedirektoratet, 2010 s.26). Ved kartlegging av barn vil helsepersonell få en oversikt over om barnet er ivaretatt og hvilke konsekvenser barnet kan stå ovenfor, samt om barnet har behov for videre oppfølging. I noen

tilfeller vil man gjennom kartlegging se at det vil bli behov for å etablere et tverrfaglig samarbeid for å sikre at barnets omsorgssituasjon blir ivaretatt (Helsedirektoratet, 2010).

2.5 Kommunikasjon og samhandling

Alle har en medfødt evne til å kommunisere, men det er avgjørende hvordan man utfører kommunikasjon for å komme i posisjon til å samhandle om ulike temaer (Røkenes & Hanssen, 2013). Som helsesøster forsøker man å samhandle med foreldre, barn og samarbeidspartnere ut fra bestemte overordnede mål. Som helsesøster og annen fagperson kan man komme i ulike kommunikasjonsutfordringer som man ellers ikke møter på samme måte i dagliglivet. Det er da gunstig å ta i bruk relasjonskompetansen som innebærer å forstå og samhandle med mennesker på en god og hensiktsmessig måte (Røkenes & Hanssen, 2013). Som helsesøster i samhandling med barn og foreldre er det viktig at helsesøster i første omgang kommer i posisjon til å etablere en relasjon. Videre er det viktig at helsesøster har evne og kunnskap om situasjonsforståelse, kulturell sensitivitet, selvinnsikt og har en empatisk holdning i sitt arbeid. Helsesøstre bør kunne være i stand til å vise interesse for foreldre og barns tanker, bidra til å skape en trygg atmosfære, vise medfølelse og være i stand til å gi informasjon, samt lytte til foreldre og barn i dialog. Det er viktig at fagpersoner som arbeider med mennesker, kan både handle og samhandle (Røkenes & Hanssen, 2013). Med andre ord er det viktig at helsesøstre i dialog med barn og foreldre kommuniserer på en helhetlig måte. Det vil si at en tar høyde for å kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og å forstå hva som skjer i samspill med den andre. En god helsesøster bør kunne benytte seg av både handlingskompetanse og relasjonskompetanse i møte med barn og foreldre. Ved å benytte seg av handlingskompetanse og relasjonskompetanse utøver fagpersonen yrkeskompetanse (Røkenes & Hanssen, 2013).

En dyktig fagperson anses å være i stand til å møte hele mennesket og er handlingskraftig når det trengs. Det vil si at en gjennom kommunikasjon og samhandling åpner rom for å skape trygghet, tillit, åpenhet, respekt og anerkjennelse, samtidig som en bistår til å fremme selvstendighet og medvirkning (Røkenes & Hanssen, 2013). Gjennom en undersøkelse utført i 1993 om sosialarbeidere og deres møte med klienter kom det frem at hvordan fagpersonell fremstår, hvordan klientene blir tatt på alvor, hvordan klientene møtes, hvordan klientene blir trodd, samt medmenneskelighet, kan være avgjørende for å komme i posisjon til en god dialog (Røkenes & Hanssen, 2013).

2.6 Ulike verktøy for å kartlegge risikofylte rusvaner

Både nasjonalt og internasjonalt er det utarbeidet flere ulike verktøy for å kartlegge rusvaner som et rusmiddelforebyggende tiltak, også ved bruk av digitale og internettbaserte program (Sagvaag & Sikveland, 2014). De ulike tilnærmingene har flere fellestrekk, men også forskjeller. Det finnes verktøy som er utviklet for kartlegging av rusvaner i arbeidssammenheng, verktøy som vektlegger etablering av rusmiddelpolitikk og rom for endring, verktøy som retter seg mot informasjon og opplæring, verktøy som vektlegger helsefremmende og helseforebyggende arbeid, og verktøy som retter seg for utsatte grupper med høyere risiko for overforbruk av ulike rusmidler herunder også med tanke på alder av den som kartlegges (Sagvaag & Sikveland, 2014). Flere studier viser til at kartlegging av rusvaner kombinert med enkle intervensjonsmetoder kan redusere risikoforbruk for enkeltpersoner. Disse tiltakene er aktuelle både i primærhelsetjenesten, spesialisthelsetjenesten og i bedriftshelsetjenesten (Helsedirektoratet, 2015). For å benytte seg av ulike kartleggingsverktøy tenker jeg det er vesentlig for helsepersonell å være klar over hva som betegnes som risikofylte rusvaner.




2.6.1 Hva defineres som risikofylte rusvaner?

Det kan være vanskelig å skille mellom normal forbruk og risikoforbruk. Ofte kan det være glidende overganger og store individuelle forskjeller før man kan stadfeste at rusbruken er risikofylt (Helsedirektoratet, 2015). Rusbruken kan også variere i perioder gjennom livet og i ulike livsfaser. WHO (verdens helseorganisasjon) definerer risikofylt alkoholbruk når alkoholbruken gir skadelige konsekvenser for den som inntar rusmiddelet eller for andre (Helsedirektoratet, 2015). Risikofylt forbruk handler om både totalforbruket og rusmønsteret til den som inntar rusmidlet. Tar vi for oss alkohol er det ingen offisielle grenseverdier i Norge eller internasjonal enighet om når begrepet risikofylt alkoholinntak blir betegnet. I Danmark betegnes det som risikofylt alkoholbruk om menn drikker over 21 alkoholenheter i uken og om kvinner inntar over 14 alkoholenheter i uken (Helsedirektoratet, 2015). Ved å definere inntak av alkohol bruker man ofte begrepet enhet. En alkoholenhet tilsvarer 12-15 gram alkohol. Eksempelvis tilsvarer det ett glass øl på 33 cl (Helsedirektoratet, 2015). Helsesøstre på helsestasjoner kan benytte seg av enhet for å kartlegge rusvaner med tanke på alkohol for å danne seg et bilde av foreldrenes alkoholvaner.

2.6.2 Kartleggingsverktøy som kan være relevant på helsestasjoner

Jeg vil redegjøre for utvalgte kartleggingsverktøy som Alkoholenhetskalkulator, AUDIT, DUDIT og Balance. Ved å benytte seg av alkoholkalkulatoren som et verktøy for kartlegging

av alkoholinntak per uke, kan man klassifisere alkoholinntaket i tre soner, Rød sone, Gul sone og Grønn sone (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2016). Formålet med alkoholkalkulatoren er ment å være et praktisk verktøy for helsepersonell i samtale med personer om deres alkoholbruk. Samtidig kan også alkoholkalkulatoren brukes som et selvhjelpsverktøy for mennesker som ønsker tilbakemelding og informasjon om sine alkoholvaner. Nedenfor vises det i Figur:1 hvordan WHO definerer de ulike sonene i forhold til alkoholinntak per uke (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2016).

	Rød sone	Stor risiko for å utvikle helseskade	Menn:	22 eller mer
			Kvinner:	15 eller mer
	Gul sone	Økende risiko for å utvikle helseskade	Menn:	14 - 21
			Kvinner:	9 - 14
	Grønn sone	Liten risiko for å utvikle helseskade	Menn:	0 - 13
			Kvinner:	0 - 8

Figur:1 Viser risikosoner i forhold til angitte alkoholenhet per uke. Hentet 01.05.16:

<http://www.snakkomrus.no/alkoholenhetskalkulator/index.html>.

AUDIT står for Alcohol Use Disorder Identification Test og er et kartleggingsverktøy utarbeidet av WHO. I 1990 ble den første norske versjonen utarbeidet. Hensikten med AUDIT er å identifisere problemfylt alkoholforbruk som tar utgangspunkt i de siste 12 måneders alkoholinntak. Kartleggingen er et screeningverktøy som kan utføres sammen med fagpersoner eller av personen selv. Selve kartleggingen tar ca. fem til ti minutter og 10 spørsmål besvares før resultatet vises på skjermen (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2016).

DUDIT står for Drug Use Disorder Treatment Identification Test og bygger på samme prinsipper som AUDIT. DUDIT ble utviklet ved Karolinska Institutet i Stockholm. Formålet er å avdekke overforbruk av illegale narkotiske rusmidler gjennom et selvrappoteringskjema. Alt i alt inneholder testen 11 spørsmål, resultat vises på dataskjermen etter besvarelse av samtlige spørsmål. DUDIT – E er et utvidet selvrappoteringskjema som inneholder 49 spørsmål. Det oppfordres til at skjemaet

administreres av helsepersonell, men kan også utføres av personen selv. Etter gjennomført AUDIT og DUDIT test, gir resultatet informasjon om ditt rusinntak anses å være risikofyllt og/eller problemfylt. Det gir også en kort beskrivelse av hvordan du kan ta tak i dine rusvaner med for eksempel utvidet kartlegging og eller samtale med fagpersoner (Nasjonale kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2016).

Balance bygger på kartleggingsverktøyet AUDIT og er et internettbasert, helsefremmende tilbud til personer som ønsker å sjekke, og eventuelt justere, sine alkoholvaner. Den første delen er en hurtigsjekk om dine alkoholvaner, og tar noen få minutter. Når man har gjennomført testen, får man tilbakemelding på om alkoholvanene er trygge eller om det er et behov for å justere dem. Testen er helt anonym. I del to av Balanceprogrammet får man tilbud om et interaktivt program om hvordan takle hverdagen bedre, samt redusere stress. Balance øker bevisstheten rundt egne alkoholvaner og kan bidra til å endre risikofyllt alkoholinntak, samtidig gir Balance råd om hvordan takle stress og ha det bedre i hverdagen. Balance gir hurtig tilbakemelding på om oppgitt alkoholinntak innebærer risiko eller ikke. Balance brukes gjerne innen virksomheter, men er like nyttig for de som ikke er ansatte ved en virksomhet. Balance består av to deler (Akan kompetansesenter, 2016).

Med bakgrunn i belyst teori vil jeg nå gå over i kapittel tre, som tar for seg metodisk tilnærming.

3.0 METODISK TILNÆRMING

3.1 Valg av metode

For å kunne bidra med ny kunnskap i forhold til hvordan virkeligheten ser ut, har jeg valgt å benytte meg av samfunnsvitenskapelige metode i form av kvalitativ tilnærming (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Dette med bakgrunn i at problemstilling i liten grad lot seg tallfeste eller måles som ved en kvantitativ tilnærming, men på best mulig måte kunne besvares ved å undersøke meninger, oppfatninger og opplevelser (Dalland, 2014). Jeg ville gå i dybden på fenomenet jeg undersøkte og dermed så jeg på kvalitativ tilnærming som den mest hensiktsmessige for valg av metode. Denne undersøkelsen er basert på en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk – hermeneutisk design. Bakgrunn for valget er at jeg i litteratursøket i liten grad fant litteratur om hvordan helsesøstre på helsestasjoner kartlegger foreldres rusvaner. Hermeneutikk betyr å forsøke å finne frem til meningen i noe eller forklare noe som i utgangspunktet er uklart (Dalland, 2014). Valg av fenomenologisk design har jeg valgt med bakgrunn i at informantene har delt sine erfaringer og konkrete opplevelser om temaet som ble undersøkt. Formålet med undersøkelsen var av eksplorerende art da jeg ønsket å undersøke hvordan helsesøstre individuelt praktiserte og arbeidet i forholdt til å kartlegge foreldres rusvaner i henhold til de minste barnas omsorgssituasjon (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

3.2 Utvalg

Helsesøstre skal fokusere på trygging av barns oppvekstvilkår, styrke foreldrekompetansen, fremme barnets utvikling både fysisk, psykisk og sosialt, forebygge feilutvikling og omsorgssvikt (Rørvik, 2014). Dermed så jeg helsestasjonen som en sentral arena for å kartlegge foreldres rusvaner med tanke på barnets omsorgssituasjon i et tidlig stadium. Dette med bakgrunn i at helsesøstre er i posisjon til jevnlig samtaler, samt observasjoner av familien i tiden etter fødsel.

Jeg valgte et strategisk utvalg for å innhente helsesøstres yrkeserfaringer, kunnskaper og refleksjoner som målgruppen av informanter (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Inklusjonskriteriene for å delta i undersøkelsen var at alle informantene var utdannet helsesøstre og hadde minimum fem års arbeidserfaring på helsestasjon. I tillegg var inklusjonskriteriene at de måtte være ansatt per dags dato.

Fem helsesøstre ansatt ved ulike helsestasjoner i Norge deltok i undersøkelsen.

Utvalgsstørrelsen var ikke ment til å være representativ for sin populasjon eller en statistisk generalisering, men for å være kunnskapsfrembringende (Dalland, 2014).

3.2.1 Biografisk data av utvalg

For å systematisere informantene på en oversiktlig måte, benyttet jeg biografisk data i form av et skjema, vedlegg 3. Dette for å ha et hjelpemiddel til å sortere og organisere utvalget i undersøkelsen (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

Alle fem informantene var kvinner, tre var 40 - 50 år og to 50-60 år. Informantene hadde mellom 10 til 25 års arbeidserfaring. Alle informantene var utdannet sykepleier i sin grunnutdanning, med videreutdanning som helsesøster. Alle informantene var uteksaminert sykepleiere over et tidsrom fra slutten av 1980 - tallet til slutten av 1990- tallet. Alle fem informantene var ferdig utdannet helsesøstre i tidsrommet 2000 – 2007. To av informantene hadde ytterligere videreutdanning i ledelse, veiledning og terapi. Ingen hadde mastergradsutdanning.

På spørsmål om hvor mye undervisning informantene fikk i sin utdanning i forhold til rusproblematikk, var det stor variasjon. Tre av informantene hadde vanskelig for å oppgi hvor mange timer, dager eller måneder med undervisning de fikk under de forskjellige utdanningene, men oppgav lite i både grunnutdanning og videreutdanning. En informant oppgav å ha hatt ca. 10 timer i grunnutdanningen og ca. 20 timer i videreutdanningen som helsesøster. En annen informant oppgav å ha hatt mange timer opptil måneder med undervisningstimer i rusproblematikk og beskrev å ha hatt mange, mange timer undervisning også i videreutdanningene sine. Samtidig oppgav tre av informantene å ha vært på kurs i forhold til rusmiddelproblematikk og barn som pårørende de senere år.

3.3 Rekruttering av utvalg

For å rekruttere informanter startet jeg med å ringe 18 ledende helsesøstre på ulike helsestasjoner på sørvestlandet for å høre om de var interessert i å delta. Da jeg kom i kontakt med ledende helsesøstre, tok jeg utgangspunkt i informasjonsskriv, vedlegg 1, som jeg hadde utarbeidet i forkant. Jeg startet samtalen med å presentere meg selv, hva jeg ønsket å undersøke, hvordan jeg ønsket å utføre intervjuet, varighet, informerte om dokumentasjon, at det var ønskelig med bruk av lydopptak, til sist informerte jeg om total anonymitet og muligheten for å trekke samtykket (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). I flere tilfeller var det utfordrende å komme i kontakt med ledende helsesøstre. Sekretærer gav

tilbakemeldinger om at de var på ferie, i møter med mer. Dermed var det i flere tilfeller svært tidkrevende å komme i kontakt med aktuelle informanter.

Seks ledende helsesøstre gav tilbakemelding om at de opplevde oppgavens tema som svært interessant og ønsket utfyllende informasjon om oppgavens målsetting og hensikt. Fire andre helsesøstre oppgav at tema og problemstilling var sårbar på deres arbeidsplass og at de ikke hadde tilstrekkelig med kunnskap og erfaring omkring problematikken og ønsket dermed ikke å delta. Tre ledende helsesøstre gav tilbakemelding om at de ønsket forespørsel på mail slik at de kunne videresende mail til alle helsesøstre ansatt i den aktuelle kommunen.

Jeg sendte ut felles mail til 18 helsestasjonene som jeg hadde vært i kontakt med, med et kort resymé om meg selv og informasjonsskriv, vedlegg 1. Jeg fikk tilbakemelding på en av atten utsendte mail med avtale om tid og sted for å gjennomføre intervjuet. Etter å ha ventet svar på mail i overkant av to uker, kontakter jeg de ulike helsestasjonene på ny via telefon. Jeg fikk også da tilbakemeldinger om at to helsestasjoner ikke fokuserte på aktuell problemstilling og så dermed ikke hensikt i å delta. En annen tilbakemelding var at aktuell helsestasjon var lite bemannet i forhold til oppdrag i kommunen og så dermed ikke mulighet til å prioritere å delta fremfor oppfølging av enkelte barn i den aktuelle kommunen. Etter andre runde med forespørsel per telefon med avtale om tid og sted for gjennomføring, ønsket tre informanter å delta. Etter ytterligere en ukes venting om tilbakemelding på mail og tilbakemelding fra de som ikke var tilgjengelig på telefon i runde to, kontaktet jeg dem på ny per telefon. Jeg fikk da rekruttert de resterende to informantene og avtalt tid og sted for gjennomføring.

3.4 Datainnsamling

Det finnes ulike metoder i kvalitativ tilnærming, jeg har valgt intervju som metode for datainnsamling i undersøkelsen. Bakgrunn og fordel med valg av intervju var for å kunne innhente informantenes egne erfaringer, med en viss struktur (Kvale & Birkmann, 2012). Samtidig som intervju også er den vanligste innsamlingsstrategien innen hermeneutisk og fenomenologisk tilnærming (Dalland, 2014). Informantene hadde mulighet til å uttrykke sine erfaringer og oppfatninger mer detaljert og presist enn ved for eksempel bruk av et strukturert spørreskjema. Jeg hadde muligheten til å innhente mer utfyllende datamateriale i henhold til det jeg undersøkte (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

Jeg valgte semistrukturert intervju, også kalt delvis strukturert intervju til innsamling av datamateriale. Dette med bakgrunn i at et semistrukturert intervju gir informanten økt mulighet til en mer glidende overgang om informantens erfaringer og kunnskaper om det jeg

undersøkte. Samtidig kunne jeg holde en viss ramme og struktur under intervjuet fremfor å ha valgt et ustrukturert eller strukturert intervju (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Ved bruk av semistrukturert intervju sikret jeg meg om at alle informantene ble stilt tilnærmet de samme spørsmålene, samtidig som det åpnet opp for å stille videre spørsmål ut i fra informantenes utsagn og beskrivelser for videre utdypning og avklaring (Kvale & Birkmann, 2012).

Det var viktig for meg å fremme informantenes egne erfaringer, opplevelser og meninger knyttet til oppgavens problemstilling. Dermed valgte jeg dybdeintervju fremfor fokusgruppeintervju. Hadde jeg benyttet fokusgruppeintervju kunne jeg risikert at informantene ble påvirket av omgivelsene, som igjen kunne hatt en påvirkende faktor for informantenes utsagn. Dette med bakgrunn i at fokusgruppeintervju vanligvis består av seks til ti deltakere (Kvale & Birkmann, 2012). Samtidig så jeg det utfordrende å rekruttere nok informanter til å gjennomføre fokusgruppeintervju.

3.5 Intervjuguide

Intervjuguide, vedlegg 4, er bygget opp med hensyn til oppgavens problemstilling, hensikt og målsetning. Intervjuguiden besto av ti hovedspørsmål. Fire av spørsmålene hadde et oppfølgingsspørsmål og tre spørsmål hadde to oppfølgingsspørsmål. Ved utarbeidelse av intervjuguiden tok jeg høyde for å stille åpne, direkte, korte og enkle spørsmål, dette for å innhente utfyllende datamateriale fra informantene (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Intervjuguiden inneholdt ulike emner og/eller begrep fra oppgavens problemstilling gjennom ulike spørsmål. Eksempelvis vektla intervjuguiden om helsesøstre fokuserte på; foreldres mengde av rusmidler, hvor ofte foreldre bruker rusmidler, hvor foreldre bruker rusmidler, under hvilke omstendigheter foreldre bruker rusmidler og hvordan foreldre forholder seg til barnet når de benytter seg av rusmidler. Bakgrunn for oppbygging av intervjuguiden var for å se om helsesøstre arbeider målrettet med kartlegging av foreldres rusvaner for å avdekke om bruken kan være problematisk som igjen kan gå ut over barnets omsorgssituasjon.

Etter utarbeidelse av intervjuguiden øvde jeg på gjennomføring med bekjente, slik at jeg skulle møte forberedt til selve gjennomføringen av intervjuet. I tillegg sikret jeg meg om at de ulike spørsmålene var forståelig for andre. Jeg fikk da også muligheten til å øve på gjennomføring, samt lytte til «prøveinformantene» (Kvale & Birkmann, 2012). Jeg hadde som

mål å møte informantene mest mulig åpent, med den hensikt å la deres beskrivelser bli vektlagt som utgangspunkt for videre analysearbeid, teoriforankring og diskusjon.

3.6 Gjennomføring av intervju

Alle intervjuene tok sted på helsesøstrenes kontor i de ulike kommunene. Jeg observerte at tre av fem helsestasjoner hadde synlige plakater og brosjyrer i venteværelset som belyste rusmiddelbruk og hvordan det kan påvirke fosteret og barnet, mens to helsestasjoner hadde ingen synlige oppslag om tematikken. Intervjuene ble gjennomført i de kommunene helsesøstrene tilhørte. Kommunene varierte i innbyggertall, noen mindre kommuner (under 6000 innbyggere) og noen større kommuner (over 6000 innbyggere). Alle helsesøstrene tilbød meg en kopp kaffe, noe jeg opplevde åpnet opp for dialog rundt oppgavens tematikk, samt gav mulighet til å danne en relasjon med alle informantene før selve intervjuet startet.

Alle informantene ble tildelt informasjonsskriv med mulighet for å lese det på ny før de ble bedt om å signere samtykkeskjema, vedlegg 2. Dette med bakgrunn i Personopplysningloven som har til formål å beskytte at den enkelte ikke blir krenket gjennom behandling av personopplysninger (Syse, 2013). Deretter ble alle informantene bedt om å fylle ut skjema om biografisk data, vedlegg 3. Etter begrensede funn etter litteratursøk, gikk jeg inn i studien med en forforståelse om at tematikken jeg ønsket å belyse muligens kunne vise til at helsesøstre har for lite fokus på aktuell problemstilling. Likevel var jeg hele tiden påpasselig med at min forforståelse ikke nødvendigvis var riktig og jeg forsøkte å stille meg åpen, fleksibel og svært nysgjerrig under hele undersøkelsen (Aadland, 2011). Jeg var ute etter å innsamle datamateriale ut i fra informantens side og ikke involvere egne synspunkter og meninger.

Under intervjuene opplevde jeg at informantene var villige til å samtale om temaet. Det var lett å holde samtalene i gang, og jeg opplevde de aller fleste var åpne om hvordan de arbeidet i forhold til kartlegging av foreldres rusvaner. Spørsmål i intervjuguiden hadde rom for at informantens svar kunne åpne opp for nye retninger, samtidig komme tilbake til utgangspunktet (Kvale & Birkmann, 2012).

Intervjuguiden var ikke utlevert i forkant av intervjuet da jeg ikke ønsket at informantene skulle ha forberedende svar. Dermed opplevde jeg at informantene oppgav «spontane» svar på deres egne holdninger og praktisering rundt tematikken. Det er viktig å nevne at det også kan tenkes å være ulemper ved å holde tilbake intervjuguide. Intervjuguiden brukte jeg som et redskap som sørget for at alle temaene ble dekket i alle intervjuene. Noen av informantene snakket fritt, svarene overlappet dermed flere spørsmål fra intervjuguiden samtidig. Andre

måtte jeg spørre noe tydeligere. Det var stor variasjon i hvor mye de ulike informantene hadde å formidle, men alle ble silt de samme spørsmålene. Under intervjuene gav jeg bekreftelse på at jeg lyttet til utlevert informasjon, men jeg gav ikke tilbakemeldinger på hva jeg mente om måten de kartla foreldres rusvaner på den enkelte helsestasjon.

Høsten 2015 var jeg på et tre dagers kurs om MI (motiverende intervju). For å forsikre meg om at jeg hadde forstått hva informantene formidlet, brukte jeg deler av MI hvor jeg underveis i intervjuet oppsummerte hva informantene hadde sagt og fikk dermed bekreftet om jeg hadde forstått dem riktig eller ikke. Jeg opplevde at bruk av dybdeintervju gav meg informantenes «egne oppfatninger» og at de var fokusert, uten at informantene ble påvirket eller tilbakeholdt informasjon på grunn av ytterligere faktorer. Intervjuenes varighet varierte fra 19 minutter til 51 minutter. Etter utført undersøkelse viste det seg å være tilstrekkelig med fem informanter i forhold til funn og innhentet informasjon (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

3.7 Transkripsjon av datamateriale

Å transkribere betyr å transformere, fra en form til en annen og man klargjør intervjumaterialet til analyse. I denne undersøkelsen innebar transkriberingen å oversette tale til skriftlig tekst. Datamaterialet blir mer oversiktlig og strukturert ved å transformere til skriftlig tekst (Kvale & Birkmann, 2012). Ved å benytte lydopptak under selve intervjuet, kunne jeg konsentrere meg om intervjuets formål og dynamikk uten å bli avbrutt med å notere det meste som ble sagt underveis. Likevel benyttet jeg meg av notater for stikkord og hovedmomenter informantene trakk frem gjennom intervjuet.

Intervjuene ble transkribert på data etter hvert utført intervju. Det første intervjuet varte i 51 minutter og tok tett opp mot ti timer å transkribere, som resulterte i 25 A4 sider. Andre intervju varte like i underkant av 25 minutter og det tok i overkant av fem timer å transkribere, som endte i 14 A4 sider. Det tredje intervjuets varighet var 31 minutter og tok seks timer å transkribere de 14 A4 sidene. Intervju nummer fire var det korteste intervjuet med 20 minutters varighet, det tok i overkant av fire timer å transkribere og resulterte i 10 A4 sider. Siste intervju varte i 48 minutter og tok i overkant ni timer å transkribere til 21 A4 sider.

For å ivareta informantenes anonymitet, kodet jeg alle transkriberte intervju med «A» for meg og «I» for informant. Jeg nummerte intervjuene en til fem ut i fra første til siste gjennomførte intervju. Jeg transkriberte dialekter og språkforskjeller over til bokmål for å ivareta

informantenes anonymitet (Kvale & Birkmann, 2012). Alle fem lydfile ble slettet like etter hvert intervju var ferdig transkribert.

Jeg lærte mye av prosessen med transkribering i forhold til hvordan jeg som intervjuer kunne styre samtalen med oppfølgingsspørsmål, stoppe opp og hente oss inn igjen hvis samtalen fløt langt ut fra tema. Jeg har under transkriberingen valgt å transkribere ord for ord for å holde transkriberingen så virkelighetsnær uttalelsene som mulig. Dette også med bakgrunn i at undersøkelsen bærer preg av en fenomenologisk og hermeneutisk tilnærming og som også kunne øke transkripsjonenes pålitelighet.

3.8 Dataanalyse

Analyseprosessen innebærer en sammenfatning av innhentet data og en utvidelse av funn når forskeren knytter refleksjoner over dataens meningsinnhold til valgt tema (Thagaard, 2011). Datainnsamling og dataanalyse er gjentatte og dynamiske prosesser, og det er mange ulike måter å tilnærme seg datamaterialet på. Analysen er en prosess som skal gi ytringene teoritilknytning, noe som skjer ved at forskeren tolker ytringene og setter dem inn i en teoretisk sammenheng (Dalen, 2011).

Det finnes flere måter å analysere innhentet data på. Jeg har latt meg inspirere av analyseringsmåten, «Grounded theory». Dette med bakgrunn i at oppgaven bygger på en kvalitativ tilnærming med et fenomenologisk og hermeneutisk design, hvor jeg er ute etter informantenes egne oppfatninger og meninger av det som undersøkes (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). I *grounded theory* har koding og kategorisering en sentral plass og intervjuene er grunnlag for videre analyseringen (Dalen, 2011). Jeg startet med å danne meg et helhetsinntrykk av innsamlet data før jeg plukket ut hvilke data som var relevant for å besvare oppgavens problemstilling. Det sentrale elementet i dataanalysen er «koding», det vil si å navngi utsnitt i transkribert tekst (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). For å redusere datamaterialet kom jeg frem til ulike kjernebegreper i analyseringen av intervjuene. Målet med å utvikle disse kategoriene er for å gi en fullstendig beskrivelse av hva informantene formidlet av sine egne opplevelser og handlinger (Kvale & Birkmann, 2012).

For å forstå virkeligheten møter alle mennesker verden med en forforståelse, som består av kunnskaper og oppfatninger av virkeligheten. Også i undersøkelser som dette vil jeg kunne bli påvirket av min forforståelse om tematikken. Det vil si at min forståelseshorisont vil kunne påvirke hvordan jeg har vektlagt og tolket informantenes uttalelser (Kvale & Birkmann, 2012). Likevel har jeg gjennom arbeidet med undersøkelsen forsøkt å sette min forforståelse

til side og sett på fenomenet med et mest mulig åpent sinn. For at datamaterialet ikke skulle bli påvirket av min forforståelse og antakelse, har det krevd at jeg har reflektert over mine erfaringer på den ene siden og datamaterialet på den andre siden (Kvale & Birkmann, 2012). For å unngå påvirkninger av min forforståelse, hadde jeg denne innstillingen med meg gjennom hele analyseprosessen.

Etter transkribering av datamaterialet og oversettelse til bokmål benyttet jeg meg av meningsfortetting, som innebar å forkorte intervjupersonenes utsagn til kortere formuleringer (Kvale & Birkmann, 2012). Jeg tok bort pauser, gjentakelser og ufullstendigheter. De ulike tekstene ble da mer systematisert. Det var lettere å lese, og jeg kunne skille mellom de naturlige enhetene, kode og navngi dem etter tematikk eller begrep tilpasset meningsinnholdet (Kvale & Birkmann, 2012). Denne prosessen kalles åpen koding og begrepene er de grunnleggende analyseenhetene i utviklingen av *grounded theory* (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Videre utarbeidet jeg kategorier ut i fra sammenfallende begreper basert på informantenes utsagn. Det vil si at jeg klassifiserte beslektede data og plasserte innhentet data i ulike kategorier, samt underkategorier (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Det var en utfordrende prosess og periodevis var det vanskelig å skille det ene fra det andre i denne prosessen. Dette analysearbeidet omtales som *selektiv koding* (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Etter å ha gjennomgått datamaterialet flere ganger endte jeg opp med kategorier som jeg mener beskriv datamaterialet på en god og meningsbærende måte.

I *grounded theory* er det vanlig å finne en kjernekategori som representerer forskerens hovedtema (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Ut i fra mine funn fant jeg tydelige en kjernekategori, «hvordan kartlegger helsesøstre foreldres rusvaner» som gjennom styrte datamaterialet. Jeg har delt datamaterialet i fire hovedkategorier og ni underkategorier.

Gjennom innhenting av data, fikk jeg i flere av intervjuene omfattende mengde datamateriale. Jeg fokuserte på datamaterialet som rettet seg mot oppgavens problemstilling og gikk i dybden på det jeg mente var mest relevant. Grunnet oppgavens begrensninger var det flere vinklinger jeg dessverre måtte legge til side. Samtidig mener jeg at utvalgt datamateriale er dekkende for å besvare oppgavens problemstilling.

3.9 Reliabilitet og Validitet

Begrepene reliabilitet og validitet ligger til grunn for at en studie skal være troverdig. Med validitet menes det at undersøkelsens tolkninger er gyldige, at en faktisk undersøker det man

har sagt man skal undersøke. Reliabilitet forteller om studien er troverdig og pålitelig, eller ikke (Thagaard, 2011). I enhver studie vil en kunne finne svakheter, perspektiver eller faktorer som ikke er inkludert, eller andre faktorer som kan påvirke studiens gyldighet og pålitelighet (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011).

Jeg har forsøkt å ha et kritisk blikk på ivaretagelse av undersøkelsens kvalitet underveis, i fremgangsmåte knyttet til informantene, konteksten og benyttet metode. Likevel kan det være momenter som er mangelfulle.

Det har vært viktig for meg som forsker å holde fokus på det jeg faktisk skal undersøke og utelukke andre utenforstående faktorer. Med kritiske øyne har jeg tolket funnene. Gjennom undersøkelsen har jeg forsøkt å ivareta validitet og reliabilitet ved å synliggjøre min fremgangsmåte, hvilke valg jeg har tatt og hvorfor jeg har gjort som jeg har gjort. For å skape tillit med informantene, tror jeg at ved å danne en relasjon med informantene før selve intervjuet over en kopp kaffe, var med på å skape en trygghet og åpnet opp for en åpen dialog. Da informantenes arbeidsplass er anonymisert, kan det tenkes at utfallet av undersøkelsen gir et mer pålitelig svar fordi informantene ikke kan spores. Da jeg ikke har deltatt i virkelige samtaler eller observert når helsesøstre kartlegger foreldres rusvaner, må jeg ta høyde for at kartlegging i virkeligheten kan foregå på en annen måte enn hva informantene opplyser.

Under intervjuene opplevde jeg det utfordrende ikke å blande rollene som intervjuer og rådgiver. I intervjuene var det flere ganger jeg kjente behov for å gå dypere inn i tematikken enn intervjuets ramme. Jeg tok meg selv i det, ved å føre samtalen frem, i stedet for å gå unødvendig mye i dybden, men samtidig var det behov for å gå i dybden på en del områder for å få bredden i tematikken. Jeg er noe usikker på i hvilken grad mitt engasjement påvirket informantenes utsagn, men jeg velger å tro at jeg taklet balansen på en ryddig måte. Jeg har vedlagt relevant dokumentasjon for å tydeliggjøre påliteligheten i undersøkelsen.

3.10 Ethiske overveielser

I arbeidet med denne oppgaven har jeg tatt hensyn til etiske prinsipper. Jeg er underlagt taushetsplikt, og alt datamateriale har blitt behandlet konfidensielt. Jeg har tatt hensyn til informantenes selvbestemmelse, autonomi og rett til privatliv. Alle data er dermed anonymisert og er ikke gjenkjennbart for andre enn informantene selv. Under rekrutteringsprosessen ble alle informanter informert om at alt innhentet datamateriale vil være taushetsbelagt og anonymisert slik at det ikke kan tilbakeføres til enkeltpersoner. Det er tatt stilling til dette i intervjuguiden, slik at spørsmål ikke var rettet til enkelttilfeller, men på

et mer generelt grunnlag. Informantene ble informert om at innsamlet datamateriale ikke vil bli benyttet i andre sammenhenger enn denne undersøkelsens formål. (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Alle lydopptak ble slettet like etter transkribering.

Den 06.04.16 undersøkte jeg, med Regional komité for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste, om denne oppgaven hadde meldeplikt. Det hadde den ikke, da oppgaven ikke omhandler behandling og oppbevaring av person- og pasientopplysninger. Som nevnt tidligere fikk informantene tilsendt et informasjonsskriv om at opplysninger ville bli behandlet konfidensielt, og før selve intervjuet underskrev informantene samtykkeerklæring, Vedlegg 1 og 2. Informantene ble informert om frivillig deltakelse og muligheten til å trekke seg til enhver tid om det skulle være ønskelig (Johannessen, Tufte, & Christoffersen, 2011). Jeg informerte alle deltakerne om oppgavens hensikt og vi snakket generelt om temaet. Da temaet i oppgaven var av personlig og noe sensitiv karakter, ønsket jeg å etablere et tillitsforhold før intervjuet. Dette ble gjort per telefon under rekrutteringen. Jeg var opptatt av fortrolighet og trygghet slik at informantene skulle kjenne seg trygge på at innhentet data ville bli behandlet med diskresjon som ivaretar konfidensialiteten i innholdet.

I neste kapittel presenteres funn. Jeg har forøkt å samle funn under hovedkategorier. For å få frem informantenes utsagn, har deler av teksten en noe mer muntlig form.

4.0 PRESENTASJON AV FUNN

4.1 Fokus på barn som pårørende

Helsesøster forteller: *«Dette er et usynlig tema, om du ikke vil se det, kan du la det være så lenge det ikke ligger nasjonale føringer»*. Helsesøsteren opplever og tror at det går på den enkeltes helsesøsters vilje, og at vanskeligheten omkring tema gjør det vanskelig å komme i posisjon til dialog. Det kan dreie seg om barn som pårørende, som kunne vært eller trenger å bli *«reddet»*.

En helsesøster forteller at dersom mor etter en lengre tid hjemme skal ut på byen med en jentegjeng, velger helsesøster heller å kartlegge omstendighetene rundt enn å fokusere på mors alkoholvaner. Helsesøsteren spør gjerne hvordan det blir, om hvem som skal passe barnet, fremfor å spørre hvordan mor bruker alkohol og mengde alkohol. Helsesøster er mer opptatt av hvem som har omsorg for barnet, enn å vektlegge foreldres rusinntak.

Hvis helsesøster ikke har noe å henge rusmistanken på, at alt ser tilsynelatende greit ut, at foreldre holder avtaler, at alt er på stell og at det fremstår som greit, gjør hun ikke noe. Hun sier: *«jeg kartlegger ikke rusvaner så lenge det ser ut til at barnet trives, er blid, virker å ha god tilknytting og samspillet ser greit ut»*.

Helsesøster forteller at det er viktig ikke å godta alle *«unnskyldninger»* fra foreldre, dersom helsesøster reagerer på barnet. Hun sier: *«Dersom barnet gir dårlig kontakt, samspill er svekket eller mor unnskylder seg med at barnet er trett eller nettopp har våknet. Da retter jeg et ekstra blick og er mer observant på barnet»*. En annen helsesøster eksemplifiserer med at barn søker trøst hos helsesøster fremfor mor etter vaksine.

Helsesøster forteller at i kartlegging av barn som pårørende, har rusproblematikken blitt avdekket før helsesøster kobles inn og helsesøster har da vært med i den videre oppfølgingen av barnet.

En helsesøster forteller at dersom foreldre ikke møter til avtaler tre ganger på rad, vil helsestasjonen melde fra til barnevernstjenesten. Helsesøsteren sier: *«Barn som har vokst opp i hjem med rus, har vært veldig preget av dette, at barna har møtt mye avisning. Tematikken er viktig»*.

En helsesøster i en mindre kommune er veldig opptatt av forebygging av rusproblemer. Hun retter stort fokus mot barn og unge, viktigheten av informasjon om rus og det å ta gode valg,

og av dette kan forebygge rusproblemer hos fremtidige foreldre. Samme helsesøster forteller: *«Rus er alltid er med i vurderingen dersom barn er veldig stille, veldig aktive eller ukritiske»*. En helsesøster i en annen kommune vektlegger barn som pårørende av foreldre med rusproblematikk i liten grad. Samme helsesøster forteller: *«jeg har aldri avdekket foreldre med overforbruk av rusmidler. Jeg stiller ikke direkte spørsmål om rusvaner, likevel tror jeg at det er svært mange barn som ikke blir fanget opp»*.

En annen helsesøster i en mindre kommune forteller: *«Helsesøster sier at «en ting er om foreldre skader seg selv, en annen ting er når barn skades, det er ikke ok. Barnet er i fokus»*.

Videre sier hun:

«Jeg tør å våge meg frem, samtidig være veldig direkte i forhold til å identifisere barn som har foreldre med rusproblemer. Vi er nok over gjennomsnittet på å være direkte omkring dette, samtidig er jeg sikker på at vi kan bli bedre. Om mor eller far har manglende oppmerksomhet mot sitt barn, vil jeg følge tettere opp for å kartlegge om det dreier seg om rus, depresjon eller annen psykiatri. Hvordan barnets hygiene er og hvordan barnet er kledd, er også ting jeg er oppmerksom på. Det handler om omsorg for barnet og familien».

4.1.1 Informasjon

To av helsesøstrene oppgav at amming var en inngangsport til samtale om alkoholvaner. Helsesøstrene gav da informasjon om alkohol og amming på generelt grunnlag uten å gå i dybden ved å kartlegge den enkeltes alkoholvaner. Helsesøstrene opplevde at mange av de gravide fortalte om sine rusvaner i forbindelse med spørsmål om hvor mye alkohol de kunne drikke mens de ammet. Flere av helsestasjonene hadde synlige plakater på venterommet som omhandlet alkohol i svangerskapet og medisinerbruk i svangerskapet. En helsesøster forteller: *«Tidligere hadde vi brosjyrer som omhandlet rusproblematikk, det likte jeg godt. Det var lettere å ta opp temaet når jeg hadde en brosjyre å gi. Samtidig er mangel på brosjyre ikke en unnskyldning for ikke å snakke om rusvaner»*.

En helsesøster ved en annen helsestasjon forteller: *«Vi har bestilt en informasjonsbrosjyre om alkohol som skal leveres ut til foreldre ved hjemmebesøk like etter fødsel»*.

En av helsesøstrene sier: *«Jeg har ikke krav på å vite hvordan foreldenes rusvaner er, men jeg informerer om alkohol og hvilken påvirkning alkohol kan ha på barnet, og om viktigheten av at barnet ikke blir påvirket av foreldrenes atferdsendring ved alkoholinntak»*.

To av helsesøstrene fortalte at de i barselgrupper informerte om temaet rus på et generelt grunnlag, men at det ikke gjøres noen individuell kartlegging av foreldres rusvaner.

En annen helsesøster forteller: *« I spedbarnsalderen deler vi ikke ut informasjonsbrosjyrer om rus til foreldrene, men jeg vil vurdere å gjøre det».*

4.2 Kartlegging av foreldres rusvaner

En helsesøster ansatt i en større kommune sier: *«Jeg må innrømme at jeg i veldig liten grad tar opp og samtaler med foreldre om deres rusvaner. Samtidig er foreldres rusvaner allerede kartlagt av jordmor under svangerskapet og en del allerede blir avdekket der».* Den ene helsesøsteren sier:

«Vi er ikke flinke på å kartlegge rusvaner. Jeg tar det ikke opp i konsultasjoner til vanlig. Jeg var bedre til å ta opp alkoholvaner før, men nå har det forsvunnet i og med at vi har fokus på veldig mange andre ting. Det har bare ikke vært rusvaner jeg har valgt å ta opp».

En annen helsesøster i en større kommune forteller mye det samme, at rusvaner ikke er et tema de tar opp til å begynne med. Helsesøsteren mener at jordmor i svangerskapet har gjort utfyllende og systematisk kartlegging av rusvaner. Samme helsesøster sier: *«Første gang vi har det registrert som et tema, er når barna er 11 måneder gammelt og at samtale om alkohol kan gi innpass for samtale om bruk av andre rusmidler».* Samme helsesøster sier:

«Jeg har inntrykk av at tablettmisbruk mange ganger er skjult, det er lettere å skjule enn alkoholmisbruk. Jeg tror ofte leger har forskrevet tabletter så øker det gjerne på både med legalt og illegalt bruk. Mange av mødrene som misbruker tabletter, kjenner til medisinenes bivirkninger og velger dermed ikke å amme».

Helsesøster forteller: *«Når foreldre kommer for sent eller bryter avtaler, kan dette gjøre at jeg blir mistenkelig på noe, likevel har vi ingen faste rutiner på å ta opp foreldres rusvaner».*

Hvis det er kjent at foreldre tidligere har hatt rusproblematikk, og at det har gått bra med foreldrene, opplever helsesøster at paret ofte er åpne og mottakelige for veiledning. Hun sier: *«Da er det enkelt å snakke om rusvaner. Det kommer veldig an på foreldrenes holdning. Det er utfordrende når rusbruken er skult og det skaper mer bekymring».*

En helsesøster sier at de ikke har noen god kartlegging av foreldres rusvaner. Hun sier:

«Jeg har kjent lenge på at vi gjør en for dårlig jobb på dette området. Det må være veldig mange ting vi ikke ser, og jeg tror at mange foreldre skjuler rusbruken på en måte som vi ikke finner ut av. Blir det avlyst timer gang på gang, spør jeg om hvilket grunnlag foreldre avlyser på, men vi har ikke gode kartleggingsverktøy eller system som fokuserer på tematikken. Jeg ønsker helt klart ønsker bedre rutiner rundt dette».

En helsesøster mener at helsesøstre ikke har lov å spørre foreldre om deres alkoholvaner, og at helsesøster ikke kan forlange at foreldre svarer på slike spørsmål. Noen foreldre er ruset når de kommer på helsestasjonen, og helsesøster ser tydelig at de er påvirket. Hun sier:

«Da tak vi tak i situasjonen og snakker om det, men foreldrene er eksperter på å unnskyld seg med at de har sovet for lite eller at de ikke er helt i form. Jeg har hørt alle de unnskyldningene før, og jeg er rask med å videreformidle mistanke til barnevernet».

I noen tilfeller har barnevernet og politi kommet til helsestasjonen hvor barnevernet har samtalt med foreldrene, for så at barnevernet har tatt med seg barnet. Hun sier:

«I tilfeller hvor jeg har vært redd for at situasjonen kan utsette barnet for skade, har jeg ikke gått inn i dialog om foreldrenes synlige ruspåvirkning, samtidig er jeg ikke vært redd for å melde fra til barnevernet. Det har vært andre situasjoner hvor mor har ruset seg uten at jeg har vært klar over det, fordi foreldrene klarer å ta seg sammen når de kommer på hit. I slike tilfeller er det ofte mistrivsel hos barnet og manglende samspill mellom foreldre og barn, som gjør at jeg fatter mistanke, eller om foreldre ikke responderer på barnet på samme måten ved ruspåvirkning. Tilknytningen og samspillet endres. Dette kan oppdages veldig tidlig fra den første blikkkontakt».

Likevel venter helsesøster ofte med å samtale om rusvaner til barnet er 11 måneder gammelt. Helsesøster sier: *«Dersom jeg ikke vet at foreldrene ruser seg, kan jeg ikke spør om rusvaner ved dårlig samspill mellom foreldre og barn, da veileder jeg foreldre i bedre samspill».*

Noen ganger får helsesøstre beskjed om at foreldre misbruker alkohol eller andre rusmidler. Folk ringer helsestasjonen og informere om dette. På små steder opplever helsesøster av og til å få informasjon om foreldres rusvaner via andre. En helsesøster forteller:

«Jeg kjente til en mor som hadde omgangskrets i rusmiljøet. Da tok jeg dette direkte opp med mor. Det er lettere å ta opp tematikken når jeg har noe å henge det på, men det er ikke sikkert at alle helsesøstre ville gjort det samme».

En helsesøster i en mindre kommune forteller:

«Jeg har ikke kartlagt foreldres rusvaner i særlig stor grad og aldri har jeg avdekket noe. Samtidig har jeg sendt mange bekymringsmeldinger til barnevernet der rus kan ha vært inne i bildet, men rus har ikke vært hovedårsaken til at meldingene er blitt sendt».

En annen helsesøster i en mindre kommune forteller:

«Jeg kartlegger rusvaner ved mistanke om overforbruk av alkohol, ved å spørre om mengde alkohol, hvor barnet er når foreldrene drikker og hvordan den daglige funksjonen er. Vi har rimelig god kontroll om foreldres rusvaner i kommunen, jeg kjenner alle småbarnsforeldre under 30 år på fornavn, men jeg spør ikke foreldrene om de bruker illegale rusmidler med mindre jeg har hørt eller fått mistanke om det fra tverrfaglig team i kommunen. Jeg antar at illegale rusmidler er svært lite utbredt. Det er svært gjennomiktig i kommunen, man vet hva naboen spiser til middag».

En helsesøster i en annen mindre kommune forteller at hun ikke kartlegger foreldres rusvaner før barnet er ni - ti måneder, og at de da leverer ut en selvlaget brosjyre om alkohol til foreldre. På spørsmål om hvorfor de ikke kartlegger foreldres rusvaner, sier hun: *«Jeg har ikke noe godt svar, men jeg savner føringer fra Helsedirektoratet. Jeg spør ikke direkte eller konkret om foreldres alkoholforbruk eller bruk av andre rusmidler. Jeg er mest opptatt av hvor barnet er når foreldre eventuelt drikker alkohol».*

En annen helsesøster i en mindre kommune forteller at hun snakker om rusvaner allerede ved første møte med foreldrene, oftest ved hjemmebesøk. Hun forteller:

«Alle helsesøstrene i kommunen kartlegger om det er alkoholbruk i hjemmet eller ei. Vi helsesøstre er nok ulike i tilnærmingen, men selv er jeg nokså direkte. Eksempelvis spør jeg drikker dere alkohol, hvor mye i uken, hvor mye i måneden. Jeg vil gjerne ha det oppgitt i gjenstand, flasker eller hva det måtte være. Jeg spør også om foreldrenes medisinerbruk, men jeg spør ikke om de bruker narkotika med mindre det har vært en problemstilling i kvinnens graviditet».

Videre forteller hun: «Jeg vil se på om det bør lages rutiner for å spørre om andre rusmidler som for eksempel kokain og hasj».

4.2.1 Kartlegging av begge foreldres rusvaner

En helsesøster sier: «Jeg har snakket med flere familier der barn selv har formidlet at det er noe som ikke er greit hjemme, og på den måten fått kartlagt at det er far som ruser seg».

Flere av helsesøstrene forteller at dersom en av foreldrene ikke deltar på konsultasjoner, kartlegges ikke den andre forelderens rusvaner, med mindre helsesøster har en mistanke om rus eller helt andre ting. En annen helsesøster sier: «Vi spør ikke om den andre forelderens rusvaner om mor ikke sier noe om dette, eller at det er en spesifikk mistanke. Det er jordmor som har fokus på dette».

To helsesøstre forteller at dersom kun en av barnets foreldre er til stede, så spør de ikke om den andre forelderens rusvaner, de bare informerer generelt.

En helsesøster forteller: «Jeg kartlegger ikke den andre forelderens rusvaner om ikke foreldrene selv tar det opp. Jeg er mest opptatt av hvor barna er, om de blir skjermet når foreldrene eventuelt er på fest».

4.2.2 Kartlegging ved bruk av ulike verktøy

Helsesøster forteller: «Vi har den siste tiden blitt kurset i kartlegging av vold i familier, det har vært mye fokus på det nå. I den forbindelse tok vi opp det med rus også, men jeg føler meg ikke bekvem med å samtale om rusvaner». Helsesøsteren kjenner ikke til andre kartleggingsverktøy og sier: «Jeg tror kartleggingsverktøy kan hjelpe hvordan vi kan tilnærme oss, ha mer fokus på å tørre å spørre om rusvaner».

Ingen av informantene i undersøkelsen var kjent med kartleggingsverktøyene AUDIT, DUDIT eller Balance. De var ikke klar over at verktøyene fantes. To informanter var kjent med bruk av begrepet alkoholenhet i forbindelse med kartlegging av foreldres alkoholkonsum. Samtlige av informantene uttrykte at slike kartleggingsverktøy hørtes nyttige og interessante ut. En helsesøster sier: «Det er godt mulig vi skulle hatt kartleggingsverktøy, men jeg innbiller meg at foreldre med problematisk rusbruk fanges opp uten slike verktøy også».

4.2.3 Blandingsmisbruk

En helsesøster forteller: « Vi informerer hovedsakelig kun om alkohol. Vi kjenner til foreldre som har fått foreskrevet legemidler fra fastlege eller psykiater og hvor pasientene har økt

dosene sine selv». På spørsmål om i hvilken grad helsesøstre tror foreldre kjøper legemidler på det illegale marked, forteller en helsesøster

«Det er en tankevekker å bli stilt slike spørsmål. Jeg har tenkt at narkotika ikke har vært så utbredt her fremfor i storbyer som Oslo. Det hadde vært spennende å vite hvordan helsesøstre i Oslo kartlegger, fremfor her hvor det er mindre forhold og vi vet hvem foreldrene er».

4.2.4 Hjemmebesøk

Alle informantene i undersøkelsen opplyste om at alle familier fikk hjemmebesøk etter fødsel som rutine. Flere informanter opplyste at de var fleksible med flere hjemmebesøk dersom for eksempel mor ikke hadde bil og helsesøster var i distriktet. Ved hjemmebesøk dannet helsesøster seg et bilde og fikk inntrykk av atmosfæren i hjemmet. Helsesøster forteller:

«Jeg ser etter om det står en haug med tomgods av alkoholholdige varer og brukerutstyr. Dersom jeg gjør slike observasjoner, er jeg ikke redd for å spørre. Det kan åpne for dialog om rusvaner. Likevel tror jeg at foreldre i stor grad er flinke til å rydde bort, å skjule og at det er mye vi ikke ser».

En helsesøster i en mindre kommune forteller:

«Når foreldre ikke ønsker at vi skal komme på hjemmebesøk, er det uvant, og da dokumenterer jeg det i journalen. Ved hjemmebesøk har jeg noen faste punkter jeg går gjennom. Jeg spør direkte om røyke- og alkoholvaner, dette legitimerer at det er ok å snakke om og at det ikke trenger å hemmeligholdes. Dersom jeg får inntrykk av mulig overforbruk av alkohol i hjemmet, tar jeg det opp igjen ved neste kontakt med foreldrene».

En av helsesøstrene forteller: *«Etter dette intervjuet, vil jeg være mer oppmerksom på tomgods og brukerutstyr ved fremtidige hjemmebesøk».*

4.3 Ansvarsforhold

En helsesøster fortalte om en kvinne i LAR – behandling. Barnevernet og helsestasjonen i regionen var ikke informert, ansvarsforhold med tanke på videre oppfølging av mor og barn var uklart. Helsesøster beskriver hendelsen som: *«Dårlig forarbeid og en uheldig situasjon, jeg opplevde at kvinnen falt litt mellom de ulike helseinstansene».* Samtidig forteller helsesøster om en annen situasjon hvor det var bedre og tettere oppfølging, og hvor det var

bestemt at familien skulle på familieinstitusjon for nødvendig oppfølging. Helsesøster forteller: *«De hadde opplegg og ansvarsgruppe for familien over lengre tid. Det fungerte veldig bra, jeg har fulgt barnet i mange år etterpå og sett at det går bra med familien».*

I en mindre kommune sier en helsesøster: *«Vi jobber tverrfaglig sammen med politi og ruskonsulent, vi diskuterer hva som rører seg i kommunen».* I en annen mindre kommune forteller helsesøster:

«Det er jordmor i svangerskapet som kartlegger foreldres rusvaner med hjelp av et avkrysnings skjema. Jeg har ikke verktøy til å kartlegge foreldres rusvaner, og det er ingen føringer som sier noe om at jeg skal kartlegge dette heller. Kartlegging av rusvaner er ikke det som blir gjort først, vi har tusen andre ting vi skal gjøre. Hvis dette er noe vi skal gjøre, kan det ikke være slik at vi gjør det når vi kommer på det eller har tid til det, kartleggingen må legges opp mot spesifikke barnekontroller».

En annen helsesøster forteller:

«Det er fastlegen som kartlegger rusvaner i svangerskapet, fastlegen har en spesiell rubrikk de krysser av på. Ved samtykke fra den gravide samarbeider fastleger og helsestasjonen, og vi snakker om de gravidens rusvaner. På disse møtene blir jeg informert om hvilke legemidler de gravide bruker, for eksempel beroligende legemidler. Utfordringen her er når kvinner bosatt i kommunen får foreskrevet ulike legemidler av fastleger utenfor kommunen, da er det vanskeligere å fange opp. Det kan også være vanskelig å bli uthengt offentlig for eksempel ved at man har meldt fra til barnevernet om foreldres rusbruk».

4.4 utfordringer

En informant forteller: *«Det har vært veldig mye fokus på det med samspill mellom foreldre og barn, vi blir stadig tildelt flere nye oppgaver og at kartlegging av foreldres rusvaner derfor blir nedprioritert».* En annen helsesøster sier det samme:

«Det er så mange andre ting som tar plass og at det medfører at kartlegging av rusvaner ikke blir prioritert, noe det burde blitt. Nå ligger fokuset på vold i nære relasjoner og samspill. Jeg har jobbet så lenge at jeg vet det går en stund så er det noe annet så er i fokus. Fokuset svinger hele tiden, fokuset på rus har vært der hele tiden, men i form av fokus på alkohol og ikke fokus på narkotiske rusmidler og overforbruk av legemidler».

En helsesøster forteller:

«Det er veldig ulike holdninger mellom oss ansatte og deres forhold til rusmidler. Noen av oss ansatte brenner for temaet, mens andre er redde å virke fordømmende. Det er gjerne små forhold, og vi vet gjerne at foreldrene hører til i samme menighet. Jeg selv kan nyte alkohol, men jeg har klare begrensninger om alkoholbruk i nærheten av barn. For meg er det ikke vanskelig å snakke om temaet, likevel har jeg vært forsiktig med å kartlegge temaet».

En annen helsesøster i en større kommune påpeker også at de ansatte arbeider forskjellig.

Samme helsesøster forteller: *«Det er lettere å snakke om samspill mellom foreldre og barn, fremfor å snakke om rus. Temaet er tabubelagt, og jeg mener at det bør snakkes mer om, slik at det blir lettere å snakke om».*

En helsesøster sier:

«Det er en tankevekker at noen foreldre har lange arbeidsdager og gjerne bruker rusmidler i helgene for å slappe av. Det stiller ikke opp i ukedagene for barna på grunn av jobb, og i helgene er de heller ikke til stede på grunn av rus».

En helsesøster sier

«Jeg lurer på hvor mye kartlegging av rusvaner vil hjelpe, om foreldrene faktisk ville snakket ærlig. Vi kan oppleves som en trussel, foreldrenes redsel for å miste barna, samtidig kan den frykten virke positivt ved at foreldrene velger å møte på helsestasjonen. Det har vært flere tilfeller hvor barn har blitt født med abstinenser, hvor det ikke alltid har stått oppført i fødselsmeldingen. Samtidig har ikke jordmor lov å si noe om foreldrenes rusvaner dersom foreldrene ikke samtykker til det, på grunn av taushetsplikt. Likevel sier jordmor obs til meg om aktuelle foreldre, uten å utdype videre. Taushetsplikten kan være til hinder, men er vi bekymret for barnet, bringes informasjonen videre med hensyn til barnets beste. Det kan være en utfordring å ivareta personvernet til mor som ruser seg, samtidig om barnets rettigheter».

En annen helsesøster forteller: *«Jeg opplever taushetsplikten som utfordrende i tverrfaglig arbeid, vi er dermed drevne på samtykkeskjema».*

En annen helsesøster opplevde det vanskelig å ta opp rusvaner direkte til samtale i en barselgruppe, hun sier:

«Jeg informere mer enn jeg kartlegger. Det kan være en utfordring at jeg og foreldre har litt forskjellige utgangspunkt. Det som jeg opplever er problematisk rusbruk, oppfattes ikke nødvendigvis som problematisk rusbruk av foreldrene. Det at alkohol er et lovlig rusmiddel opplever jeg vanskelig, hva er liksom grensen til overforbruk. Det er enklere å snakke om alkoholvaner med ungdom under 18 år, fordi det da er ulovlig å nyte alkohol. Jeg opplever det også utfordrende i forhold til om medisiner er lovlige eller ikke, holdningen og bevissthetsnivået i befolkningen om skille mellom legale og illegale rusmidler. Eksempelvis har jeg opplevd ukritisk bruk av smertestillende medikamenter og Ritalin. En gang var det en mor som tok barnets Ritalin, det ble politianmeldt med en gang».

Helsesøster i en mindre kommune forteller: *«Jeg tror ikke foreldre vil møte om de er ruset, da bytter de heller time. Jeg reagerer om foreldre stadig bytter timer, likevel spør jeg ikke om rusmidler, selv om jeg burde gjort det».*

En annen helsesøster i en mindre kommune forteller:

«Rusmisbruk er tabu, det er kjempeskamfullt. Sier foreldre at de drikker syv enheter, så drikker de sikkert fjorten. Fra erfaringer jeg har gjort meg, vet jeg godt at foreldre lyver. Jeg har opplevd å ha en åpen dialog med en forelder som sa at den andre forelderen hadde et overforbruk av alkohol, men til slutt viste det seg å være vedkommende selv som hadde problematisk alkoholbruk».

4.4.1 Kompetanse

En helsesøster forteller: *«Arbeidsgiver kommer ikke og legger kurs på bordet, det er opp til meg selv. Hadde jeg gått til arbeidsgiver og fortalt at helsestasjonen har for lite kompetanse om rusproblematikk, så ville nok arbeidsgiver vært villig til å støtte det».* Noen helsestasjoner hadde annet personale med videreutdanning innenfor rus.

En annen helsesøster i en større kommune forteller:

«Jeg har ikke har nok kunnskap i forhold til rusproblematikk og kartlegging av foreldres rusvaner. Desto lengre jeg har arbeidet som helsesøster, er det veldig mange ting jeg kunne tenkt meg å lære meg mer om. Det er hele tiden ny forskning, nye redskaper, nye måter å tilnærme seg på».

En annen helsesøster sier:

«Jeg holder meg oppdatert på kunnskap om rusmidler, og har nettopp har vært på kurs om tematikken. Vi har avtalt at personalet skal ha rollespill i forhold til å bli mer oppdatert på hvordan vi tilnærmer oss ting. Ved å drive rollespill for hverandre, trygger vi oss selv på samtaler om ulike temaer. Jeg har fortalt de andre på helsestasjonen at jeg skulle være deltaker i denne undersøkelsen, og dermed ble det økt fokus og fortgang i øving med rollespill. Jeg vet at personalet gjør en for dårlig jobb i forhold til kartlegging, det er ikke godt nok det vi gjør. En er nesten litt redd for å være fordømmende, og det hadde hjulpet å få noen gode redskaper for å lære seg gode tilnærminger. Jeg gleder meg til å rollespille om å samtale om rus, for bedre å kunne kartlegge foreldres rusvaner».

I en mindre kommune sa helsesøster *«En stor del av kommunens ansatte tar videreutdanning innen rusproblematikk, samtidig opplever jeg at kommunen allerede har god kompetanse om rusproblematikk».*

En annen helsesøster sier: *«Jeg trenger ikke mer kunnskap om rusproblematikk, heller konkrete retningslinjer som sier noe om hva jeg skal spørre om. Dersom alle foreldres rusvaner blir kartlagt på samme måte, blir det enklere å vite konkret hva vi skal spørre om, da blir det en del av lefsa».* Samtidig gav helsesøster uttrykk for at hun fikk få invitasjoner til kurs om tematikken, og at hun ofte måtte reise langt for å delta.

Helsesøster i en mindre kommune forteller at hun har mye kunnskap om tematikken: *«Likevel er det utfordrende å ha oversikt over nyere rusmidler. Noen rusmidler kan være vanskelige å oppdage ved at det er vanskelig å se det på foreldrene, at det ikke lukter med mer. Det gjøres mye i kommunen nå i forhold til tidlig intervensjon til barn i rusfamilier. Jeg liker ikke uttrykket rusfamilier, det blir veldig nedlatende, ydmykende og stigmatiserende, det har noe med menneskesyn å gjøre, men kurset heter faktisk rusfamilier. Jeg mener betegnelsen familier med rus ville vært bedre. De er familier som alle andre. Dersom rusproblematikk synliggjøres, gjøres mindre tabu, ved mer åpenhet om at våres liv ikke er perfekte, at vi strever med det ene og det andre, ville det virkelig bidratt til at barn blir ivaretatt».*

4.4.2 Resurser

En helsesøster forteller:

«Det er avhengig av prioriteringer, vi har lave kursbudsjett. Dersom tematikken kommer inn i et nasjonalt program eller veilederen for helsestasjoner, så ville det mest

sannsynlig følge med ressurser til å utføre bestillingen. Om helsestasjonen blir pålagt en oppgave til uten økte ressurser, tror jeg ikke oppgaven blir utført godt nok. Resurser må til for at man skal få til en dialog om rusvaner, det nytter ikke at foreldre bare skal fylle ut et skjema».

En annen helsesøster i en større kommune forteller: «Vi var med i et prosjekt med en avrusningsklinikk hvor det satses på å gå tidlig inn med tanke på rus, men vi har ikke hatt tid til å prioritere dette. Kommunen har mange andre ting de vil satse på blant annet MI (motiverende intervju), fødselsdepresjon og traumebevist omsorg. Derfor har vi ikke valgt å vektlegge rus. Tematikken er viktig, men det må lages et skikkelig opplegg, som et prosjekt».

En annen helsesøster forteller: «Det er laget en ressursgruppe hvor kommunen har samarbeid med flere nærliggende kommuner for tidlig intervensjon til barn som pårørende av foreldre med problematisk bruk av rusmidler».

En helsesøster sier: «Skal jeg kartlegge foreldres rusvaner i en allerede presset hverdag, så blir det enda en ting vi skal begynne med».

4.4.3 Nasjonale føringer

Helsesøster fortalte at hun:

«Opplevde det vanskelig å samtale om foreldres røyk- og tobakksvarer i gamle dager, nå er det lettere å samtale om etter at det ble lagt nasjonale føringer. Det med rusvaner er en vanskelig ting å samtale om. Foreldre med rusproblemer blir verdensmestere i å lyve eller bortforklare. Dersom vi hadde hatt et verktøy eller en mer strukturert måte å kartlegge rusvaner på, slik at det var likt over hele landet, ville det vært mye enklere enn om hver helsestasjon må finne opp kruttet selv. Dersom det var nasjonale føringer om hvordan en skulle gå frem om kartlegging av foreldres rusvaner, ville det bli likt på alle helsestasjoner i landet».

En annen helsesøster savnet brosjyremateriale som omtaler rus fra statlig hold. Hun mener:

«En slik brosjyre vil åpne for dialog om tematikken eller et avkrysningskjema som kan brukes over hele landet. Det er et vanskelig og sårt tema, og det ville vært enklere for folk å godta om det var et skjema som skulle følges. Da ville det vært opp til foreldrene å svare ærlig eller ikke. Vi trenger konkrete verktøy for å få dette til i praksis, da ville dette blitt gjennomført. Dette er viktig, det er kjempeviktig».

4.4.4 Helsesøsters relasjon til foreldrene

En helsesøster sier:

«Barn er det kjæreste man har og med en gang helsesøster kommenterer på en måte som gjør foreldrene usikre, blir foreldrene veldig redde for å bli fratatt barna. Utfordringen er å være en tillitsperson fremfor en trussel. Ved å bygge tillit først, opplever jeg at foreldre tør å være mer åpne om sine utfordringer som foreldre».

En annen helsesøster i en mindre kommune uttrykker at:

«Det må være gjensidig tillit i møte med mennesker. Jeg vil gjerne tro på foreldrene når jeg kartlegger rusvaner. Jeg er opptatt av å få frem ovenfor foreldrene at jeg ikke synes at alkohol er et uhyre. Det er viktig for å få til en ærlig dialog omkring alkoholvaner. Det er viktig at vi har egeninnsikt og at jeg vet hvem jeg er i forhold til mine egne rusvaner».

Jeg vil nå gå videre til kapittel fem hvor jeg kobler funn til teori, samt trekke inn egne slutninger, med utgangspunkt i problemstillingen.

5.0 DISKUSJON

5.1 Fokus på barn som pårørende

Presentasjon av funn viser at flere av helsesøstrene opplevde temaet «svært viktig». Dette stemmer overens med belyst teori (Lossius, 2012; Helsedirektoratet, 2010). Samtidig påpekte flere av helsesøstrene at de har lite fokus på kartlegging av foreldres rusvaner. Helsesøstrene i undersøkelsen var mer opptatt av å kartlegge omstendighetene rundt barnet dersom foreldre for eksempel var på fest enn å kartlegge foreldres rusbruk. Gjennom samtale, samarbeid, og observasjon av samhandling mellom barn og foreldre har helsestasjonen mulighet for å oppdage og avhjelpe problemer på et tidlig stadium (Helsedirektoratet, 2014). Likevel var informantene i varierende grad opptatt av å kartlegge foreldres rusvaner i den hensikt tidlig å identifisere barn som pårørende av foreldre med rusproblematikk. På lik linje med informantens utsagn kan en se en sammenheng med multisenterstudien hvor det kom frem at kommunehelsetjenesten på lik linje med spesialisthelsetjenesten bare delvis følger opp loven som omtaler barn som pårørende og plikten til å undersøke (Helsedirektoratet, 2015; Syse, 2013).

Ut i fra ulike effekter man kan oppnå ved å bruke ulike rusmidler, og ut i fra måten rusmidlet tas på, samt mengde, tenker jeg at det i gitte situasjoner kan være utfordrende å yte god omsorg dersom den som inntar ulike rusmidler har omsorg for mindreårige barn. Med bakgrunn i tidligere nevnt teori, tenker jeg det er viktig at helsesøstre som kartlegger foreldres rusvaner er klar over at blandingsmisbruk har blitt mer vanlig slik at helsesøstre våger å spørre og å gå i dybden for å identifisere om barn lever under omstendigheter som kan gi dem negative konsekvenser under oppveksten på grunn av foreldres rusvaner (Helsedirektoratet, 2011; Fekjær, 2011). Samtidig tenker jeg det er viktig for helsesøstre å ha kunnskap om hva rusmidler kan gjøre med den som inntar rusmidlet når de i sitt arbeid kartlegger foreldres rusvaner. Dette med bakgrunn i om foreldre i ulik grad ikke er i stand til å yte god omsorg for barna sine dersom foreldrene har pådratt seg ulike skader i deler av hjernen relatert til sitt rusbruk, som igjen kan svekke omsorgsevnen ovenfor sine barn (Helsedirektoratet, 2011).

I undersøkelsen var det spesielt en helsesøster som pekte seg ut i arbeid med kartlegging av foreldres rusvaner i henhold til de minste barns omsorgssituasjon. Informanten viser hun har kunnskap om rusmiddelbruk (Fekjær, 2011) og bekrefter at kommunen er over gjennomsnittet på å være sirekte på tematikken. Helsesøsteren benytter seg av relasjonskompetanse som

innebærer å forstå og samhandle med mennesker på en god og hensiktsmessig måte (Røkenes & Hanssen, 2013).

Flere av helsesøstrene oppgav at foreldres rusvaner allerede var kartlagt av jordmødre eller av fastleger i svangerskapet, og at de dermed ikke vektla kartlegging av rusvaner. Samtidig understreker flere helsesøstre at taushetsplikten kan være til hinder. Ifølge noen av helsesøsters uttalelse står ikke det tverrfaglige samarbeid i samråd med Helsepersonelloven § 25, tredje ledd. I tilfeller som dette tilsier loven at dersom jordmor har mistanke om at foreldrenes rusvaner kan gå ut over barnet i alvorlig grad, er de pliktet til å varsle barnevernstjenesten, men kan ikke gå videre med opplysninger til for eksempel helsesøstre, uten mors samtykke (Eilertsen, 2012). På den ene siden ivaretar helsepersonell foreldrenes ønsker og behov, mens på den andre siden kan dette gi utfordringer i form av mangelfulle opplysninger om forelderens rusvaner da flere helsestasjoner i liten grad kartlegger disse. Dette kan igjen medføre at noen barn som pårørende av foreldre med problematisk rusbruk ikke blir tidlig identifisert på bakgrunn av at noen helsesøstre antar at kartlegging av rusvaner er gjort i svangerskapet, og at det dermed ikke er behov for ny kartlegging etter at barnet er født. Slik jeg ser det er jordmors kartlegging av foreldres rusvaner ingen garanti for at barn som pårørende identifiseres og/eller følges videre opp på helsestasjoner uten at det foreligger samtykke fra foresatte. Flere helsesøstre støtter seg til at kartleggingen allerede er utført før foreldre oppretter kontakt med helsestasjonen.

Flere helsesøstre oppgav at de gjennom observasjon og samspill mellom barn og foreldre oppdaget mistenkelige situasjoner som kunne være rusrelatert. Dette stemmer overens med konklusjoner i tidligere forskning hvor barn påvirkes av sine omgivelser (Lossius, 2012; Antonovsky, 2013). Likevel ventet flere av helsesøstrene med å samtale om foreldres rusvaner og eller informere om rusmidler, henholdsvis alkohol som rusmiddel, til barnet var ni til elleve måneder. Flere helsesøstre veiledet foreldre i bedre samspill fremfor å kartlegge foreldres rusvaner med mindre helsesøstrene hadde mistanke om overforbruk av rusmidler blant foreldre fra tidligere. På den ene siden kan det som både teori og informanter belyser, tenkes at rusvaner ofte hemmeligholdes i hjemmet, med bakgrunn i at det er et tabubelagt tema som ofte knyttes til skyldfølelse, skam, og mindreverdighet (Lossius, 2012). På den annen side kan man risikere at barn ikke blir identifisert i flere tilfeller så tidlig som de burde ha blitt. Det kan tenkes at våger man å spørre om foreldres rusvaner, åpner man opp for en «avkledning» av temaet som i flere sammenhenger ses å være tabubelagt. Det handler om tidlig identifisering.

I undersøkelsen kom det frem at helsesøstre ansatt i mindre kommuner mente å ha bedre oversikt over foreldres rusvaner enn i større kommuner og/eller byer. Det kan tenkes at «gjennomsiktigheten» helsesøstre beskriver i mindre kommuner medfører at en ser, hører og observerer lettere i mindre kommuner. Foreldre åpner ikke nødvendigvis selv opp for dialog om tematikken som ses å være stigmatisert og tabubelagt (Lossius, 2012), men helsesøstre kan ha en sentral rolle ved å benytte seg av «gjennomsiktigheten» i dialog med foreldre dersom det er mistanke om overforbruk av ulike rusmidler som kan ha en betydning for barns omsorgssituasjon. Teorien belyser at alkoholinntak blant kvinner har økt den senere tid (SIRUS, 2015) og dette kan ha en sammenheng med at kvinner i dag er i posisjon til høyere og ledende stillinger enn tidligere (Sagvaag & Sikveland, 2014). På den annen side kan man ut i fra helsesøsters utsagn se at i mindre kommuner mener helsesøster å ha nokså god oversikt over foreldres rusvaner uten å systematisk kartlegge foreldres rusvaner. Likevel kan det tenkes at barn som pårørende av foreldre med problematisk rusbruk kan være utfordrende å identifisere når alt ser fint og flott ut. Foreldre har gjerne høyere og ledende stillinger, og «samspillet ser tilsynelatende greit ut». Riktignok er det kanskje lettere for helsesøster å få «oversikt» i små kommuner, likevel må en ta høyde for at det kan være mye en ikke ser. En kan tenke seg at en med overforbruk av alkohol kanskje ville handlet alkohol også utenfor hjemkommunen, og at overforbruket dermed ikke alltid er så synlig.

Samtlige av informantene gav tilbakemelding om at dersom ikke begge foreldre møter på timeavtale på helsestasjonen, stilte oftest mor og barn opp på helsestasjonen. På spørsmål om hvordan helsesøster kartlegger den andre foreldres rusvaner dersom kun en av barnets foresatte er til stede, var det svært lite fokus på den andre forelderens rusvaner. Flere av helsesøstrene påpekte at de ikke kartla den andre forelders rusvaner, med mindre helsesøstrene hadde mistanke om rus fra før, eller at den andre foreldereren ikke selv sa noe. Andre tilbakemeldinger var at jordmor kartla begge foreldres rusvaner i svangerskapet, dermed anså helsesøstrene at det ikke var deres oppgave. Forskning viser at menn gjennomsnittlig drikker mer alkohol enn kvinner (SIRUS, 2015). Om det er slik at det oftest er mor som deltar på timeavtaler på helsestasjonen, tenker jeg det er viktig å kartlegge også fars rusvaner i henhold til å få identifisert barns omsorgssituasjon for å mulig avdekke at barn ikke vokser opp i hjem med problematisk bruk av ulike rusmidler. Flere av helsesøstrene opplyste om at det var fokus på kartlegging/avdekking av vold i nære relasjoner, og mindre fokus på kartlegging av rusvaner. I belyst teori fremkommer det at barn i familier preget av rusproblematikk, har økt risiko for å utsettes for vold (Lossius, 2012). Ved at helsesøster

kartlegger foreldres rusvaner kan dette kanskje være med på å identifisere barn som pårørende av foreldre med rusproblematikk og forebygge at barn utsettes for vold og/eller andre skader.

Informantene som vektla kartlegging av foreldres rusvaner i sitt daglige arbeid i henhold til de minste barns omsorgssituasjon, hadde hovedfokus på alkohol som rusmiddel. Om informantene kartla eller informerte foreldre om rus og rusbruk, var det stort sett fokus på hvordan alkohol som rusmiddel påvirker barnet i forhold til foreldres atferdsendring. De aller fleste helsesøstre gikk ikke i dybden på kartlegging i form av å spørre om mengde eller hvor ofte. To helsesøstre tok i tillegg til alkohol høyde for foreldrenes bruk av legemidler. Ingen helsesøstre kartla systematisk foreldres bruk av narkotiske rusmidler i sine daglige rutiner. Det kommer frem at ca. 70.000 barn har foreldre med et så alvorlig alkoholproblem, at det mest sannsynlig går ut over foreldrenes daglige funksjonsevne (Torvik & Rognmo, 2014). I tillegg kommer det frem at bruken av sentralstimulerende midler og opioider er høyere enn bruken av alkohol og cannabis i Norge tatt ut i fra europeisk sammenheng (Evjen, Kielland, & Øiern, 2012). For å identifisere disse barna tidlig nok, har regjeringen utarbeidet opptrappingsplanen for rusfeltet, hvor også helsestasjonen er nevnt til å ha en sentral rolle for å identifisere og kartlegge disse barna (Helse og omsorgsdepartementet, 2015).

Undersøkelsen viser at de av helsesøstre som kartla foreldres rusvaner, vektla alkohol enten i form av å kartlegge foreldre individuelt eller ved å informere om alkoholpåvirkning i forhold til barn. En helsesøster understrekte at det var lettere å samtale om alkohol enn narkotiske rusmidler da alkohol er et lovlig rusmiddel. Likevel var det flere av helsesøstre som ikke kartla foreldres alkoholvaner. For at helsesøstre skal kunne bidra med tidlig identifisering av barn som vokser opp med foreldre som har et problematisk rusbruk som kan gå ut over barnets oppvekst og omsorgsbehov, kan det være nødvendig for helsepersonell å være klar over rusbruk i Norge slik at utsatte barn synliggjøres og får økt fokus. Slik jeg ser det, kan tidlig kartlegging av foreldres rusvaner være forebyggende slik at hjelpeapparatet, i denne sammenheng helsesøstre, kobles inn i et tidlig stadium for å unngå unødige belastninger og eventuelle skader barn kan påføres. Å åpne opp for dialog rundt foreldres rusvaner, tenker jeg kan være med på å trygge og bedre barns oppvekstvilkår, samtidig som det gir mulighet til informasjon dersom foreldre er uvitende rundt sine rusvaner og hvordan det kan påvirke barnet, samt hva det kan medføre.

Alle informantene i undersøkelsen opplyste om at alle familier fikk hjemmebesøk etter fødsel som rutine. Ut fra informantenes utsagn blir det av flere helsesøstre gjort observasjoner i hjemmet som ikke er mulige å oppdage når foreldre møter på helsestasjoner. Dersom det ble

oppdaget brukerutstyr eller uvanlige mengder alkoholholdige drikke, var noen av helsesøstre uredde for å samtale om foreldrenes rusvaner, andre ventet gjerne med å samtale om observasjonene til neste møte. Helsesøstre opplevde at observasjoner kunne åpne for dialog omkring foreldrenes rusvaner. For at helsesøstre skal kunne gjøre nyttige observasjoner i hjemmet, tenker jeg det er sentralt å vite hva en skal se etter og hvilke måter ulike rusmidler kan tas på (Lossius, 2012). På den annen side kommer det frem at noen av informantene hadde fokus på å avdekke rusbruk ved å gjøre observasjoner relatert til rusbruk på hjemmebesøk. Samtidig som noen helsesøstre nå ville endre noe på rutineene rundt hjemmebesøk for å tydeliggjøre hvilke observasjoner en bør se etter slik at det ble et likt fokus for alle helsestasjonens ansatte.

5.2 Ulike kartleggingsverktøy

Som rusmiddelforebyggende tiltak er det utarbeidet flere kartleggingsverktøy for å kartlegge rusvaner (Sagvaag & Sikveland, 2014). Flere av de ulike kartleggingsverktøyene er lett anvendelige og tar få minutter å gjennomføre (Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse, 2016). Som det går frem var det svært få av helsesøstre som kjente til kartleggingsverktøy. To informanter benyttet seg av begrepet «enheter» når de spurte foreldre om alkoholvaner, men de var ikke kjent med alkoholenhetskalkulatoren. Samtidig mente flere av helsesøstre at bruk av ulike kartleggingsverktøy kunne være til hjelp i kartlegging av foreldres rusvaner. Flere av helsesøstre gav uttrykk for at brosjyrematerialet som omhandler rus åpner opp for dialog om tematikken. En av helsesøstre mente at de ville fange opp barn av foreldre med problematisk rusbruk uavhengig av om de benyttet kartleggingsverktøy eller ikke. Ut i fra informantenes utsagn kan det tenkes at om helsesøstre hadde vært klar over ulike kartleggingsverktøy, kunne de informere foreldre om hvordan foreldrene selv kunne kartlegge sine rusvaner. En annen mulighet er at helsesøster kan ta testen sammen med foreldrene som en del av kartlegging av foreldres rusvaner. Samtidig kan det tenkes at om foreldre tar testen på egenhånd, vil de svare mer ærlig og kanskje få et mer reelt resultat, og på den måten bidra med økt bevissthet omkring egne rusvaner.

5.3 utfordringer og kompetanse

Flere helsesøstre kom med eksempler på «usynlig» rusbruk og understreket at det mye helsesøstre ikke får med seg, da foreldre er gode på å «skjule». Dette viser at problematisk rusbruk ikke nødvendigvis trenger å være synlig og kan være vanskelig å fange opp (Lossius, 2012). Derfor tenker jeg at helsesøstre bør gjøre en generell kartlegging av rusvaner av alle foreldre, ikke bare ved mistanke, gjerne så tidlig så mulig for tidlig identifisering av barn i

hjem preget av rusproblematikk. Flere av helsesøstrene etterlyste faste rutiner for hvordan en skulle gå frem for å skape en god dialog og kartlegging omkring foreldres rusvaner.

Ved at alkoholkonsumet i 2008 hadde en kraftig økning, tenker jeg at det er viktig å ta høyde for at flere barn kan være utsatt for og ikke får tilstrekkelig oppfølging og omsorg slik som de har krav på. Forskningen viser også at en økende andel kvinner drikker alkohol (Sagvaag & Sikveland, 2014). Dermed kan det tenkes at i økt grad kan være flere barn som påvirkes av mors alkoholvaner både i svangerskap, spebarnstiden og videre i barnets oppvekst. Bruken av cannabis har vært stabil de siste 20 år, men likevel benytter både kvinner og menn seg av cannabis og hyppigst i alderen under 35 år, som oftest er en fruktbar alder og hvor mange har mindreårige barn boende hjemme. Det fremkom ikke urovekkende høye tall i forhold til bruk av vanedannende legemidler, likevel er det viktig å være klar over at en andel av befolkningen benytter seg av slike legemidler (SIRUS, 2015). I undersøkelsen fremkom det at helsesøstre i liten til ingen grad hadde fokus på foreldres rusvaner omkring narkotiske rusmidler og vanedannende legemidler noe som er urovekkende med tanke på belyst teori og forskning (Sagvaag & Sikveland, 2014; SIRUS, 2015).

Helsesøstre antar at fastleger og jordmødre har gjennomført kartlegging av rusvaner i svangerskapet og synes å anse at hovedansvaret for kartlegging av rusvaner ligger på fastlege og jordmor. En helsesøster omtaler «rus» som et usynlig tema. Om en ikke vil se, kan en la det være så lenge det ikke ligger nasjonale føringer. Det fremkom store forskjeller i hvor mye de forskjellige helsesøstrene vektla kartlegging av foreldres rusvaner. Likevel kommer det frem fra samtlige helsesøstre at de er veldig opptatt av barns omsorgssituasjon. Ut fra alle intervju tydeliggjør informantene at tematikken er viktig, men at fokus nok er for dårlig på tidlig identifisering av barn som pårørende i hjem preget av rusproblematikk. Flere av helsesøstrene uttalte at dette ikke er en prioritert oppgave og at de allerede hadde mange oppgaver. Jeg tenker at kartlegging av rusvaner i hjemmet bør være en del av den generelle kartleggingen omkring barns omsorgssituasjon. Ved kartlegging av foreldres rusvaner vil helsepersonell få en oversikt over om barnet er ivaretatt og hvilke konsekvenser barnet kan stå ovenfor, samt om barnet har behov for videre oppfølging (Helsedirektoratet, 2010).

Kartlegging av foreldres rusvaner anser jeg bør være en del av kartleggingen av barnets omsorgssituasjon. I noen tilfeller vil man gjennom kartlegging se at det vil bli behov for å etablere et tverrfaglig samarbeid for å sikre at barnets omsorgssituasjon blir ivaretatt (Helsedirektoratet, 2010). To av helsesøstrene oppgav av det var et godt tverrfaglig samarbeid i kommunen.

Helsesøstre bør være i stand til å vise interesse for foreldre og barn og bidra til å skape en trygg atmosfære og vise medfølelse. Samtidig som de skal gi informasjon, skal de være i stand til å lytte til foreldre og barn i dialog. Det handler om å kunne handle og samhandle når en arbeider med mennesker (Røkenes & Hanssen, 2013). Jeg tenker det er nyttig at helsesøstre gjør seg refleksjoner omkring eget forhold til rusmidler, samt hva som er problematisk rusmiddelbruk. Det vil si at helsesøster tar høyde for å kjenne seg selv, forstå den andres opplevelse og forstå hva som skjer i samspill med den andre (Røkenes & Hanssen, 2013). Helsesøstre i undersøkelsen var tydelig på at rusvaner var et vanskelig og sårbart tema å samtale om, flere etterlyste gode fremgangsmåter for å komme i dialog med foreldre. En av helsesøstrene fortalte at de skulle ha rollespill på helsestasjonen for å bli tryggere i forhold til hvordan en tilnærmer seg tematikken. Flere av helsesøstrene hadde vært på kurs relatert til rusproblematikk, likevel utrykte de uklare angående hva som var helsesøstres ansvarsområde og hva som var deres oppgaver i forhold til tidlig kartlegging og identifisering av barn i familier med rusproblematikk. Flere av informantene etterlyste gode redskaper for tidlig identifisering av barn som pårørende av foreldre med rusproblematikk.

For at helsepersonell skal komme i posisjon til å innhente ønskede opplysninger i sitt arbeid, tenker jeg at gode kommunikasjon- og samhandlingskunnskaper kan bidra til at innhenting av det som kartlegges, blir vellykket. En helsesøster fortalte at hun opplevde det vanskelig å samtale om foreldres røyk- og tobakksvaner i «gamle dager», men at det ble lettere å samtale om etter at det ble lagt nasjonale føringer. Det var entydig blant informantene at foreldres rusvaner kan og er et vanskelig tema å samtale om. Informantene så det utfordrende å identifisere foreldre med rusproblemer da de ofte er «verdensmestere» i å lyve eller bortforklare, som også samsvarer med teori (Lossius, 2012). Helsesøstre etterlyste nasjonale føringer og konkrete verktøy for hvordan en skulle gå frem i kartlegging av foreldres rusvaner, slik det ble likt på alle helsestasjoner i landet, samt brosjyremateriale som omhandler rus fra statlig hold. Flere av helsesøstrene mente at nasjonale føringer må til for at helsesøstre skal ha fokus på tidlig identifisering av barn som pårørende av foreldre med rusproblematikk. I undersøkelsen fremkom det at flere av helsesøstrene selv mente at de trengte styrket kompetanse for å lykkes med å identifisere barns omsorgssituasjon i hjem med foreldre med rusproblematikk, noe av det samme belyses i artikkelen til Humerfelt, 2014. Samtidig var det behov for nok og muligens økte ressurser for å fullføre «bestillingen».

6.0 KRITISK TILBAKEBLIKK

Da denne undersøkelsen er forholdsvis liten, kan den dermed ikke generalisere hvilken praksis som gjelder for alle helsesøstre i Norge. Undersøkelsen kan likevel være med på å belyse hvordan helsesøstre kartlegger eller ikke kartlegger foreldres rusvaner i henhold til de minste barns omsorgssituasjon. Som nevnt i metodedelen, hadde jeg en forforståelse før jeg startet undersøkelsen. Likevel har jeg forsøkt å ikke være for farget. Jeg har forsøkt å være tro mot informantene i min presentasjon av funn.

7.0 IMPLIKASJONER FOR PRAKSIS OG FORSKNING

Undersøkelsen kan kanskje vise en trend som belyser viktigheten av oppgavens tematikk. Denne undersøkelsen kan ses på som en forstudie og inspirasjon med ideer til en større studie. Funn tyder på at det med god grunn kan sies at man bør heve kompetansen i forhold til tematikken i utdanning- og arbeids-sammenheng.

8.0 KONKLUSJON

Undersøkelsen viser store forskjeller i hvor mye fokus helsesøstre retter mot kartlegging av foreldres rusvaner. Samtlige helsesøstre mente at alle foreldres rusvaner var systematisk kartlagt av jordmor og/eller fastlege i svangerskapet. Flere av helsesøstre uttrykte at kartlegging av foreldres rusvaner ikke var deres hovedfokus i kartlegging av barns omsorgssituasjon. Ikke fordi helsesøstre ikke ønsket fokus på tematikken, men grunnet manglende rutiner og ressurser ikke hadde prioritert å fokusere på tidlig identifisering av barn som pårørende av foreldre med rusproblematikk. Undersøkelsen viser at helsesøstre informerer mer om rusvaner enn de kartlegger. De gav mest informasjon om alkohol, gjerne i form av en brosjyre, ofte i forbindelse med spørsmål om amming og ofte veldig sent i spebarnstiden. Det kan synes som at det var lite fokus på fars rusvaner, da det ofte var mor som møtte til konsultasjoner på helsestasjonen. Dette er bekymringsfullt, da tidligere belyst teori synliggjør at bruken av flere typer rusmidler er mer utbredt blant menn enn blant kvinner.

Samtlige helsesøstre omtalte temaet som sårt, tabubelagt og vanskelig å samtale om. En av helsesøstre utmerket seg som tryggere og mer direkte i sin fremgangsmåte i kartlegging av foreldres rusvaner. Samtlige helsesøstre uttrykte at de synes tematikken er viktig, men flere savnet gode redskaper for å komme i dialog med foreldre.

Flere av helsesøstre savnet nasjonale føringer som sa noe konkret om helsesøsters oppgave og gjennomføring i kartlegging av foreldres rusvaner. Flere av helsesøstre hadde vært på kurs om tematikken, men ikke alle hadde innarbeidet kartlegging av foreldres rusvaner i den daglige praksis. Samtlige helsesøstre uttrykte stort fokus på samspill mellom barn og foreldre i kartlegging av barns omsorgssituasjon. Det var ofte først ved mistanke om at noe ikke stemte, gjerne ved svekket samspill, at noen av helsesøstre stilte direkte spørsmål og gjorde kartlegging av foreldre rusvaner. En av helsesøstre mente at de ville fange opp barn av foreldre med problematisk rusbruk uavhengig av om de benyttet kartleggingsverktøy eller ikke. Andre helsesøstre uttrykte interesse for muligheten til bruk av kartleggingsverktøy for å åpne for dialog med foreldre om deres rusvaner. Funnene bekrefter at det trengs mer erfaring og forskning for å lage gode retningslinjer og øke kunnskap for hvordan helsesøstre på helsestasjoner kan kartlegge foreldres rusvaner i henhold til de minste barn omsorgssituasjon.

8.0 LITTERATURLISTE

- Aadland, E. (2011). *"og eg ser på deg..." vitenskapsteori i helse og sosialfag*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Akan kompetansesenter. (2016, 05 01). *Balance*. Hentet fra <http://akan.no/verktoy/balance/>
- Antonovsky, A. (2013). *Helsens Mysterium - den salutogene modellen*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- BarnsBeste (2016) - *Nasjonalt kompetanenetverk for barn som pårørende*. Hentet (15.04.2016) fra Sørlandets sykehus: http://www.sshf.no/pasient_/kompetansentre_/barnsbeste_/barnsbeste
- Dalen, M. (2011). *Intervju som forskningsmetode – en kvalitativ tilnærming*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Dalland, O. (2014). *Metode og oppgaveskriving*. Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Eilertsen, B. (2012). *Juss for helsesøstre* (3. utg.). Oslo: www.jussboka.no.
- Evjen, R., Kielland, B. K., & Øiern, T. (2012). *Dobbelt opp - om psykiske lidelser og rusbruk*. Oslo: Universitetsforlaget AS.
- Fekjær, H. O. (2011). *Rus- bruk, motiver, skader, behandling, forebygging, historikk*. (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Haugland, B. S., Ytterhus, B., & Dyregrov, K. (2012). *Barn som pårørende*. Oslo: Abstrakt forlag AS.
- Helse og omsorgsdepartementet . (2012). Hentet fra St.mld 30 - se meg: <http://www.regjeringen.no/pages/37924944/PDFS/STM201120120030000DDDPDFS.pdf>
- Helse og omsorgsdepartementet. (2015, 02 03). *opptrappingsplan for rusfeltet (2016-2020)*. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/contentassets/1ab211f350b34eac926861b68b6498a1/no/pdfs/prp201520160015000dddpdfs.pdf>
- Helsedirektoratet. (2011). *Fakta om narkotike stoffer*. Oslo: Helsedirektoratet.

- Helsedirektoratet. (2010, 05). *Barn som pårørende*. Hentet fra Helsedirektoratet.no:
<http://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-som-parorende/Publikasjoner/barn-som-parorende.pdf>
- Ruud, T. Birkeland B. Faugli, A. Hagen, K A. Hellman A. Hilsen, M... Weimand, B, M. (2015). *Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudien*. Oslo:
- Helsedirektoratet. (2015, 04 20). *Hva er risikofylt forbruk?* Hentet fra tidligintervensjon.no:
<http://tidligintervensjon.no/Tema/Voksne/Identifisering/Grunn-til-bekymring/Hva-er-risikofylt-forbruk/>
- Humerfelt, K. (2014). *Fra handlingslammelse til handlingskraft- Å identifisere omsorgssituasjon til barn som har foreldre med rus – og psykiske problemer*. I: Fonene forskning. 2/2014. Årgang 7, s 31-43.
- Johannessen, A., Tufte, P. A., & Christoffersen, L. (2011). *Introduksjon til samfunnsvitenskaplig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Kvale, S., & Birkmann, S. (2012). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS.
- Lossius, K. (2012). *Håndbok i rusbehandling*. Oslo: Gyldendal Akademisk.
- Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse. (2016, 04 26). *Snakk om rus*. Hentet fra kartleggingsverktøy: <http://www.snakkomrus.no/>
- Redd Barna. (2016, 05 02). *BARNEKONVENSJONEN*. Hentet fra Redd Barna:
<http://www.reddbarna.no/vaart-arbeid/barns-rettigheter/barnekonvensjonen>
- Røkenes, O. H., & Hanssen, P.-H. (2013). *Bære eller bryte - kommunikasjon og relasjon i arbeid med mennesker*. Bergen: Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke.
- Rørvik, A. (2014). *Universitetssykehuset Nord - Norge, Fastlegenytt*. Hentet fra Psykiari og rus: Forebyggende familieteam under oppstart. :
<http://www.unn.no/fastlegenytt/psykiatri-og-rus-forebyggende-familieteam-under-oppstart-article111707-24459.html>
- Sagvaag, H., & Sikveland, B. (2014). *Alkohol+arbeidsliv=sant?* Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.

- SIRUS. (2015, 31 12). *Rusmidler i norge*. Hentet 04 08, 2016 fra Alkohol:
<http://www.sirus.no/publikasjon/rusmidler-i-norge/2-alkohol/#toc19>
- Stave, S. B. (2014). *Bibsys.no*. Hentet fra "Vi vet de er der, men vi ser dem ikke":
http://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/224342/Stavne_Silje.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Syse, A. (2013). *NORGES LOVER*. Trondheim: Gyldendal Akademisk.
- Thagaard, T. (2011). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (3. utg.).
Bergen: Fagbokforlaget.
- Torvik, F. A., & Rognmo, K. (2014). *Barn av foreldre med psykiske lidelser eller alkoholmisbruk: omfang og konsekvenser*. Oslo: Nasjonal Folkehelseinstitutt.

9.0 VEDLEGG

9.1 Vedlegg 1



Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjektet i forbindelse med en masteroppgave.

Hei!

Jeg heter Ann Ilin Norheim og skal skrive en masteroppgave i helsevitenskap med spesialisering i rusproblematikk ved Universitetet i Stavanger. Tema for oppgaven er barn som pårørende. Gjennom en kvalitativ tilnærming ønsker jeg å se på «hvordan kartlegger helsesøstre på helsestasjoner foreldres rusvaner med tanke på de minste barns omsorgssituasjon». Jeg ønsker å benytte meg av intervju i studien for å innhente mer konkret og utfyllende data. For å finne ut av dette, ønsker jeg å intervju helsestasjoner på ulike helsestasjoner i Norge da jeg ser på helsestasjonen som en sentral arena for tidlig intervensjon i forhold til å kartlegge foreldres rusvaner i forhold til barnets omsorgssituasjon.

Intervjuet vil gjennomføres våren 2016 og vil ta omtrent en time. Vi kan sammen avtale hvor og når intervjuet skal finne sted. Intervjuet vil bli tatt opp på diktafon, og jeg vil ta notater under intervjuet. Jeg er underlagt taushetsplikt og all data vil bli behandlet konfidensielt. Alt datamateriell vil bli anonymisert og vil ikke kunne være gjenkjennbart for andre enn informanten selv. Studien avsluttes 29. juni 2016 og alt materialet vil da slettes. Jeg har den 06.04.16 undersøkt med Regional komite for medisinsk og helsefaglig forskningsetikk og Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste at denne studien ikke har meldeplikt, da studien ikke omhandler behandling og oppbevaring av personopplysninger.

Har du spørsmål i forhold til studien, kan jeg kontaktes på telefonnummer: 406 44 115 eller du kan sende meg en mail på ann_ilin_88@hotmail.com. Min veileder Kristin Humerfelt kan også nås på mail Kristin.Humerfelt@uis.no ved spørsmål vedrørende studien. Dersom du ønsker å samtykke til å delta på forskningsintervju, hadde det vært fint om du kan signere vedlagte samtykkeerklæring og sende den på mail eller per post til meg. Deltakelse er frivillig. Så lenge studien pågår, kan du når som helst trekke tilbake ditt samtykke. Alt materiale fra deg vil da bli slettet.

Med vennlig hilsen

Ann Ilin Norheim,

Ringveien 4,

4460 Moi.

9.2 Vedlegg 2



Samtykkeerklæring for deltakelse i undersøkelsen.

Jeg har mottatt og lest informasjon om Ann Ilin Norheim sin masterstudie vår 2016 med tema «Barn som pårørende» og er kjent med hva det innebærer å være deltaker i undersøkelsen.

Jeg samtykker til å delta i intervju som en del av prosjektet.

Navn: _____

Sted og dato: _____

Underskrift: _____

Adresse: _____

Telefon: _____

9.3 Vedlegg 3

Dato: / - 16.



Biografisk datainnhenting i forbindelse med masteroppgave «Barn som pårørende»

Kjønn:

- Kvinne
- Mann

Alder:

- 20-30 år
- 31-40 år
- 41-50 år
- 51- 60år
- 60 år og eldre

Utdanningsbakgrunn:

Bachelor i: Fullført år:

Videreutdanning i: Fullført år:

Masterutdanning i: Fullført år:

Hvor mye undervisning fikk du i rusproblematikk i:

(skriv inn omtrentlig antall timer, dager, måneder)

- Bachelorutdanningen
- Videreutdanning
- Masterutdanningen

Hvor mange års erfaring har du med å jobbe på helsestasjon:.....

9.4 Vedlegg 4



Intervjuguide i forbindelse med masteroppgave «Barn som pårørende».

1. Kan du fortelle hvordan du samtaler med barns foreldre om deres rusvaner?
 - Spør du spesifikt om enkelte rusmidler eller på et generelt grunnlag?
 - Hvilke rusmidler vektlegger du i samtale med foreldre? – Alkohol, narkotiske stoffer, ikketillatte legemidler og/eller forskrevne/tillatte legemidler?

2. Hvordan spør du foreldre om deres rusvaner?
 - Ved svar som for eksempel: som vanlig, hvordan spør du videre?

3. Bruker du ulike verktøy for å kartlegge foreldres rusbruk?
 - Som f.eks. risikosoner, enheter, audit/dudit.
 - Er dette nyttige verktøy?
 - Hvordan da?
 - Hvis du ikke benytter deg av verktøy:
 - Kjenner du ikke til noen?
 - Er de ikke nyttige?

4. Opplever du at du har nok kunnskap om rusbruk i forhold til ditt arbeid?
 - I forhold til:
 - Å kartlegge
 - Å gi informasjon til foreldre i forhold til rusvaner og det å være foreldre.
 - Tilbys du kurs i forhold til dette temaet av arbeidsgiver.
 - Var det nyttig?
 - Hvis ikke, hva mener du at du kunne trenge av kunnskap?

5. Hvilke utfordringer møter du i dialog med foreldre om deres rusvaner?
 - Har du noen konkrete eksempler?

6. Hvilke symptomer ser du etter hos barnet dersom du mistenker at foreldre har problematisk bruk av rusmidler?
 - Ser du etter andre symptomer/observasjoner dersom barnet ikke har utviklet tale?

7. Er du noen gang på hjemmebesøk? Hvor ofte? Når skjer det? Hvordan kartlegger du da i forhold til foreldres rusvaner?
 - Gjør du eller ser du etter noe som du ikke ville ha kartlagt på helsestasjonen?

8. Dersom kun en av barnets foreldre er til stede under samtalen, kartlegger du den andre forelderens rusvaner?
 - Eventuelt hvordan?

9. Hva opplever du er god kartleggleing i ditt arbeid av foreldres rusvaner, og hva opplever du kunne vært gjort annerledes eller bedre i kartleggingen?

10. Er det noe du ønsker å legge til eller synes er viktig jat eg tar hensyn til i oppgaven i forhold til kartlegging av foreldres rusvaner?