

MSOMAS Masteroppgave i sosialfag

**Barn er jo en velsignelse i utgangspunktet,
men det er så mye mer enn det.**

**En kvalitativ studie om kvalitet i et kommunalt tjenestetilbud til familier,
der barnet har psykiatrisk diagnose og omfattende vansker.**

Av: Jannet Time



DET SAMFUNNSVITENSKAPELIGE FAKULTET
Institutt for sosialfag

Masteroppgave – Sosialfag
Institutt for sosialfag - juni 2016

UNIVERSITETET I STAVANGER

**MASTERSTUDIUM I SOSIALFAG
MASTERGRADSOPPGAVE**

SEMESTER: Vår – 2016

FORFATTER/MASTERKANDIDAT: Jannet Time

VEILEDER: Leif Arne Helgesen

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel: Barn er jo en velsignelse i utgangspunktet, men det er så mye mer enn det.

En kvalitativ studie om kvalitet i et kommunalt tjenestetilbud til familier, der barnet har psykiatrisk diagnose og omfattende vansker.

Engelsk tittel: Childen are a blessing in itself. But there is much more than that.

**EMNEORD/STIKKORD: Kommunalt familieteam. Psykisk helsearbeid for barn og unge.
Familieveiledning. KOR – Klient og resultatstyrt praksis.**

ANTALL SIDER: 111

STAVANGER 01.06.2016 Jannet Time

DATO/ÅR Kandidatens navn

I forbindelse med elektronisk innlevering, kommer jeg til å reservere med mot å offentliggjøre mastergradsoppgaven på universitetets nettsider

FORORD

Denne oppgaven er en del av et 2-årig masterstudie i sosialfag ved Universitetet i Stavanger, og markerer slutten på to lærerike år.

Jeg vil takke min arbeidsgiver Sandnes kommune og enhetsleder Irene Asheim Ivesdal, som har gjort det praktisk og økonomisk mulig for meg å kombinere jobb og studier. Takk til Bjørghild Underhaug, min alltid interesserte og støttende leder. Uten din støtte hadde jeg nok aldri begynt på masterstudiet. Takk til gode kollegaer som har vist interesse for og støttet meg underveis i det jeg har holdt på med.

En stor takk til Leif Arne Helgesen. Som veileder har du lost meg gjennom dette arbeidet, inspirert meg og kommet med mange nyttige innspill underveis i arbeidet.

Fremfor alt vil jeg takke deltakerne som har stilt opp i undersøkelsen og bidratt med nyttig informasjon. Uten forskningsdeltakere hadde ikke denne oppgaven vært mulig. Det har vært interessant å snakke med brukere. De fortalte åpent og engasjert om egne erfaringer med hjelpeapparatet, og kom med meninger og synspunkter som gjorde sterkt inntrykk på meg. En spesiell takk til vedkommende som kom med sitatet som jeg fikk benytte som tittel på oppgaven.

Takk til gode venner og naboer som har hatt tro på meg, som har kommet med gode innspill i forhold til både fag, struktur og skriving av oppgave.

Og sist men ikke minst, takk til mann og barn som har støttet og vist interesse for det jeg har holdt på med gjennom to år.

Takk til dere alle og enhver.

Sandnes, juni 2016

Jannet Time

SAMMENDRAG

Oppgaven omhandler kvalitet i et kommunalt veiledningstilbud til barn og familier. Familieteam er en relativt ny tjeneste som tilbyr praktisk veiledning til familier der barn i alderen 0-18 år har en psykiatrisk diagnose og vansker med å fungere tilfredsstillende i hverdagen. Jeg ønsket å se nærmere på hvordan et kommunalt familieteam kan være til best mulig hjelp for familier med behov for teamets tjenester. Formålet med studien var å utvikle bedre kommunale tjenester til denne brukergruppen.

Det finnes mye faglitteratur med utgangspunkt i foreldreveiledning og psykisk helsearbeid for barn og unge. Men det har ikke latt seg gjøre å finne tidligere forskning på denne type familieteam.

Problemstillingen min er: Hvordan kan et kommunalt familieteam være til best mulig hjelp for familier som har behov for teamets tjenester?

For å få svar på problemstilling og forskningsspørsmål ble det benyttet kvalitativ metode. Det kvantitative materialet fra virksomhetens statistikk danner bakgrunnen for forskningen. Ved bruk av intervjuguide foretok jeg intervju av foresatte til åtte barn som hadde mottatt tjenester fra familieteamet. Det empiriske materialet ble transkribert og analysert i tabeller og kategorier. Videre ble ny innsikt drøftet ut fra teoretisk fundament og kommunens intensjon med tilbudet.

Forskningsdeltakerne har bidratt med egne opplevelser, erfaringer og tanker etter å ha mottatt tjenester fra familieteamet. Det har kommet frem interessante opplysninger omkring vansker i familier og deres ulike behov for hjelp. Forskningsdeltakerne ga uttrykk for at tjenester fra familieteamet hadde vært nyttig både for barn, familie og nettverk. I tillegg kom det fram konkrete forslag til tjenesteutvikling som kan være nyttig både for virksomheten og andre kommuner å se nærmere på.

INNHOLDSFORTEGNELSE

OPPGAVENS STRUKTUR	9
1 INNLEDNING	10
1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling	10
1.2 Formål, forskningsspørsmål og nytteverdi	11
1.3 Tittel.....	13
1.4 Egen nysgjerrighet og tidligere forskning	13
1.5 Målgruppe og ydmykhet.....	15
1.6 Avgrensninger, sentrale begreper og definisjoner	15
2 TEORI OM PSYKISK HELSEARBEID FOR BARN OG FAMILIER.....	18
2.1 Menneske- og verdisyn.....	18
2.2 Konstruksjonistisk perspektiv.....	18
2.3 Psykisk helsearbeid.....	19
2.3.1 Eklektisk tilnærming	19
2.3.2 Brukerperspektiv	20
2.3.3 Familieperspektiv	20
2.3.4 Systemteori.....	21
2.3.5 Utviklingsstøtte	22
2.3.6 Sosial nettverk	22
2.4 Klient- og resultatstyrt praksis.....	23
2.5 Lovverk for helsepersonell	24
3 FORSKNINGSTILNÆRMING	26
3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag	26
3.2 Oppgavens design og metode	27
3.2.1 Intervjuguide	28
3.2.2 Utvalg og rekruttering	28
3.2.3 Kvalitative avgrensninger.....	30
3.2.4 Kvantitative data som rammeverktøy.....	30
3.2.5 Gjennomføring av intervju	31
3.2.6 Transkribering	33
3.3 Analyse av materialet	34

3.4	Forforståelse	36
3.5	Forskningsetiske vurderinger	37
3.5.1	Konfidensialitet	39
3.5.2	Reliabilitet	39
3.5.3	Validitet.....	40
3.5.4	Generalisering	42
3.6	Inspirasjonskilder.....	42
4	PSYKISKE HELSETJENESTER TIL BARN OG FAMILIER.....	43
4.1	Nasjonale føringer	43
4.2	Familieteamet	44
4.3	Familieteamets saker	45
4.4	Registrert endring	49
5	ANALYSEPROSESSEN	51
5.1	Innledning.....	51
5.2	Analyse	51
5.2.1	Første analyse	52
5.2.2	Andre analyse	55
6	FORTOLKNING OG DRØFTING	58
6.1	Alder, kjønn og vansker.....	58
6.2	Bakgrunn, søkeprosess og tiltak	60
6.3	Kategori 1. Omfattende vansker og komorbiditet i familier.....	61
6.3.1	Omfattende vansker.....	61
6.3.2	Komorbiditet	62
6.3.3	Funksjonsnivå.....	64
6.3.4	Familie og søsken.....	65
6.3.5	Vanskelige følelser.....	66
6.4	Kategori 2. Opplæring og informasjon om rettigheter	68
6.4.1	En ny situasjon	68
6.4.2	Informasjon, opplæring og rettigheter.....	69
6.4.3	Autonomi og egen vilje	71
6.4.4	Helheten er det de foresatte som ser.....	73
6.5	Kategori 3. Forståelse og hjelp ut fra familiens behov	74

6.5.1	Forstå barnets utfordringer	74
6.5.2	Hverdagspråk som en forstår	76
6.5.3	Hjelp ut fra familiens behov	77
6.5.4	Samarbeid med barn og foresatte	79
6.5.5	Involvere begge foresatte	81
6.5.6	Sosialt nettverk	83
6.6	Kategori 4. Endring av barns og familiers livssituasjon	86
6.6.1	Utvikling og endringsarbeid	86
6.6.2	Veien videre	88
6.6.3	Å stå alene uten hjelp	89
6.7	Kategori 5. Nyttig og unyttig hjelp	90
6.7.1	Nyttig hjelp	90
6.7.2	Unyttig hjelp	93
6.7.3	Tilbakemeldinger	94
6.8	Kategori 6. Annet	97
6.8.1	Byråkratisk	97
6.8.2	Bli tatt på alvor	98
6.8.3	Økonomi	100
6.8.4	Forslag fra deltakerne	101
7	KONKLUSJON	106
7.1	Oppsummering	106
7.2	Ny innsikt sett i forhold til kommunens målsetting og virksomhetens statistikk ...	109
7.3	Kritisk perspektiv	110
7.4	Konklusjon i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål	113
7.5	Anbefalinger for fremtidig praksis	117
	AVSLUTTENDE KOMMENTAR	119
	LITTERATURLISTE	120
	VEDLEGG	126

Oversikt over tabeller

Tabell 1. Oversikt over saker i familieteamet de siste fire årene.	46
Tabell 2. Kjønnfordeling på avsluttede saker, i antall og prosent per år.	46
Tabell 3. Aldersfordeling av barn i familieteamet da saken ble avsluttet.	47
Tabell 4. Antall vedtak pr sak de ulike årene.	47
Tabell 5. Antall saker registrert som trukket, og saker som har kommet tilbake senere.	48
Tabell 6. Antall saker i forhold til å bruke KOR, og endring ifølge KOR.	49
Tabell 7. Ingen bedring	50
Tabell 8. Alder, kjønn og vansker.	52
Tabell 9. Søkeprosessen og tiltak.	53
Tabell 10. Oversikt over hovedkategorier og underkategorier.	56

Oversikt over vedlegg

Vedlegg 1 - Tilbakemelding fra NSD med kommentar	126
Vedlegg 2 - Søknad om tilgang til data fra virksomheten med svar.	128
Vedlegg 3 - Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt.	130
Vedlegg 4 - Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt	132
Vedlegg 5 - Intervjuguide	133
Vedlegg 6 - Analyse	134
Vedlegg 7 - Skala for endringsvurdering, samtalevurdering og skåringsgraf	139
Vedlegg 8 - Vedtak om tjenester fra familieteamet	142

OPPGAVENS STRUKTUR

Masteroppgaven består av til sammen syv kapittel. Innledningsvis blir det presentert bakgrunn for valg av tema og oppgavens problemstilling. Deretter formål, forskningsspørsmål og nytteverdi. Jeg ser nærmere på tittel, egen nysgjerrighet, tidligere forskning og målgruppe. Avgrensninger og sentrale begreper behandles på slutten. Neste kapittel omhandler menneske- og verdisyn, ulike perspektiver og teorier om psykisk helsearbeid for barn og familier. Jeg presenterer Klient- og resultatstyrt praksis og lovverk for helsepersonell. I oppgavens tredje kapittel presenteres forskningstilnærming. Jeg ser nærmere på vitenskapsteoretisk grunnlag, oppgavens design og metode. Deretter beskrives intervjuguide, utvalg, rekruttering, kvalitative avgrensninger og kvantitative data fra virksomheten. Gjennomføring av intervju og transkribering blir deretter presentert, sammen med analyse, forforståelse, forskningsetiske vurderinger og inspirasjonskilder. I kapittel fire presenteres nasjonale føringer, beskrivelse av familieteamet, familieteamets saker og registrert endring. Deretter presenteres analyseprosessen med tabeller og kategorier i kapittel fem. I det sjette kapittelet presenteres forskers fortolkning og drøfting av materialet. Fremstillingen er organisert rundt innsikt fra tabeller og kategorier, med ett underkapittel for hver kategori. Ved å skille klart mellom analyse og drøfting, er det mulig for leser å tolke og trekke egne slutninger. I kapittel syv oppsummeres ny innsikt. Det blir sett i forhold til kommunens målsetting og virksomhetens statistikk. Jeg inntar et kritisk perspektiv, konkluderer i forhold til problemstilling, og besvarer forskningsspørsmålene. Avslutningsvis kommer jeg med anbefalinger for fremtiden. I oppgaven, spesielt i kapittel fem og seks, blir det benyttet direkte sitater i form av uttalelser og tekst som andre har formulert. All transkribert tekst fra intervju med forskningsdeltakerne blir gjengitt i kursiv med anførselstegn. Direkte sitatet fra teori og lovverk blir her gjengitt slik det står i kilden med anførselstegn. På den måten kommer direkte sitat tydelig frem, og det blir et skille på hva deltakerne har sagt og hva som er hentet fra annen litteratur (Dalland, 2007, s. 282).

1 INNLEDNING

I dette kapittelet vil jeg presentere bakgrunn for valg av tema og problemstilling, deretter formål, forskningsspørsmål og nytteverdi. Jeg vil se på oppgavens tittel, egen nysgjerrighet og tidligere forskning. Deretter presenteres målgruppe for studiet og egen ydmykhet i arbeidet. Til slutt vil jeg se på avgrensinger som er gjort, sentrale begreper og definisjoner i oppgaven.

1.1 Bakgrunn for valg av tema og problemstilling

I undersøkelsen ønsker jeg å se nærmere på kvaliteten i et kommunalt veiledningstilbud til familier der barnet har psykisk lidelse og omfattende vansker. Flere kommuner har de siste årene opprettet egne tverrfaglige team som yter hjelp til barn, unge og deres familier, og de har valgt ulike organiseringer. Noen har valgt å legge tjenesten under barne- og familieenheten, andre under helsestasjonstjenester eller skole- og ressurscenter. Tjenesten blir i litteraturen beskrevet som familieteam (Sommerschild, Garløv, Grøholt & Weidle 2015, s. 382), ambulant team (Helsedirektoratet, 2007, s. 58), familietiltak, familieveiledningsteam og ambulant team.

Jeg har valgt å kalle tjenesten som forskes på for familieteam slik som i «Lærebok om barnepsykiatri» (Sommerschild et al., 2015, s. 382). I det videre arbeidet blir begrepet «det kommunale familieteam» forkortet til familieteam i den løpende teksten. De som yter tjenesten kalles veiledere og den aktuelle kommunen anonymiseres og kalles her kommunen. Ansatte i virksomheten har informert om deres arbeid og erfaringer, og i disse samtalene begynte oppgaven å ta form. Jeg har ønsket å snakke med brukere som har mottatt tjenester fra familieteamet og høre deres erfaringer, tanker og meninger omkring den tjenesten de har mottatt. Det ble foretatt flere endringer underveis i planleggingen etter ulike innspill. Ord og formuleringer er endret på for å romme det som er mest interessant og dekkende i forhold til formål med studien

Problemstillingen min er som følger:

Hvordan kan et kommunalt familieteam være til best mulig hjelp for familier som har behov for teamets tjenester?

Problemstillingen består av ord og begreper som har blitt drøftet og vurdert hver for seg. Jeg velger å gjengi oversikten for å vise hva jeg har tenkt og hva som er nerven i oppgaven:

Hvordan - Er et åpent spørreord og det oppfordrer til beskrivelser. Det kan få en til å undres og undersøke nærmere, noe som passer til en kvalitativ undersøkelse.

Kan - Gir rom for håp og åpner opp for muligheter.

Et kommunalt familieteam – Undersøkelsen tar utgangspunkt i et konkret kommunalt familieteam. Det er et etablert lag av fagfolk som veileder familier og har noen felles mål.

Være - Det er i begynnelsen og er åpent. Veilederne fra familieteamet er fysisk til stede for familien, og er fleksible. De kan være til hjelp for familien der det er ønskelig og nødvendig.

Til - Familieteamet er etablert spesielt for en brukergruppen. Andre familier har ikke tilgang til denne tjenesten.

Best mulig - Behovet kan være helt forskjellig fra familie til familie. Hva som er rett tjeneste kan også være ulikt. Hva er mulig og hva er den beste hjelpen for den enkelte familien?

Hjelp - Familien ønsker hjelp. Det er vurdert at de trenger bistand fra kommunen, og har rett til denne tjenester etter loven. Hva er det de trenger hjelp til?

For familier - Tjenesten ble etablert for en spesifikk gruppe med familier. Det er en hjelp for barnet og deres familier, ikke primært en individuell tjeneste.

Som har behov for - Familien har store utfordringer i hverdagen, de har selv søkt om hjelp fordi de trenger hjelp til å få det bedre. Kommunen har vurderer at familien har rett på denne tjenesten ut fra deres vansker og behov. De kan trenge opplæring og konkret veiledning for å klare finne frem til gode løsninger.

Teamets tjenester - Familieteamet har ulike tiltak og metoder som kan benyttes. Det varierer hvilke arena en jobber på, hvem en samarbeider med og hva som blir gjort i den enkelte saken.

1.2 Formål, forskningsspørsmål og nytteverdi

Formålet med denne studien er å undersøke hva foresatte har opplevd som nyttig og mindre nyttig med tjenester fra familieteamet, med utgangspunkt i en bestemt kommune. Oppgaven blir en forskning med ønske om vekst i form av ny innsikt og nye spørsmål. Målet er å beskrive, videreutvikle og forbedre praksisfeltet, og utvikle bedre kommunale tjenester for brukerne (Støkken, Natland & Johannessen, 2011, s. 69). Det er ønskelig med et mer analytisk perspektiv på praksis (Halvorsen, Johnsen & Repstad, 2009, s. 97). Jeg ønsker å avdekke taus

kunnskap som innebærer: «... at kunnskap som er basert på enkeltpersoners intuisjon og ikke-verbaliserte erfaring, gjøres eksplisitt (eksternaliseres) og dermed tilgjengelig for flere» (Halvorsen et al., 2009, s. 118).

Bistand fra familieteamet er til god hjelp for flere familier ifølge statistikken, men det er noen familier som ikke opplever ønsket endring, se Tabell 6, s. 49. Dette ønsker jeg å undersøke nærmere.

Forskningsspørsmål

1. Hvor mange familier får positiv endring, eller ingen/negativ endring, gjennom tjenester fra familieteamet?
2. Er det noen fellesnevner/mønster i de sakene en får til positiv endring?
3. Er det mulig for familieteamet å oppnå positiv endring hos flere familier?
4. Er det mulig på et tidligere tidspunkt å identifisere de familier der en ikke vil få en positiv endring?
5. Kan en avslutte de sakene der en ikke får til positiv endring tidligere, og spare familier for ytterligere slitasje og nederlagsfølelse, med respekt for ansatte og offentlige ressurser?

Nytteverdi

Som Halvorsen et al. (2009, s. 15-17) skriver skal samfunnsforskere forske på det samfunnet vi er en del av, og produsere kunnskap og innsikt som har relevans ut over det lokale miljø. Det kan være nyttig med forskning på familieteamet for fagfolk og ledere i kommunen, men også for andre kommuner. Med stadig mer fokus på økonomi og effektivitet i kommunale virksomheter, ønsker jeg å se nærmere på virksomhetens mål og resultater i forhold til ny innsikt i undersøkelsen.

Denne forskningen kan gi kunnskap og ny innsikt som kan ha nytteverdi i forhold til psykisk helsearbeid i kommunen og videreutvikling av tiltak og tjenester. Det tar tid å utdanne og lære opp nye fagfolk og utvikle nye kommunale tiltak. Denne undersøkelsen kan gi nyttige innspill i en slik planlegging.

1.3 Tittel

En deltaker i undersøkelsen kom med følgende uttalelse:

«Barn er jo en velsignelse i utgangspunktet, men det er så mye mer enn det.»

Dette sitatet gjorde inntrykk på meg, og har fulgt meg siden. Jeg har gått flere runder på hvorfor det gjorde slik inntrykk på meg, og har i ettertid fått samtykke fra vedkommende til å benytte sitatet som tittel på oppgaven.

For å finne ut mer omkring begrepet velsignelse slo jeg opp i bibelleksikon der det står:

«Ordet «velsignelse» betegner i Skriften en sentral livsrealitet som gir uttrykk for Skaperens nåde og godhet i forhold til sin skapning. Velsignelsens virkelighet rommer det Gud gir og gjør i sin kjærlighet og allmakt. Velsignelse blir derfor et omfattende begrep, som både åndelig og materielt sett inneholder det lykkelige resultat av Guds aktive velvilje mot mennesker ... Velsignelse blir det positive motstykke til Guds forbannelse» (Gilbrant, 2015, s. 1791).

Denne oppgaven handler om barn og familier, det å ha et barn med vansker som trenger noe mer av sine omsorgspersoner, og hvordan familien opplever situasjonen. Nilssen (2012, s. 173) skriver at tittelen skal gjenspeile det teksten handler om, fortelle leseren hva vedkommende skal få vite noe om og vekke nysgjerrigheten. Det synes jeg denne tittelen gjør.

For å presisere hvilke type undersøkelsen dette er og hva den omhandler, har jeg lagt til følgende undertittel:

En kvalitativ studie om kvalitet i et kommunalt veiledningstilbud til familier, der barnet har en psykiatrisk diagnose og omfattende vansker.

1.4 Egen nysgjerrighet og tidligere forskning

Undersøkelsen er drevet av egen interesse og et ønske om å forstå mer som forsker og fagperson (Halvorsen et al., 2009, s. 16). Motivasjonen har oppstått som følge av egen utdanning og arbeid med barn innen psykisk helsevern, barnevern, bolig for mennesker med utviklingshemming, skolefritidsordning og kommunal forvaltning. Det har vært økt satsing på flere områder i løpet av de siste årene, ikke minst innen psykisk helsevern. Psykiatrien i kommunen er ung og i stadig vekst (Robberstad, 2002).

Erfaring, utdanning og praksis ligger til grunn for den jeg er og min interesse på dette området. Det er ikke mulig å gå inn i dette arbeidet uten forestillinger og tanker. Som forsker har jeg med meg verdier, egen subjektivitet og forforståelse inn i studien, som kan være vanskelig å sette ord på, noe jeg vil se nærmere på i del 3.4, s. 36 om forforståelse.

Jeg har lagt stor vekt på uavhengighet i min forskning. Verken sponsorer, ledelse eller brukere har påvirket denne forskningen. Virksomheten har vist interesse for prosjektet, støtter det og lagt til rette for at det skulle bli mulig å gjennomføre det. Det har blitt foretatt nyttige avklaringer med virksomheten underveis og det har ikke oppstått noen konflikter (Halvorsen et al., 2009, s. 299).

Studiet bygger på faglitteratur og forskning innen foreldreveiledning, psykisk helsearbeid for barn og unge og barnepsykiatri. Etter å ha søkt på tidligere forskning har jeg funnet mye interessant:

- Autismeenheten 2008 har laget «Kartlegging av familierettede lærings- og mestringstiltak for familier som har barn med diagnose innen autismespekteret» (Ingvaldsen, 2008).
- Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) har blitt forsket på i blant annet masteroppgave innen familiebehandling (Lewis, 2012) og hovedoppgave i profesjonsstudiet i psykologi (Kværnhaug, 2013).
- Regionalt senter for barn og unges psykiske helse har skrevet «Å spørre den det gjelder. Erfaringer med bruk av Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid» (Tuseth, Sverdrup, Hjort & Friestad, 2006).
- I tillegg har jeg jeg sett på masteroppgavene «rePULSE for å øke den sosiale kompetansen hos barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme – en kvalitativ studie» (Hompland, 2014), og «Nå forstår de meg. Hvordan ungdom og unge voksne som står i fare for å utvikle psykose, opplever egen skole og sosial fungering, etter å ha deltatt i psykoedukativ familiebehandling. En kvalitativ studie» (Sviland, 2014).

Jeg har ikke klart å finne tidligere forskning på kommunale familieteam. Det kan se ut til å være mangler eller kunnskapshull på dette området, noe jeg ønsker å se nærmere på.

1.5 Målgruppe og ydmykhet

Målgruppen i undersøkelsen er foresatte til barn som har mottatt tjenester fra et familieteamet. Forsker er ydmyk i forhold til forskningsdeltakerne, og deres utfordringer i hverdagen, og ønsker ikke å påføre dem ekstra belastning.

Forsker er et viktig instrument i kvalitativ forskning, noe jeg er oppmerksom på. I tillegg er jeg oppmerksom på kommunikasjon, toleranse og sensitivitet for det som er blitt sagt og gjort under intervjuene. Som forsker er jeg bevisst på at jeg kan gjøre feil eller ha personlig forutinntatthet som kan virke forstyrrende, og jeg er oppmerksom på at min forforståelse og tilstedeværelse påvirker selve intervjusituasjonen, selv om deltakerne ikke har et forhold til meg fra før (Nilssen, 2012, s. 29-31). Jeg er oppmerksom på at jeg ber deltakerne om å gi noe av seg selv, og møter dem med en ydmyk holdning.

Jeg samler inn mye materiale og er bevisst på at det ikke lar seg gjøre å få med alt i denne oppgaven. Det foretas valg og avgrensninger som deltakerne kan komme til å undre seg over, og jeg er klar over at jeg vil finne noen svar, men ikke nødvendigvis hele sannheten. Språket i oppgaven er formelt og tilpasset fagkulturen. Jeg håper det er leselig og forståelig for både deltakerne i undersøkelsen, ansatte i virksomheten og andre interesserte.

1.6 Avgrensninger, sentrale begreper og definisjoner

Med hensyn til oppgavens størrelse, tid og ressurser har det blitt foretatt flere avgrensninger underveis. Dette har satt preg på oppgaven og det som har kommet frem av innsikt. Jeg er klar over at andre forskere kunne foretatt andre valg og tolket materialet på en annen måte.

I ettertid ser jeg at det kunne vært interessant å intervjuet barn og søsken og hørt deres meninger og erfaringer. Jeg kunne sett nærmere på teorier, modeller og arbeidsmåter som blir brukt i det kliniske arbeidet i familieteamet, og innholdet i arbeidsdagen. En kunne forsket på resultater og erfaringer fra flere kommuner, og sammenlignet kommuner med ulik tilknytning og organisering. Videre kunne en sett på psykiske lidelser hos barn, genetik og komorbiditet i familier. Her er det rom for flere undersøkelser og mer interessant forskning.

Likheter, ulikheter og økonomi i forhold til familier og kommunale- og private tjenester har blitt nevnt av deltakerne. Jeg har valgt ikke å gå nærmere inn på disse temaene, selv om sosiale ulikheter får flere negative konsekvenser for levealder, psykisk helse, lovlidighet og sosial mobilitet (Wilkinson & Pickett, 2011).

Sentrale begreper og definisjoner:

Familieteam. Kommunen har opprettet et eget team med ulike fagfolk som yter hjelp til familier der barnet har psykiatrisk diagnose og omfattende vansker. I denne oppgaven har jeg valgt å bruke begrepet familieteam, som beskrevet i del 1.1, s.10.

Bruker. Det er en person som bruker kommunens tjenester. Jeg velger her å definere foresatte som brukere, siden det er de som søker og får innvilget tjenester fra kommunen på vegne av barnet. Samtidig er jeg bevisst på at familieteamet kan veilede og hjelpe både det aktuelle barnet, søsken og nettverk, i tillegg til foresatte.

Foresatte. Med begrepet foresatte menes her de omsorgspersonene som er rundt barnet i hverdagen. Det kan være biologiske foreldre, adoptivforeldre, steforeldre og foreldres samboere. Foresatte blir sett på som likeverdige ressurspersoner, og ikke som klienter eller pasienter som må ha hjelp for å klare seg i hverdagen.

Barn. Hjelp fra familieteam er tildelt barn i alderen 0-18 år og deres familie. Jeg bruker bevisst betegnelsen barn i undersøkelsen, og har ikke skilt mellom barn og ungdom.

Forskningsdeltaker. I undersøkelsen benyttes begrepet forskningsdeltaker eller bare deltaker i stedet for informant, for å redusere avstanden og understreke forholdet mellom forsker og deltaker. En jobber sammen, og «... kunnskap blir konstruert i møtet mellom forskeren og forskningsdeltakerne (Nilssen, 2012, s. 25-27).

Psykiske vansker. Det refererer til symptombelastning, som i ulik grad vil påvirke daglig fungering i forhold til mestring, trivsel og relasjon til andre mennesker. Folkehelseinstituttet viser til at mellom 15 og 20 prosent av barn og unge har psykiske vansker som påvirker funksjonsnivå (Helsedirektoratet, 2007, s. 17; Sommerschild et al., 2015, s. 371).

Psykisk lidelse. Refererer her til psykiske vansker av en slik type eller grad at det kvalifiserer til diagnose (Helsedirektoratet, 2007). Folkehelsemeldingen anslår at 8 prosent av barn og unge har så alvorlige problemer at de tilfredsstillter kriteriene for en psykisk lidelse. Sommerschild et al. skriver at «Noen kan streve i perioder for så å komme ut av det, mens andre bærer sine vansker med seg i årevis gjennom barndom og ungdom» (Helsedirektoratet, 2007, s. 17; Sommerschild et al., 2015, s. 371).

Psykiatrisk diagnose. Det er en samlebetegnelse for symptomer og tegn som ofte oppstår samtidig. Dersom symptomene sammenfaller med kriteriene i diagnosemanualene kan det

stilles en diagnose. Det foreligger to internasjonale diagnosesystemer som blir benyttet i Norge i dag, ICD-10 (International Classification of Diseases) som ble innført av Verdens Helseorganisasjon og DSM-5 (Diagnostic and Statistical Manual for Mental Disorders) som er den amerikanske diagnosemanualen (Sommerschild et al., 2015, s. 47).

Komorbiditet. Det handler om at samme person har to eller flere sykdommer, lidelser eller syndromer (symptomknipper) samtidig, somatiske eller psykiatriske, og det er ofte tilfeldig sammentreff (Dahl & Grov, 2014, s. 27; Sommerschild et al., 2015).

Vedtak. Viser her til forvaltningsloven (2015) § 2 a og b: «en avgjørelse som treffes under utøving av offentlig myndighet og som generelt eller konkret er bestemmende for rettigheter eller plikter til private personer (enkeltpersoner eller andre private rettssubjekter)» «Enkeltvedtak, et vedtak som gjelder rettigheter eller plikter til en eller flere bestemte personer». Tjenester som forventes å ha varighet på inntil 14 dager kan tildeles og gjennomføres uten vedtak. Er det behov for tjenester utover 14 dager, må kommunen fatte vedtak om dette (Dahlen, 2014, s. 12).

2 TEORI OM PSYKISK HELSEARBEID FOR BARN OG FAMILIER

I dette kapittelet presenteres studiets teoretiske tilnærming. Jeg vil se nærmere på grunnleggende menneske- og verdisyn, ulike teorier og perspektiv innen psykisk helsearbeid og til slutt Klient- og resultatstyrt praksis og lovverk for helsepersonell.

2.1 Menneske- og verdisyn

Det humanistiske menneskesyn står sentralt i den vestlige verden og i psykisk helsearbeid. Det setter menneskets utvikling og rettigheter i fokus. Vårt menneskesyn ligger til grunn for våre handlinger. Humanismens grunnleggende tanker kan oppsummeres som:

- hvert menneske har fri vilje (autonomi)
 - hvert menneske er unikt og verdifullt i seg selv (individualitet og menneskeverd)
 - alle mennesker er like mye verd og har de samme rettighetene (likeverd)
 - alle mennesker har mulighet for å endre og utvikle seg (realisere innebygget potensiale)
- (Herheim & Langholm, 2006, s. 65).

Menneskerettighetene, vedtatt i FN i 1948, slår fast at alle mennesker er født frie, med samme menneskeverd og menneskerettigheter. Mennesket har en iboende verdighet, og rett til liv og frihet. Barn har rett til å si sin mening, bli hørt og respektert i forhold som berører barnet. Etter konvensjonen har alle barn rett til et godt helsetilbud, også for psykisk helse. De grunnleggende prinsippene i FNs konvensjon om barnets rettigheter er tatt inn i norsk lov, i barneloven § 31 (Helsedirektoratet, 2007, s. 26). «Til barnets beste» skal være et grunnleggende hensyn ved alle handlinger som foretas av myndigheter (Regjeringen, 2016). Den norske velferdsstaten bygger videre på verdiene rettferdighet, likeverd og likestilling. Verdier er kulturavhengige, viser igjen i lovverket og er med på å lede valg og prioriteringer vi tar.

2.2 Konstruksjonistisk perspektiv

I et konstruksjonistisk perspektiv består all forståelse av konstruksjoner, det er ikke en objektiv sannhet. Både familier, fagfolk og kulturer har spesifikke konstruksjoner, og ser verden ut fra sine egne konstruksjoner. Når familier ber familieteamet om hjelp inngår hjelper og familie i et samarbeid, en ko-konstruksjon av forståelse og mening (Sommerschild et al.,

2015, s. 35). Gjennom samarbeid kan familier få nye perspektiver, se seg selv i et annet lys, og utvikle seg videre. Familier får hjelp til å bygge nye konstruksjoner selv, og de kan velge hvilken vei det går, hvilken handlingsstrategi som passer. Nye muligheter for utvikling og mestring kan åpne seg (ibid., s. 350).

2.3 Psykisk helsearbeid

Familieteamet tilbyr psykisk helsehjelp til familier som har barn med omfattende vansker. Inkluderingskriterium er psykiatrisk diagnose hos barnet. Det er fokus på helse og forebyggende arbeid, for å få en bedring av situasjonen og unngå forverring av tilstanden. I alt forebyggende helsearbeid er det et mål å forhindre utvikling av sykdom, og begrense skadevirkningene av eksisterende sykdom (Herheim & Langholm, 2006, s. 265). En snakker om tre stadier i sykdoms- eller problemforløpet: «primærforebygging (før sykdommen oppstår), sekundærforebygging (når sykdommen har oppstått) og tertiærforebygging (etter at problemet er behandlet)» (Robberstad, 2002, s. 92; Sommerschild et al., 2015, s. 372). Universelle forebyggende tiltak er rettet mot hele befolkningen. Selektive tiltak er rettet mot risikogrupper og indikative tiltak er rettet mot identifiserte individer med risiko for sykdom (Sommerschild et al., 2015, s. 372). I familieteamet er det enkeltpersoner med vansker og diagnoser som får tiltak for å få det bedre, og forhindre utvikling av nye vansker og sykdommer.

Å forstå og hjelpe barn med psykiske vansker og lidelser, og deres familier, krever kompetanse innen psykisk helsearbeid, utviklingsforstyrrelse og psykisk sårbare barn og unge (Elvén, Veje & Beier, 2012; Martinsen, Næland, Steindal & Tetzchner, 2006), komorbiditet (Dahl & Grov, 2014) og familieveiledning (Juul, 1996).

Helsedirektoratet (2007, s. 58) skriver at ambulante team, slik som familieteam, må ha tverrfaglig kompetanse, og bør være sammensatt av utøvere fra kommunene og det psykiske helsevern, eller i kommunal regi med råd og veiledning fra spesialisthelsetjenesten.

2.3.1 Eklektisk tilnærming

Innenfor psykisk helsearbeid og i familieteamet jobbes det eklektisk med teorier og metoder hentet fra både det helsefaglige, sosialfaglige og pedagogiske området. Herheim og Langholm (2006, s. 72) forklarer eklektisk med: «... å bruke teorier, begreper, synsmåter og metoder fra

flere teoretiske forståelsesmodeller med det formål å få bredest mulig forståelse for psykisk sykdom og behandling av denne». Man kan ikke si hvilken terapiform som hjelper best for hvem, og det er ikke bevis for at ulike metoder virker. Derimot har forskning vist at terapi hjelper bedre enn ingen terapi, og at egne erfaringer og tilbakemeldinger fra pasienter alltid vil være viktige rettesnorer (Sommerschild et al., 2015, s. 354-355).

2.3.2 Brukerperspektiv

Brukerperspektivet er en grunnstein for det psykiske helsearbeidet for barn og deres familier. Som beskrevet under sentrale begreper side 16 kan bruker i familieteamet i tillegg til foresatte være både barn og søsken. Gjennom god informasjon, medvirkning og selvbestemmelse gis brukerne innflytelse på egen situasjon og kan bidra med erfaring, kunnskap og ønsker. Det er ingen som har bestemt hva en skal jobbe med eller hvordan. Hjelpen tilpasses behovet der og da.

Brukermedvirkning er en lovfestet rettighet, og betyr at brukeren skal bli hørt, sett og tatt på alvor (Sommerschild et al., 2015, s. 335). Videre bør nivå, profesjon og system tilpasse seg brukerens behov og ikke omvendt (Helsedirektoratet, 2007, s. 26). Ved å jobbe individuelt får en kjennskap til det enkelte mennesket, dets personlighet, væremåte, tanker, følelser og livssituasjon (Bøe & Thomassen, 2000, s. 219). Det er overordnet å få god kjennskap til og forståelse for det enkelte mennesket. Som Bøe og Thomassen (2000, s. 87-88) skriver vil forståelse av bruker og den psykiske lidelsen innebære: «... at en inkluderer elementer hos mennesket som *motiver, vilje, ønsker, hensikter osv.*». En forsøker å forstå atferden og innlemme meningsaspektet. En ser på bruker som et subjekt, det er rom for frihet og en søker «... mening ut fra det pasient *faktisk* sier og *hans* kontekst».

2.3.3 Familieperspektiv

Samtidig er familieteamet opptatt av familieperspektiv, og tenke helhetlig når en jobber med barn og foresatte. Barn er avhengig av sin familie, og familien står sentralt i alt arbeid med barn (Sommerschild et al., 2015, s. 33 og 335). Tjenestetilbudet til barn og unge med vansker må være samordnet og helhetlig, og de ulike aktørene bør inngå i et samarbeid (Helsedirektoratet, 2007, s. 31).

Familiearbeidet bør være prosessorientert, målrettet, informativt og tidsavgrenset. Innholdet i samtalene styres av foreldrenes behov for hjelp og muligheter for å tilrettelegge for gode løsninger. Arbeidet er sammensatt og må tilpasses den enkelte familie og det enkelte barn. Søkelys settes på situasjoner der samspelet i familien er vanskelig. Terapeuten arbeider sammen med foreldrene for å finne frem til gode avtaler med barna hvor alle parter er hørt og foreldrene får tydelige roller (Sommerschild et al., 2015, s. 336).

Duncan og Sparks (2008, s. 189) skriver at familiebasert arbeid legger vekt på:

- Hjelperens holdninger og forståelse.
- Å bygge relasjoner.
- Klientens sterke sider og ressurser.
- Å arbeide i klientens «naturlige» miljø.
- Å være mer opptatt av klientens konkrete behov og ønsker enn «ekspertens» mål.
- Fleksibilitet når det gjelder tid, sted og form for «hjelp».
- Den kraften som ligger i relasjonen mellom terapeuten og klienten

Dette er i tråd med familieteamets måte å tenke og jobbe på. Endringsarbeid må ifølge Ivarsson (2010, s. 9) skje: «... i pasientens tempo og på pasientens egne vilkår». Man utforsker endring og gir oppmerksomhet til det brukeren mener fører til positiv utvikling. Forsøk på endring kan mislykkes og tilbakefall kan være en naturlig del av en endringsprosess.

Det er et mål at psykisk helsearbeid i kommunen skal bidra til å fremme selvstendighet, tilhørighet og styrke brukers evne til å mestre eget liv (Helsedirektoratet, 2011, s. 35). Informasjon og kunnskap om mestringsfaktorer, og hjelp til å mestre egen situasjon er viktig.

2.3.4 Systemteori

Systemteori preger mye av den familierapeutiske tenkningen i familieteamet. Man betrakter familien som et system, der alle delene påvirker hverandre. Et familiesystem er i stadig endring og blir utfordret både innenfra og utenfra (Fyrand, 2005, s. 77). En plage eller forandring hos et familiemedlem vil påvirke de andre i familien. Det gjør familien til et naturlig utgangspunkt for familieteamet når man vil forsøke å endre atferd eller vaner hos barn. Når et barn eller en familie ønsker endring på grunn av et symptom eller en atferd, «... vil en endring et eller annet sted i systemet nødvendigvis føre til sekundær endring, og symptomene kan påvirkes indirekte» (Sommerschild et al., 2015, s. 33-35). Hvem som har

forårsaket symptomet er derfor ikke relevant. Det er en sirkulær forståelse. En ser etter mønster i systemet, og på innspill som kan medføre ønsket endring i mønstrene. Videre er en opptatt av løsnings- og mestringsmuligheter, og leter etter forhold som kan skape endring der familien ønsker endring (ibid., s. 347).

2.3.5 Utviklingsstøtte

I alt arbeid med barn står utviklingspsykologi og Vygotskys teori om utviklingsstøtte sentralt (Hafstad & Øvreeide, 2011; Helgesen, 2011; Tetzchner, 2001). Barnet har behov for både trygghet, omsorg og anerkjennelse fra sine nærmeste, i tillegg til regulering og veiledning. Ansvar for å se barnet og gi det god utviklingsstøtte ligger hos de voksne som er rundt barnet i hverdagen. Får barnet nødvendig støtte og forståelse fra foresatte på den ene siden, og dytting og motivering på den andre siden, går både utvikling og læring raskere og enklere enn hvis de må klare seg selv (Helgesen, 2011, s. 167 og 384; Ulvund, 2009). Dette er noe familieteamet er opptatt av i veiledningen og hjelpen som gis.

2.3.6 Sosial nettverk

Sosialt nettverk står sentralt i familieteamet, og er ifølge Fyrand (2005, s. 19) «... et faguttrykk for kontakt og samhandling mellom mennesker». Vi skapes, blir født og utvikles i relasjon til andre mennesker, og avgjørende premisser for helse, livskvalitet og fremtidig liv ligger i relasjonen. For små barn utgjør foresatte, søsken og besteforeldre nettverket. Etter hvert blir det utvidet til venner, naboer og andre. Det sosiale nettverket er i stadig endring, er viktig for barn og familie og spiller en avgjørende rolle for utvikling og fleksibilitet. Den sosiale støtten fra nettverket kan spille en avgjørende rolle i forhold til barn med ulike vansker. Nettverksarbeid kan være en viktig tilnærming i arbeid med barn og familier, noe familieteamet er bevisst på. Veilederne kan snakke med viktige personer i nettverket og delta i nettverksmøter rundt barnet.

2.4 Klient- og resultatstyrt praksis

Familieteamet bruker Klient- og resultatstyrt praksis (heretter KOR) som samtale- og evalueringverktøy. Formålet er å gi brukerne en sentral plass som aktive deltakere i utforming og vurdering av egen behandling. Tilnærmingen har blitt tatt i bruk av flere terapeuter, fagteam og behandlingssteder i Norge, i sin kliniske praksis (Tuseth et al., 2006).

KOR, eller «Client Directed Outcome Informed Therapy» (CDOI), kommer fra USA og er utviklet av Barry Duncan og Scott Miller i samarbeid med andre forskere. Tilnærmingen er basert på to visuelle analoge skalaer, som vist i Vedlegg 7. Skalaene skal gi terapeuten fortløpende tilbakemelding på klientens vurdering av den terapeutiske relasjonen og av oppnådd endring i behandling:

- CORS (Child Outcome Rating Scale) er skala for endringsvurdering, et måleverktøy som brukes til å måle resultat i alle former for hjelp
- CSRS (Child Session Rating Scale) er skala for samtalevurdering, et måleverktøy for selve hjelpeprosessen (Ulvestad et al., 2007, s. 114-144; Valla, 2014, s. 50-54).

Den første skalaen, endringsskalaen, fylles ut av klienten i begynnelsen av timen for å vurdere endringer. Den andre skalaen, allianseskalaene, fylles ut i slutten av timen, for å vurdere om timen har fungert hensiktsmessig i forhold til målsettingen for behandlingen. Klientens vurderinger integreres i samtalen mellom bruker og veileder.

Michael Lambert ved Brigham Young University har foretatt en omfattende analyse av resultatforskning gjennom flere tiår (Duncan, 2012). Han har identifisert fire felles faktorer som de viktigste elementene som fører til bedring, og deres anslåtte prosentvise andel av forskjellen i behandlingseffekt. Han kom frem til at 15 prosent kan tilskrives metode og teknikk, 15 prosent placebo, håp og forventninger, 30 prosent relasjonsfaktorer (klientens opplevelser av å bli forstått, respektert og bekreftet) og 40 prosent klientfaktorer eller utenomterapeutiske faktorer (klientens egne ressurser, familie og nettverk, tilfeldige hendelser). Inspirert av Lamberts analyser og forslag ble det fremsatt et «klientorientert» perspektiv. En kom frem til at utfallet av behandling er avhengig av de ulike faktorene, og av interaksjonen mellom klienten, terapeuten, alliansen, metoden/teknikken som brukes og tilbakemeldingene (Duncan, 2012, s. 32-34; Tuseth et al., 2006).

KOR er systematisk brukerstyring på individnivå, og brukers stemme blir fremhevet som kilde til kunnskap og løsninger (Duncan & Sparks 2008, s. 19-20). Veilederen innhenter

reliable og valide tilbakemeldinger fra brukerne på relasjon til veileder og om det skjer fremgang. Brukers erfaringer og synspunkter skal påvirke tjenestene som gis.

Duncan og Sparks (2008, s. 115) beskriver endring som noe annerledes, en forandring. Det kan være fremgang og bedring, mangel på endring eller forverring. Forandring er uunngåelig, det kan skje fort, og det er mange ulike faktorer som kan skape ending hos folk. Veileder må ta utgangspunkt i familiens behov og få tak i deres endringsteori. «Klientens endringsteori er ganske enkelt klientens tanker om hva som må skje for at den situasjonen som har gjort at de kommet til behandling, skal bli løst» (ibid., s. 36). Det setter klienten i sentrum, sikrer at klienten er aktiv, at møtet blir positivt, strukturerer samtalen og styrer løsningsprosessen. I en behandler-bruker relasjon vil det alltid være et maktforhold. Ulvestad et al., (2007, s. 370) mener at KOR har med seg maktperspektivet, erkjenner det og bygger sine hjelpemidler for å skape likeverdige forhold. Klienten får en stemme og avgjørende plass i terapiens utvikling.

2.5 Lovverk for helsepersonell

Lovverket danner en ramme for hvordan helsepersonell skal utøve sitt yrke. I tillegg må helsepersonell sørge for at barn og foresatte får de tjenestene de har behov for og krav på, og at disse utøves i henhold til godt faglig og juridisk skjønn. Lovene inneholder mange regler av stor betydning for helsepersonell innen psykisk helsearbeid i kommunen.

Veilederne i familieteamet regnes som helsepersonell siden de jobber der hvor helsehjelp ytes og jobber ut fra helsepersonelloven (2015). Helsepersonell plikter å utøve sitt yrke i henhold til kravet om faglig forsvarlig og omsorgsfull hjelp, og kravet til faglig forsvarlighet får innhold etter hvilken yrkesgruppe det gjelder. Det skal være kvalitet på det arbeidet som utføres, og alle skal bidra til faglig forsvarlig helsetjenestetilbud. I forsvarlighetsvurderingen er det viktig å ivareta pasient- og brukerrettigheter (2015). Brukere har i utgangspunktet full rett til å bestemme over seg selv, sin helse og sitt liv, noe som betyr at en må ha samtykke fra brukeren. Dette forutsetter at brukeren har fått informasjon på en slik måte at vedkommende vet hva han eller hun samtykker til. I tillegg har brukeren krav til omsorg i form av å få dekket grunnleggende behov for mat, søvn og hygiene. Helsepersonell skal opptre og kommunisere med barn og foresatte og gi de tjenestene vedkommende har krav på eller kan ha nytte av (Dahlen, 2014, s. 3-6).

Helse- og omsorgstjenesteloven sitt formål er å:

«... forebygge, behandle og tilrettelegge for mestring av sykdom, skade, lidelse og nedsatt funksjonsevne, i tillegg til å fremme sosial trygghet, bedre levekårene for vanskeligstilte, bidra til likeverd og likestilling og forebygge sosiale problemer Formålet er videre å sikre tjenestetilbudets kvalitet og at det er likeverdig og tilgjengelig samt tilpasset den enkeltes behov for tjenesten. Tjenestetilbudet skal tilrettelegges med respekt for den enkeltes integritet og verdighet, og bidra til at ressursene utnyttes best mulig» (Dahlen, 2014, s. 12).

Kommunen har ansvar for at alle får nødvendige helse- og omsorgstjenester, uavhengig av årsaken til behovet for tjenesten. Regler for saksbehandling og klager på tjenester står i forvaltningsloven (2015).

Pasient- og brukerrettighetsloven tar for seg regler som retten til nødvendig helsehjelp, informasjon og medvirkning, samtykke og retten til fravær av tvang og makt. Loven gjelder i alle pasient- og brukerforhold uavhengig av hvor den ytes, inkludert kommunehelsetjenesten og psykiatrien.

3 FORSKNINGSTILNÆRMING

I dette kapittelet redegjøres det for vitenskapsteoretisk grunnlag, oppgavens design og metodevalg. Jeg presenterer intervjuguide, utvalg og rekruttering av forskningsdeltakere, og vurderinger som har blitt foretatt underveis i arbeidet. Deretter beskriver jeg kvalitative avgrensninger og de kvantitative data som ligger til grunn for oppgaven. Selve gjennomføringen av intervjuet presenterer jeg sammen med transkribering, analyseprosessen og egen forforståelse. Deretter ser jeg på forskningsetiske vurderinger, konfidensialitet, reliabilitet og validitet. Til slutt presenteres generalisering og inspirasjonskilder i arbeidet.

3.1 Vitenskapsteoretisk grunnlag

Vitenskapsteori handler om hvordan en forstår verden og hvilket kunnskapssyn en har. Kvalitativ forskning bygger på den ontologiske forutsetningen at det finnes mange virkeligheter. Virkeligheten er ifølge Nilssen (2012, s. 25) kompleks, i stadig forandring og konstruert av de som er involvert i en forskningssituasjon. Epistemologiske forutsetninger er at kunnskap blir konstruert i samspill mellom forskeren og forskningsdeltakerne, og relasjonen er av stor betydning. Andre forutsetninger er ifølge Nilssen verdiladede aspekt, subjektivitet og forforståelse, og språket som brukes. Det betyr at forskning kan gi oss noen svar, men ikke det fulle og hele svaret.

Det vitenskapsteoretiske utgangspunkt i denne oppgaven er hermeneutikken, som er humanistisk orientert.

Hermeneutikk betyr fortolkningslære. Fortolkning er et forsøk på å gjøre klart, eller gi mening til, det vi studerer Å fortolke på denne måten er altså å forsøke å finne frem til en underliggende mening, eller gi klarhet i noe som fremstår som uklart (Dalland, 2007, s. 55).

Materialet i hermeneutikken består av meningsfulle fenomener som handlinger, muntlige ytringer og tekster. En søker forståelse av det en forsker på, ikke årsaksforklaring. Begrepet forståelseshorisont og fordom er typisk i hermeneutikken (Thornquist, 2003, s. 140-145). Forståelseshorisont omfatter våre samlede oppfatninger, erfaringer og forventninger. Begrepet fordom kommer fra Gadamer som bruker begrepet nøytralt og viser til noe som går foran og forut. Det dreier som en forforståelse vi møter fenomener med. Poenget er at vi alltid har en forforståelse, og den er sentral i forhold til det feltet en går inn i, noe jeg vil se nærmere på i del 3.4, s. 36. Enhver tolkning er avhengig av hva leseren eller forskeren har med seg av kunnskap. Begrepet «Den hermeneutiske sirkel» eller – spiral viser til et viktig

fortolkningsmessig prinsipp som betyr at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene. Det er en dynamisk prosess som går fra del til helhet i forsøk på å forstå begge deler best mulig (ibid., s. 142). Det legges vekt på tolkerens forhåndskunnskap om en teksts tema, som aldri tar slutt men stadig utvikles.

3.2 Oppgavens design og metode

Dette er en monografisk og empirisk oppgave. Undersøkelsen bygger på erfaringer fra tidligere brukere i familieteamet. Av hensyn til problemstillingens karakter, har jeg valgt en kvalitativ undersøkelse. Metode og design med prosedyrer og teknikker ble planlagt i forhold til formål med undersøkelsen. Gjennom skriving og læring har designet blitt utsatt for stadige endringer.

Den metodiske tilnærmingen til problemstillingen fordrer at man klargjør hvilke type informasjon som skal samles inn, hvilken metode og datakilde som kan være nyttig for å belyse de forskningsmessige spørsmålene best mulig. Jeg så først på kvantitative data, for å få et tallmessig bilde og beskrivelse av virksomhetens drift og resultater. Kvantitative data ble brukt til å utforme spørsmål i intervjuguiden til den kvalitative undersøkelsen. Deretter foretok jeg den kvalitative undersøkelsen for å komme bak tall og statistikk, og for å få et dypere innblikk i den spesielle situasjonen brukere befinner seg i. På den måten fikk jeg tak i empiri som det ikke finnes så mye av fra før på dette området.

Tidligere brukere ble intervjuet gjennom kvalitative intervjustudier og delvis strukturert tilnærming. Jeg ønsket å gå i dybden, få frem nyanserte beskrivelser og undersøke brukernes opplevelser, tanker og meninger om familieteamet, noe kvalitativ forskning og intervjustudier egner seg bra til (Kvale & Brinkmann, 2009; Nilssen, 2012, s. 21). Det ble valgt personlig intervju som innsamlingsmetode, som vist i del 3.2.5, s. 31, der kunnskap blir produsert sosialt, gjennom interaksjon mellom forsker og deltaker (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 99).

Familieteamet samarbeider med foresatte, og det var derfor viktig å få frem brukerstemmen. Forsker samlet inn ustrukturert informasjon, stilte åpne spørsmål, og deltakerne fikk svare uten å bli begrenset med lukka spørsmål. Deltakerne bestemte selv hva som ble fortalt. De hadde frihet til å komme med egne innspill underveis i samtalen, og det kom fram mye detaljer, nyanser og synspunkter (Jacobsen, 1993, s. 10). Utgangspunktet var å få inn nok informasjon til å få svar på problemstilling og forskningsspørsmål. Det var ikke definert på

forhånd hva som var relevant, noe som kalles induktiv kvalitativ studie, se del 3.3, s. 34. Som Nilssen (2012, s. 103) skriver er den kvalitative forskningsprosessen en systematisk og strukturert prosess, og et intuitivt og kreativt arbeid.

3.2.1 Intervjuguide

En intervjuguide er en plan for selve intervjuet som en utarbeider selv (Dalland, 2007, s. 150). Intervjuguide ble utarbeidet med ferdig formulerte spørsmål, uttrykt i deltakernes dagligspråk, fordelt på innledning, hoveddel og avslutning (se Vedlegg 5). Målet var å få svar på intervju spørsmålene, kunne sammenligne svarene og belyse problemstillingen min. Intervjuguiden begynte med nøytrale faktaorienterte spørsmål i innledningen, for så å bygge seg opp til hoveddelen med mer emosjonelt ladete tema, og avsluttet med nøytrale temaer (Thagaard, 2013, s. 110). Intervjuguiden ble strukturert med ferdige spørsmål, for lettere å kunne strukturere og analyse datamaterialet etterpå (Dalland, 2007, s. 150). Det ble utarbeidet en tabell over forskningsspørsmål og intervju spørsmål, for å bli bevisst prosjektets tematiske og teoretiske forskningsspørsmål (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 145). Forsker ønsket å få svar fra alle deltakerne på alle spørsmålene i intervjuguiden, uten å måtte endre intervjuguiden underveis. Intervjuguiden ble derfor testet ut på kollegaer gjennom prøveintervju ved bruk av diktafon og egne notater. Tilnærmingen ble operasjonalisert, og det ble gjort nyttige erfaringer før selve undersøkelsen ble iverksatt. Intervjuguiden ble justert og korrigeret for å få svar på de temaene som skulle belyses og undersøkes (Dalland, 2007, s. 152). Det ble foretatt endringen i måten å foreta intervju på, med roligere tale og lengre tenkepauser, for å lytte ut deltakerne og sikre utfyllende materiale.

3.2.2 Utvalg og rekruttering

Ansatte ved familieteamet foretok trekking av utvalget for studien i tråd med anbefalinger fra Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Sekretær tok den første kontakten med foresatte, informerte og registrerte foresatte som var villig til å delta. Det ble laget en liste over navn og telefonnummer til foresatte som forsker fikk til å jobbe videre med. Forsker kontaktet de interesserte, informerte om undersøkelsen og avtalte tid og sted for intervju.

Det var lett å rekruttere deltakere til undersøkelsen. En mor fortalte at hun hadde mye å gjøre, men vurderte det som nyttig å delta i denne undersøkelsen. En annen mor ville komme innom rett fra jobb neste dag for å bli intervjuet, og undret seg over at mannen også skulle delta i intervjuet, siden det var hun som hadde deltatt i de fleste møtene. Foresatte som stilte opp var gjerne mer positive og optimistiske enn de som takket nei til å delta.

Utvalget bestod av foresatte til åtte barn som hadde mottatt tjenester fra familieteamet. Det ble drøftet mulige former for utvalg. Jeg så på fordeler og ulemper med å velge like eller ulike sammensetninger av en enslig forelder, en forelder pr barn, to foresatte pr barn og flere foresatte pr barn. Ut fra forskningsmålet var det hensiktsmessig å velge to foresatte pr barn, der begge hadde deltatt i veiledningen og kunne intervjues sammen. Familiekonstellasjon eller endringer innad i familien ble ikke vurdert som viktig. Begrunnelse for valget var informasjon fra virksomheten om at den største delen av barna hadde to foresatte som hadde mottatt veiledning sammen, og at menn og kvinner kan være like engasjerte i veiledningen. I tillegg var det ønskelig med et mest mulig likt og sammenlignbart utvalg. Med ulikt utvalg kunne materialet blitt sammensatt og vanskelig å analysere.

Noen forskere har erfart at det ofte er mødre som stiller opp til intervju. Det var ønskelig å få informasjon fra både menn og kvinner, da det kan være ulike opplevelser og forståelser mellom kjønn og innad i familier. Familieteamet jobber systemisk og er opptatt av barnet og hele familien, uten et spesielt fokus på den enkelte foresatte.

Dermed ble inkluderingskriteriene to foresatte pr barn der begge hadde mottatt veiledning fra familieteamet. For å få med ulike erfaringer ble det valgt ut fem veiledningsforløp som ifølge statistikken hadde hatt positiv endring, og tre veiledningsforløp som ikke hadde hatt positiv endring. Ekskluderingskriterier var foresatte som ikke hadde deltatt i veiledningen, og foresatte der bare den ene hadde mottatt veiledning.

Det ble foretatt et utvalg av brukere i familieteamet, ikke nødvendigvis et representativt utvalg for alle brukerne i familieteamet. For undersøkelsen var det viktigst å få tak i en homogen gruppe av deltakere med god informasjon og variasjonsbredde i forhold til kjønn og erfaringer, for å få tak i det spesielle og unike fra deltakerne (Jacobsen, 1993, s. 40).

Bakgrunnsinformasjon om forskningsdeltakerne var at alle bodde i kommunen da de mottok tjenester fra familieteamet, og hadde barn med psykiatrisk diagnose og omfattende vansker i hverdagen. Det forelå ingen opplysninger om øvrig familie, om det var flere barn eller voksne

i familien med vansker eller lidelser. Alle hadde fått tildelt tjenester fra familieteamet og mottatt hjelp i fra tre måneder til over ett år.

3.2.3 Kvalitative avgrensninger

Når en velger kvalitativ metode kan det ta mye tid og ressurser dersom en skal undersøke mange respondenter. Utvalget ble derfor avgrenset som tidligere beskrevet. Et kvalitativt intervju kan vært åpent og ustrukturert. Her ble det valgt å strukturere intervjuet gjennom en intervjuguide, som nevnt i del 3.2, s. 27 om metode, for å prøve å få svar på problemstilling og forskningsspørsmål.

Det ble kontrollert at forsker og forskningsdeltakere ikke hadde kjennskap til hverandre fra før. Kjennskap til forsker kan påvirke svarene, noe som ikke var ønskelig. Foresatte ble intervjuet parvis for å få frem det enkelte pars spesifikke mening og holdning. I en større gruppe kan enkelte deltaker bli dominerende og andre hemmet, samtidig som svarene kan være mer overveide (Jacobsen, 1993, s. 30). Par kan også påvirke og ta hensyn til hverandre, samtidig som de kjenner hverandre, og kan hjelpe og utfylle hverandre i svarene.

Forsker avgrenset utvalget til foresatte, og har ikke intervjuet barn eller andre. I tillegg har foresattes uttalelser og meninger om enkeltpersoner, andre instanser eller tjenester blitt utelatt. Fokuset har hele tiden vært foresattes tanker, meninger og erfaringer om familieteamet.

3.2.4 Kvantitative data som rammeverktøy

Forsker begynte med å undersøke om virksomheten hadde noe materiale, som kunne være interessant å forske videre på. Det var tatt vare på årsrapporter og noen skåringsgrafer fra KOR (se Vedlegg 7), i tillegg til elektroniske skjema over alle veiledningsforløpene som var avsluttet.

For å få tilgang til statistikk ble det søkt til virksomhetsleder. Forsker fikk innvilget følgende tilganger til virksomhetens statistikker til bruk i forskningsøyemed (Vedlegg 2):

- Årsrapporter for perioden 2012 – 2015.
- Elektroniske registreringsskjema for perioden 2012 - 2015.
- Skåringsgraf for KOR-skalaene. Totalt 25 kurver.

Materialet ble vurdert i forhold til videre forskning. Etter grundige overveielser ble det klart at jeg egentlig ønsket å finne ut hva som skjulte seg bak tallene. På den måten ligger virksomhetens kvantitative data til grunn for min kvalitative forskning.

3.2.5 Gjennomføring av intervju

Det ble foretatt åtte intervju, med varighet på mellom 29 og 55 minutt pr intervju. Gjennomføring av alle intervjuene tok flere uker siden tid og sted skulle passe for alle parter. Underveis dukket det opp sykdom hos deltakere som det måtte tas hensyn til. Det ble dermed god tid til forberedelse både før og mellom hvert intervju. Jeg fikk tid til å skille de ulike intervjuene og datamaterialene fra hverandre, noe som kan bety mye for utfallet og kvaliteten av arbeidet (Dalland, 2007, s. 154).

Dalland (2007, s. 156) skriver at rammene rundt et intervju betyr mye for kvaliteten på samtalen. Kvale og Brinkmann (2009, s. 297) skriver videre: «*Samtaler som er integrert i intervjupersonenes naturlige aktiviteter i dagliglivet, gir et mer dekkende bakgrunnsbilde enn kontorbaserte oppfatninger*». Forsker var derfor fleksibel i forhold til tid og sted for intervju, og lot deltakerne avgjøre hvor intervjuene skulle foregå. Etter deres ønsker ble fire intervju gjennomført hjemme hos familiene, og fire intervju på møterom i virksomheten på ettermiddag/kveld. Under to av intervjuene hjemme var ungdommer tidvis tilstede i stue/kjøkken, uten at det var forstyrrende.

Jeg var opptatt av nærhet og distanse i forskningen, det å komme nært nok til å få tak i deltakernes tanker og perspektiv, for å få svar på problemstillingen. Samtidig skal en kunne trekke seg tilbake, stå fritt og ha et kritisk blikk (Støkken et al., 2011, s. 68). Det var viktig å få etablert god kontakt med deltakerne i intervjusituasjonen, med en tillitsfull og fortrolig atmosfære. Som Thagaard (2013, s. 109) skriver kan god kontakt bidra til trygghet og åpenhet under intervjuene, slik at en er villig til å dele sine erfaringer og synspunkter med forsker. Intervjuet var godt forberedt, og forsker var kjent med tema og livssituasjon som det skulle snakkes om. Intervjuer kunne dermed gi respons og stille relevante spørsmål underveis (Dalland, 2007, s. 149).

Forsker og forskningsdeltakere hilste på hverandre, og de foresatte ble oppfordret til å sitte i nærheten av hverandre slik at diktafonen kunne fange opp det begge sa. Det ble servert kaffe og noe å spise, mens undersøkelsen ble presentert. De foresatte fikk utlevert «Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt» (Vedlegg 3) og «Samtykke til deltakelse i

forskningsprosjekt» (Vedlegg 4). Informasjonen ble gjennomlest, og samtykkeskjemaet signert før intervjuet startet. Spørsmål til undersøkelsen ble besvart før intervjuet startet opp. Det ble skapt en kontakt og felles forståelse av hensikten med intervjuet (ibid., s. 157), og brukt diktafon og egne notater under alle intervjuene, noe samtlige deltakere samtykket til.

Alle intervjuene ble gjennomført ved hjelp av en intervjuguide (Vedlegg 5). Deltakerne svarte på spørsmålene, fortalte det de ønsket og kom på underveis i intervjuet. De utfylte og inspirerte hverandre, minnet hverandre på hvordan det hadde vært og fremhevet ulike hendelser og tema de var opptatt av. Parene var enig i det meste som ble sagt, og det var ingen store uoverensstemmelser. Spørsmål og nødvendige oppklaringer fra deltakerne ble besvart fortløpende under intervjuet. Jeg lyttet, viste støtte og sympati, og stilte utdypende spørsmål for å skape fortrolighet og åpenhet i situasjonen (Thagaard, 2013, s. 109). Samtidig var jeg opptatt av å få med alt som ble sagt, lytte ut både mannen og kvinnen og få svar på spørsmålene i intervjuguiden. Viktige tanker og ord som dukket opp underveis ble notert fortløpende. Det ble stilt utfyllende spørsmål for å få dekkende beskrivelser. Dersom det var noe jeg ikke hadde fått med meg eller noe jeg ønsket å høre en gang til, ble deltakerne bedt om å gjenta svaret. Intervjuer forsøkte under intervjuet å forstå og tolke det som ble sagt, og verifisere (få bekreftet) at svar og egen tolkning var sann (Dalland, 2007, s. 161). Det hendte i flere intervju at deltakere tok opp tema som kom lenger nede i intervjuguiden. De fikk snakket ferdig uten å bli avbrutt. Da vi kom til det aktuelle spørsmålet i intervjuguiden, gikk vi forbi det. Dersom samtalen gikk helt utenfor tema for undersøkelsen, ble deltakerne stoppet. Det ble registrert at noen deltakere svarte noenlunde det samme på spørsmål, andre svarte helt forskjellig.

Intervjuguiden avsluttet med «Annet», noe jeg trodde var et nøytralt tema. Da vi kom til slutten ble flere deltakere engasjert igjen. De gjentok gjerne det de hadde vært mest opptatt av under hoveddelen, gjerne med mer utfyllende opplysninger.

Forsker registrerte en tendens til at kvinnene snakket mer enn menn under intervjuene, og at intervjuer stilte mer direkte spørsmål til mennene enn til kvinnene for å få svar fra begge. Mennene støttet opp om det som ble sagt, og kom med nye tanker og ideer, konstateringer og kritikk. Sammen utfylte og støttet de hverandre underveis i intervjuene, supplerte og korrigerer hverandre. Noen nyttet anledningen til å gi ros til partneren sin under intervjuet, noe som skapte god stemning i intervjusituasjonen.

3.2.6 Transkribering

Å transkribere betyr å transformere eller oversette en samtale mellom mennesker, fra talespråk til skriftspråk (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 186-187). Lydopptakene ble transkribert kort tid etter intervjuet, for å sikre nærhet til og rett fortolkning av materialet. Det ble brukte fra tre til fem timer pr intervju. Hvert intervju var på 10 - 17 sider og utgjorde til sammen 114 sider med datamateriale.

Når en både har gjennomført intervju og transkribering selv, er en kjent med stemmene på lydopptakene og konteksten rundt intervjuet. Jeg så for meg deltakerne, og reflekterte over det som hadde blitt sagt og gjort før, under og etter transkriberingen. Det var flere som nevnte de samme ordene og temaene, selv om det ikke ble spurt om under intervjuet. Nyttige tanker og uttalelser ble notert fortløpende, og foreløpige kategorier dukket opp.

For hver transkripsjon ble det opprettet et dokument. Teksten ble fylt inn ifølge intervjuguiden. Det ble notert intervjunummer, kjønn, foresattes relasjon til barnet, intervjusted og antall minutter. Jeg var påpasselig med å registrere koder som ble benyttet i teksten, for å anonymisere personer og instanser.

Forsker satt alene med PC og diktafon under arbeidet, for å høre alt og sikre rett tolkning av lyd materialet. Det viste seg å være nyttig å bruke halv hastighet på diktafonen for å kunne skrive samtidig som det ble snakket. Etter å ha skrevet ned alt jeg hadde fått med meg første gang, ble intervjuet spilt av en gang til i vanlig tempo. Da kom ordene tydelig frem slik at alle ordene ble forståelige. Jeg brukte øreplugger til diktafonen for å få frem de ulike stemmene og stenge ute lyd fra omgivelsene.

Det ble tydelig at noen snakket rolig og eksakt, mens andre snakket fort, med mange småord, gjentakelser og tenkepauser. Deltakerne snakket med lokale dialekter, uttrykk og banneord. Tema ble gjerne gjentatt og utdypet senere i intervjuet slik at jeg kunne sikre riktig forståelse av sammenhenger og meningsinnhold.

Alle forskningsdeltakerne svarte på alle spørsmålene i intervjuguiden. Talespråk fra deltakere og forsker ble transkribert med hele og halve setninger slik det ble sagt. Dialektord ble skrevet om til bokmålsord. Siden det var to deltakere tilstede under hvert intervjuet ble det avbrytelser og innskytelser underveis i samtalen. Det ble notert hvem som sa hva under transkripsjonen, i tillegg til latter, bank i bordet og småord som mm, ja og nei. Dette for å få med enighet og uenighet, om de tenkte seg om eller var usikre. Når deltakerne etterspurte mer informasjon,

ble dette notert i teksten. Det ble brukt diktafon og ikke video under intervjuene. Tekstene inneholdt derfor ikke mimikk, tonefall, gester eller følelser, og er dermed ikke helt nøyaktige. Under transkriberingen foregikk det samtidig en begynnende analyse.

3.3 Analyse av materialet

I analyse av datamaterialet har jeg latt meg inspirere av førsteamanuensis Vivi Nilssen (2012). Ifølge Nilssen er analyse i kvalitativ forskning både en strukturert og systemisk prosess, og en kreativ og induktiv prosess. I tillegg er det en skrivende prosess. Det finnes ingen oppskrifter eller regler for å analysere. Hver studie er unik og enhver forsker utvikler sin egen måte å analysere datamaterialet på, tilpasset den enkelte studien.

Jeg valgte induktiv metode i forskningsprosessen, noe som innebærer å oppdage mønster, temaer, kategorier eller perspektiver i datamaterialet. Det motsatte ville vært en deduktiv tilnærming, der data blir analysert ut fra et på forhånd definert rammeverk (ibid., s. 14-15). Induktiv analyse er å redusere og forenkle datamateriale ved å identifisere, kode, klassifisere og sette navn på de viktigste mønstrene i materialet. Beskrivelsene må i neste omgang tolkes for å forstå og forklare betydningen, og få ny innsikt.

For å få tak i forskningsdeltakernes perspektiv, øke sensitiviteten, bidra til nye tanker og stimulere den induktive prosessen, ble det brukt ulike redskaper eller teknikker. Som Nilssen (2012, s. 101-102) skriver er analyseredskaper individuelle og skal brukes fleksibelt, og utvikles underveis i prosessen. Jeg noterte, delte opp materialet, laget tabeller og diagrammer, for å redusere store mengder datamateriale til noen tema og kategorier, se kapittel 5 s. 51 om analyseprosessen.

Gjennom analyse stiller en spørsmål til datamaterialet, sammenligner, ser etter fellestrekk, mønster og forskjeller, og ser etter uventa og betydelige fakta. Det genererer ideer, stimulerer tenkning, gir nytt blikk på materialet og kan gi ny mening. For å gi betraktningene retning og belyse viktig informasjon, er det viktig å være distansert nok til å kunne få et analytisk blikk, og nærhet nok til å få tak i deltakernes perspektiv (Støkken et al., 2011, s. 68-74).

Intervjuguide (Vedlegg 5) ble utarbeidet for å få svar på de spørsmålene jeg ville finne mer ut av. Det var frivillig for deltakerne å stille opp. Deltakerne kunne svare og fortelle det de var opptatt av under intervjuet. Samtlige deltakerne svarte på alle spørsmålene i intervjuguiden. På noen spørsmål svarte alle det samme, på andre var det store ulikheter. Det fremkom like og

uvente utsagn under alle intervjuene, og det dannet seg tidlig noen mønster og tanker om mulige kategorier. Under hele prosessen ble det dratt paralleller fra det ene intervjuet til de andre, sett etter sentrale trekk og tatt tak i viktig fokus. Dette gjorde meg oppmerksom på at analyse pågår hele tiden.

Å motta og tolke muntlig data fra intervju, slik som deltakeren har sagt og tenkt det, kan være en utfordring for forsker. Materialet ble derfor lest gjennom flere ganger. Ideer til koding og kategorier som dukket opp ble notert og analysert fortløpende. Det ble strekt under det spesielle og unike i hvert enkelt intervju.

Jeg valgte en temasentrert analyse, en modell som ble vurderte til å passet godt til denne undersøkelsen, siden alle forskningsdeltakerne hadde svart på de samme spørsmålene og belyst de samme temaene (Thagaard, 2013, s. 181-183). På den måten fikk jeg en dyptgående forståelse av de ulike temaene gjennom informasjonen som kom frem, noe som var et hovedpoeng i undersøkelsen.

I første del av analysen ble tema og svar fra deltakerne registrert ut fra spørsmålene i intervjuguiden, og satt inn i en skjematisk oversikt, eller datamatrikse (Dalland, 2007, s. 225). Jeg fikk oversikt over hva som hadde kommet inn av materiale, samtidig som måten datamaterialet var satt opp på viste likheter, ulikheter og om det var noe unikt i det enkelte intervju. Det ga mulighet for kvantifisering av data (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 208).

I andre del av analysen ble data som ikke var kvantifiserbart kodet. Målet var å klassifisere alle data og utvikle kategorier som kunne gi en fullstendig beskrivelse av deltakernes erfaringer, tanker og meninger. Materialet ble analysert for å få tak i meningsinnholdet, og det ble undersøkt om det var tema som gikk igjen i flere intervju. Utsagn ble delt opp i ulike temaer og ulik problematikk, for å undersøke hvor mange som nevnte de ulike temaene (ibid., s. 208-210). Ut fra tema ble det laget kategorier som favnet innholdet i dataene. Sitater ble tatt vare på og systematisert, for å gjøre det lettere å sammenligne og se etter sentrale funn, se Vedlegg 6, s. 134.

Å tolke og få mening ut av intervjumateriale kan være en utfordring for forsker. Jeg var derfor oppmerksom på at informasjonen fra deltakerne ble satt inn i den sammenhengen som utsnittet var en del av. Det ble sett på deler av teksten, hva den enkelte hadde sagt og ment, samtidig som det ble kombinert med et helhetsperspektiv, der jeg så på hva hele brukergruppen mente og var opptatt av.

Det kom inn mye informasjon gjennom intervjuing. Ved mye materiale kan det være en fare for at det kan bli uoversiktlig. En kan miste de fine nyansene når en begynner å strukturere informasjonen. Jeg var oppmerksom på at enkelte løsrevne sitater kan fange hele oppmerksomheten, og at interessante resultater kan drukne i alle de uinteressante (Jacobsen, 1993, s. 49-51). I tillegg kan egen forforståelse være med og påvirket analysen, se neste del.

3.4 Forforståelse

Forsker har med seg egne verdier, egen subjektivitet og forforståelse inn i studien, noe som kan være vanskelig å sette ord på (Nilssen, 2012, s. 68). Forforståelsen består av teoretisk rammeverktøy, erfaringer, verdier, kunnskap, forskningsfilosofi og holdninger, og den gir oss retning i undersøkelsen. I tillegg innehar forskningsdeltakere en bakgrunn og en forforståelse (Dalland, 2007, s. 154-156). Deltakerne hadde vært i kontakt med familieteamet og ulike fagfolk før. Gode eller dårlige erfaringer kan ha vært med og preget forforståelsen deres av forsker, og deres motiv for å delta i undersøkelsen.

Alle bringer egen forforståelse inn i enhver forståelsesprosess. Forståelse er et sentralt begrep innen hermeneutikken, og er rettet mot å avdekke mening i menneskeskapte prosesser. Den hermeneutiske sirkel, som beskrevet i del 3.1, s. 26, illustrerer hvordan forståelse går fra helhetsforståelse via delforståelse til ny helhetsforståelse.

Som klinisk vernepleier med lang erfaring har jeg kjennskap til familieveiledning og barn med diagnoser. Jeg er bevisst egen faglig og erfaringsbasert forforståelse, noe som kan ha skapt trygghet og åpenhet hos deltakerne.

Ifølge Dalland (2007, s. 58) er tanker, inntrykk, følelser og kunnskap om emnet en ressurs for å tolke og forstå de fenomener vi står ovenfor. Det jeg har studert kom nært inn på meg som fagperson, noe som krever bevissthet omkring nærhet og distanse i forskningsarbeidet (Henriksen & Vetlesen, 2006; Nilssen, 2012, s. 137). Å ha nærhet og kjennskap til forskningsfeltet kan være en fordel og styrke for kvalitativ forskning. En forstår hva deltakerne snakker om, misforståelser kan unngås, og en kan få mer innsikt og dypere forståelse for det forskningsdeltakerne kommer med av data. Nærhet og kjennskap til forskningsfeltet kan også være problematisk og utfordre troverdighet. Vi kan være så opptatt av tidligere erfaringer at vi ikke får tak i det nye i situasjonen. Det kan stenge for ny informasjon og innsikt. Videre kan det være verdier og kunnskap som er vanskelig å sette ord

på, og egen subjektive forforståelse som skal håndteres, som kan kreve oppmerksomhet (Halvorsen et al., 2009, s. 15; Henriksen & Vetlesen, 2006, s. 258).

Jeg har vært bevisst på eget ståsted og at det kan ha påvirket analyse- og tolkningsprosessen i forskningsarbeidet. Samtidig har det vært viktig med kunnskap om intervjutemaet for å kunne stille gode oppfølgingsspørsmål. Kvale og Brinkmann (2009, s. 99) skriver: «Kvaliteten på de produserte data i et kvalitativt intervju avhenger av kvaliteten på intervjuerens ferdigheter og kunnskaper om temaet». For å produsere ny kunnskap som kan føre til ny forståelse eller forandring gjennom intervjuing, er det nødvendig at forsker har en forforståelse for temaet.

3.5 Forskningsetiske vurderinger

Etikk handler om normer for riktig og god livsførsel i dagliglivet og i forskning (Dalland, 2007, s. 234-235). Forskningsetiske vurderinger er viktig og har fulgt hele dette arbeidet. Jeg har tatt hensyn til mulige etiske problemer fra de første valgene i forhold til tema og problemstilling, og frem til endelig rapport foreligger (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 80).

Det ble vurdert at melding til Regionale komiteer for medisinsk og helsefaglig forskning (REK) ikke var nødvendig. Derimot ble det sendt meldeskjema til Norsk Samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS (NSD). Jeg fikk tilbakemelding fra Personvernombudet, som tilrår at prosjektet gjennomføres i tråd med opplysningene gitt i meldeskjema. Det samme gjelder korrespondanse med ombudet, ombudets kommentarer samt personopplysningsloven og helseregisterloven med forskrifter (se Vedlegg 1). Jeg søkte enhetsleder for virksomheten og fikk tilgang til statistikk i anonymisert form. Som forsker har jeg forholdt meg til forskningsetiske retningslinjer og Helsinkideklarasjonen. Saksdokumenter fra de konkrete familiene har ikke gått inn i studien.

Familieteamet foretok trekking av utvalget og opprettet førstegangskontakt med foresatte, se del 3.2.2, s. 28 om utvalg og rekruttering. Det ble innhentet samtykke til at forsker kunne få tilgang til deres navn og kontaktopplysninger. Jeg tok selv kontakt med foresatte for å avtale tid og sted for intervju. De foresatte fikk informasjonsskriv og samtykkeskjema, som vist i Vedlegg 3 og Vedlegg 4, opplysninger om at det var frivillig å delta i undersøkelsen, og at en kunne trekke seg underveis i undersøkelsen. Det ble innhentet skriftlig samtykke fra den enkelte før selve intervjuet. Datamaterialet ble anonymisert ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår, og det ble oppbevart i tråd med

forskningsetiske retningslinjer og regler for personvern. Enkeltpersoner vil ikke kunne identifiseres i rapporten.

Foresatte var positive til å delta og la seg bli intervjuet. Det var en foresatt som helst ville stille til intervju alene, se del 3.2.2, s. 28 om utvalg og rekruttering. Som forsker hadde jeg på forhånd valgt å intervju par, og vedkommende ble stilt overfor valget om å delta begge eller ikke få delta. Det kjentes ubehagelig å stille krav, samtidig som det var godt da begge stilte opp og forskningsarbeidet kunne gjennomføres som planlagt.

Jeg har vært bevisst på at det kan være en belastning for forskningsdeltakerne å delta i en kvalitativ undersøkelse. Samtidig bør brukerne ha en sentral plass i utformingen av tjenester (Halvorsen et al., 2009, s. 100). For noen var det kort tid siden de hadde fått hjelp fra familieteamet, for andre var det tre eller fire år. Det å hente opp minner og opplevelser tilbake i tid kan være en påkjenning. For andre kan det være godt å få dele egne erfaringer og tanker med en forsker. Jeg håper forskningsdeltakerne sitter igjen med en god opplevelse etter å ha deltatt i undersøkelsen.

Med kjennskap til familieveiledning som jeg har forsket på, har jeg hatt store muligheter. Men det var vært mange hensyn å ta når det gjelder etiske vurderinger. Det kan være vanskelig med nærhet og åpenhet når en vil være uavhengig (Henriksen & Vetlesen, 2006). Jeg har hatt tilgang til mye empiri og god kjennskap til feltet. Underveis i arbeidet og under intervjuene ble det nødvendig å tydeliggjøre forskerrollen og løsrive den fra egen hverdag så langt som mulig, og stå på utsiden. Jeg har forsøkt å være varsom, ha fokus på reliabilitet og validitet, og være bevisst på den asymmetriske maktrelasjonen som oppstår mellom intervjuer og deltaker der forskeren som regel er den relativt sterkeste parten (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 93).

Som forsker har jeg fått tilgang til foresattes opplevelser og refleksjoner omkring hjelpen de har mottatt fra familieteamet. Deltakere har rett til å fortelle om egne opplevelser, og deres sannhet kan aldri være uetisk. Men det å formidle andres tanker og opplevelser kan være etisk problematisk. Intervju er en effektiv måte å produsere kunnskap om den menneskelige situasjonen på, samtidig som det ligger makt i både intervjuing og kunnskap (ibid., s. 312). Jeg har forsøkt å ta menneskelige hensyn i denne prosessen, og de berørte vil få tilgang til den ferdige oppgaven.

Det er knyttet moralske spørsmål og vurderinger til en intervjuundersøkelse i forhold til mål og midler. Rammer en velger og samspillet mellom intervjuer og deltaker under intervjuet, kan påvirke både deltakerne og kunnskapen som produseres i intervjuet. Jeg har derfor vært

ekstra oppmerksom på dette. Forskning bør tjene både vitenskapelige og menneskelige interesser (ibid., s. 80).

Forskning kan gi ny innsikt og forståelse, og få konsekvenser for virksomheten. Jeg håper dette arbeidet kan være til nytte for virksomheten, at fagfolk som jobber på dette feltet kan få en høyere bevissthet omkring de ulike temaene og at det vil ha overføringsverdi til andre virksomheter og kommuner. Målet med undersøkelsen har vært økt kunnskap og innsikt, for å bli bedre og kunne hjelpe flere på en mer effektiv måte.

3.5.1 Konfidensialitet

Forskningsdeltakere har krav på at all informasjon de gir om personlige forhold blir behandlet konfidensielt (fortrolig). «Konfidensialitet i forskning innebærer at private data som identifiserer deltakerne, ikke avsløres» (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 90). En tar gjerne opp følsomme temaer, der det er viktig å beskytte konfidensialiteten til både deltaker og andre personer som nevnes i intervjuet (ibid., s. 195).

Som forsker var jeg bevisst på å hindre bruk og formidling av informasjon som kunne skade deltakerne i undersøkelsen. Det har blitt brukt pseudonymer i stedet for personer og steder, for å beskytte deltakernes privatliv, skjule identitet og forhindre gjenkjennelse (ibid., s. 275).

Dialekter ble omskrevet til bokmål for å anonymisere materialet og ta vare på konfidensialiteten.

Alle lydopptak og transkripsjoner ble tatt vare på og oppbevart trygt. Informasjonen vil bli slettet når undersøkelsen er ferdig som presisert av NSD.

3.5.2 Reliabilitet

Reliabilitet handler om hvor pålitelig informasjonen en henter inn er og i hvilken grad en studie kan etterprøves (Tetzchner, 2001, s. 53-54). Det stilles krav til nøyaktighet slik at man kan stole på datamaterialet, og materialet må inneholde relevant informasjon. Reliabilitet er knyttet til om en vurderer at forskningen er utført på en pålitelig og tillitvekkende måte. Målinger må utføres korrekt og eventuelle feilmarginer må angis (Dalland, 2007, s. 51).

For å styrke oppgavens reliabilitet har jeg gitt en detaljert beskrivelse av hele forskningen, slik at den kan vurderes (Thagaard, 2013, s. 201-202). Både det at deltakerne kunne velge hvor intervjuet skulle foregå, og forskers kjennskap til fagfeltet, kan ha påvirket forskningssituasjonen og informasjon som kom frem i undersøkelsen. For deltakerne kan det skape tillit og åpenhet når rammene er kjente og trygge for deltakerne, og forsker er kjent med tematikken i undersøkelsen. Det at forsker var alene og kvinne, og at deltakerne var kvinne og mann sammen, kan òg ha hatt betydning. Hadde jeg som kvinnelig forsker intervjuet bare kvinner eller bare menn i undersøkelsen, kunne resultatet blitt ett annet (ibid., s. 116-118).

Alle intervjuene ble foretatt ut fra en intervjuguide, og det ble benyttet diktafon og egne notater under alle intervjuene, se del 3.2.5, s. 31. Det ble holdt orden og oversikt over materialet som kom inn, i permer og arkiv. Ifølge Kvale og Brinkmann (2009, s. 193) kan det å motta og tolke muntlig data fra intervju, slik som deltakeren har sagt og tenkt det, være en utfordring for forsker. Videre kan det være krevende å forstå den rette betydningen av informasjonen, og vanskelig å tolke på grunn av mange ord og mye materiale å holde oversikt over samtidig.

Som beskrevet under transkribering i del 3.2.6, s. 33, ble hvert intervju hørt gjennom før det ble transkribert. Dette ble gjort for å høre og oppfatte det som faktisk ble sagt. Opptakene var av god kvalitet og ble transkribert av forsker for å sikre nærhet til materialet. Hver tekst ble lest gjennom flere ganger for å forsøke å sikre rett tolkning av materialet.

Datamaterialet som ble samlet inn i undersøkelsen i form av opptak, transkriberinger og notater ble tatt vare på. Andre forskere kunne forsket på det samme materialet og kommet frem til tilsvarende resultatene, ved bruk av de samme metodene. Materialet kunne også blitt fortolket på en annen måte av andre forskere ut fra deres forforståelse, og de kunne kommet frem til annen innsikt.

3.5.3 Validitet

Validitet handler om i hvilken grad resultatene og kunnskapens fra en studie har relevans og gyldighet, om metoden en velger å bruke måler det den blir antatt å måle, og om resultatene gir svar på de spørsmålene en stiller (Dalland, 2007, s. 50; Tetzchner, 2001, s. 54). En undersøkelse blir mer valid når en er tydelig og ærlig på hva en vil undersøke og ha svar på.

For å få svar på problemstilling ble det brukt datamateriale fra både statistikk og intervjuundersøkelse. Valideringsarbeidet har foregått under hele forskningsprosessen som en kontinuerlig prosessvalidering, gjennom hele kunnskapsproduksjonen (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 253-254).

En kan stille spørsmål ved validiteten av statistikken, om tallene som har kommet frem faktisk stemmer. Det er flere fagfolk som har stått for registrering av saker som hadde kommet med i årsplaner og videre i undersøkelsen. Det kan ha vært feilkilder i dette materialet som ikke jeg har oppdaget. For å validere statistikken ble tabellene presentert for virksomheten og drøftet der, før de ble tatt med i oppgaven.

Under intervju har ny innsikt blitt konstruert i samspill mellom intervjuer og åtte par med deltakere. Utvalgets størrelse ble vurdert i forhold til validitet. Med få forskningsdeltakere kunne det blitt vanskelig å funnet mønster og nytte i dataene som kom inn, og med mange forskningsdeltakere kunne det bli overveldende og uoversiktlig.

Det ble brukt en på forhånd utarbeidet og validert intervjuguide i alle intervjuene. Underveis i intervjusamtalene ble det stoppet opp og svarene ble gjentatt, slik at deltakerne fortløpende kunne få avklart uklarheter og rettet opp eventuelle misforståelser. Forsker var bevisst på at det i intervjusamtalen var deltakerne som snakket, at de kunne protestere og komme med sine egne meninger underveis. Jeg var oppmerksom på deltakernes indre konsistens i personens og parets historie om barnet (ibid., s. 249-254). Deltakerne svarte på spørsmål, kom med opplysninger, utfylte hverandre, støttet og rettet på det som ble sagt, som nevnt i del 3.2.5, s. 31. Opplysningene ble validert fortløpende under intervjuene ved at motstridende svar eller påstander ble diskutert i dialog mellom de foresatte under intervjusamtalen, og noen ganger sammen med forsker. Deltakerne lyttet til hverandre. Svar og uttalelser kan ha vært mer overveid enn det gjerne hadde vært dersom en deltaker hadde vært alene med forsker.

Valideringen fortsatte gjennom transkripsjon, analyse og rapportering. Forskers kjennskap til virksomhetens statistikk og fagfeltet var med under hele prosessen, og validerte kunnskap og innsikt som kom frem i undersøkelsen. Jeg stilte spørsmål, hadde et kritisk syn på egne fortolkninger, kontrollerte arbeidet, og var klar over at jo flere forsøk på forfalskning en fortolkning overlever, desto sterkere står den (ibid., s. 254-256).

Undersøkelsen sier noe om hva en utvalgt gruppe av brukere i familieteamet har erfart og mener om hjelpen de har fått, og gir svar på oppgavens problemstilling. Det kan være at deltakerne ikke fortalte hele sannheten om de faktiske forholdene i intervjusvarene.

3.5.4 Generalisering

I kvalitativ metode er det et spørsmål om funnene er generaliserbare og kan overføres til andre personer og situasjoner, eller om resultatene primært er av lokal interesse (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 264). Ifølge humanistisk syn er hver enkelt person og situasjon unik, og kvalitativ forskning er opptatt av det unike og spesielle, ikke det generelle og typiske. Det kan være spesifikke forhold i spesifikke forskningssituasjoner som gjør generalisering vanskelig, og det blir da viktig å ikke fremstille det en har funnet i en undersøkelse til å gjelde for alle (Jacobsen, 1993, s. 41). Med et lite utvalg kan en ikke oppnå et representativt utvalg, noe som kan sees på som et problem i forhold til generalisering. Det er usikkert om de 16 foresatte som deltok i denne undersøkelsen var representative for alle foresatte i familieteamet.

Kunnskapen i undersøkelsen er kontekstuell og kan ikke automatisk overføres til andre, eller sammenlignes med kunnskap i andre situasjoner. Fortolkningen er betinget av tid, sted og tradisjon, og vil være preget av det. Intervjuene finner sted i en interpersonlig kontekst, og utsagnene er relatert til deres kontekst (Kvale & Brinkmann, 2009, s. 73). De skriver videre at generaliseringens gyldighet avhengig av om trekkene som sammenlignes er relevante.

Leseren kan på grunnlag av rikholdige og dyptgripende beskrivelser av undersøkelse, og forskerens argumentasjon, selv vurdere om resultatene kan generaliseres til en ny situasjon.

3.6 Inspirasjonskilder

Forskningen har vært en krevende og kreativ prosess. Jeg har latt meg inspirere av alt rundt meg, som bøker og aviser jeg har lest, TV-programmer og filmer jeg har sett, musikk og samtaler med venner, familie og kollegaer. Forskerblikket har vært med meg hele tiden. Jeg har fått nye innspill og tanker som har bidratt i prosessen med å skape forståelse og mening i datamaterialet.

4 PSYKISKE HELSETJENESTER TIL BARN OG FAMILIER

I dette kapittelet vil jeg se nærmere på bakgrunnen for å opprette et familieteam i kommunen. Først vil jeg presentere nasjonale føringer, deretter familieteamet og hvorfor det ble opprettet. Jeg vil presentere statistikk som danner bakteppe for den kvalitative forskningen. Det legges frem oversikter over saker som har vært i familieteamet, antall vedtak pr familie, saker som har blitt «trukket» eller kommet tilbake. Til slutt vil jeg se nærmere på registrert endring.

4.1 Nasjonale føringer

Siden 1990-tallet har det politiske fokus på psykiske lidelser økt, og fra 1995 ble det tilført statlige øremerkede psykiatrimidler til kommunene, til å bygge opp tilbud til psykiatriske pasienter. I 1996 kom Psykiatrimeldingen (Meld. st. 25 (1996-97)), som dannet bakgrunnen for opptrappingsplanen. Den beskriver utfordringene i tjenestene til mennesker med psykiske lidelser, og innebærer styrking og omstrukturering av tjenester til mer desentralisert hjelpetilbud. I 1998 kom Opptrappingsplanen for psykisk helse (St.prp. 63 (1997-98)). Det var en økonomisk opptrappingsplan for psykisk helse i perioden 1999-2006, som en forpliktende videreføring av psykiatrimeldingen. Det medførte videre utbygging av de desentraliserte tjenestene og nye fagfolk på området (Sommerschild et al., 2015, s. 19). Opptrappingsplanen vektla det forebyggende arbeidet som skulle foregå i kommunene, og barn og unge var en prioritert gruppe. Som Robberstad (2002, s. 83) skriver «Det overordna målet både med psykiatriplanane og psykiatripengane er at menneske med psykiske lidningar skal få hjelp til å leva eit meir normalt liv og bli meir integrerte i den kommunen dei høyrer til».

I 2003 kom regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse (Regjeringen, 2003). Den inneholdt strategier og tiltak og er uttrykk for en helhetlig tenkning for å styrke barn og unges psykiske helse. Det overordnede målet er å bidra til en god psykisk helse for barn og ungdom. I 2007 kom «Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene» (Helsedirektoratet, 2007). Det var den første samlede framstilling av dette fagfeltet og skulle bidra til å styrke tilbudet til denne gruppen. En føring fra departementet var å styrke samarbeidet mellom de ulike kommunale etatene for å gi bedde forebyggende tilbud til barn og unge, og tilbud om behandling og oppfølging til barn og unge med psykiske vansker og lidelser (Helsedirektoratet, 2007, s. 12). Likeverdig tilbud og like utviklingsmuligheter for alle barn og unge var et overordnet mål. Opptrappingsplanen understreket at behandlingen skulle

gis på bakgrunn av en helhetlig forståelse av mennesket, og vektla betydningen av at brukerne også er aktivt deltagende i behandlingen. I 2008 kom «Pårørende - en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester» (Helsedirektorat, 2008).

Samhandlingsreformen som kom i 2009 skulle forplikte kommuner og sykehus til å samarbeide og gi pasienter rett hjelp på rett sted. Den skisserte prinsipper som «forebygge framfor bare å reparere», «tidlig innsats framfor sen innsats», «flytte tjenester nærmere der folk bor» og «sterkere brukervedvirkning» (Meld. St. 47 (2008-2009)). Folkehelsemeldingen (Meld. St. 19 (2014-2015)) og Stortingsmelding 26 «En helhetlig helse- og omsorgstjeneste» (Meld. St. 26 (2014-2015)) kom i 2015. Disse meldingene tar for seg kommunepsykiatrien og de kommunale tilbudene som er i utvikling. Samfunnet endrer seg og satsingen på kommunepsykiatri har ført til større oppmerksomhet, interesse og status for denne gruppen. Kommunen merket økt etterspørsel etter tjenester til barn og unge med psykiske lidelser, mangler og nye behov blir synlige.

4.2 Familieteamet

Det ble i 2011 vedtatt å opprette en tjeneste som kunne tilby veiledning og bistand i hjemmet, som en del av den psykiske helsetjenesten i kommunen. Familieteamet inngår i kommunens Plan for psykisk helsearbeid, som et «tiltak overfor barn og unge med etablerte/betydelige psykiske vansker».

Erfaringer fra de siste årene hadde vist at ca. 5-10 familier til enhver tid hadde behov for denne type tiltak. De hadde mottatt ulike former for bistand, hovedsakelig fra private aktører da kommunen ikke hadde eget tilbud til denne brukergruppen. Det ble vurdert at denne gruppen kunne vært hjulpet via et kommunalt ambulant team. Teamet skulle bestå av tre veiledere med helse- og sosialfaglig bakgrunn, og psykolog som skulle støtte veilederne i deres arbeid. Arbeidsgruppen antok at dersom et ambulant team ble etablert og kjent, ville kommunen se en økning i antall familier som søker og kan nyttiggjøre seg et slikt tiltak.

Målgruppen var familier med barn i alderen 0-18 år med funksjonssvikt og så omfattende vansker at de utfordrer foresattes omsorgsevner. Retningslinjene tilsa at barnet skulle ha en psykiatrisk diagnose fra spesialisthelsetjenesten, og ikke en psykisk utviklingshemming.

Det blir søkt og fattet vedtak på vegne av barnet. Når det skrives «vedtak» her menes det enkeltvedtak fattet av tildelingskontoret, som vist i Vedlegg 8. Familieteamet jobber ut fra enkeltvedtak fra tildelingskontoret. Vedtakene hjemles i pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a, og helse- og omsorgstjenesteloven §§ 3-1 første ledd jfr. 3-2 første ledd nr.6 bokstav a, se Vedlegg 8. Foresatte står fritt til å søke, trekke søknaden, klage på vedtak og avslutte tjenesten ut fra eget ønske og behov (Forvaltningsloven, 2015).

Familieteamet er med andre ord en frivillig tjeneste. Foresatte møter familieteamet med et ønske om hjelp i forhold til barnets vansker, og et ønske om at barn og familie skal få det bedre sammen. Familieteamet ser foresatte som barnets nærmeste og viktigste ressurs, og hjelper barnet gjennom de foresatte. Hjelpen er brukerstyrt og tilpasses den enkelte familie, deres ønsker og behov ved bruk av KOR (Duncan & Sparks, 2008).

Hovedfokus er å dyktiggjøre og styrke foresatte i omsorgsarbeidet slik at de selv skal kunne hjelpe barnet over tid. Samtidig er familieteamet opptatt av at alle som har ansvar for oppfølging av barnet, møter barnet på en utviklingsstøttende måte. Det kan derfor være nødvendig å samarbeide med nettverk og andre instanser.

Tiltaket innebærer endringsarbeid. Veilederne skal hjelpe, støtte og veilede barn og foresatte, og samarbeide med andre instanser. Hjelpen skal tilpasses behovet, og veileder kan være fleksible på hverdager mellom klokken 6 og 20. Det er fokus på samarbeid med brukerne, og høy kvalitet på tjenestene som leveres. Det jobbes systemisk rundt barnet på tvers av faggrupper og instanser, for å ha kjennskap til hverandres kompetanse og finne gode løsninger for familiene som søker hjelp.

4.3 Familieteamets saker

I det kvantitative materialet ble det brukt begreper som må avklares før en går videre. Familier som har fått hjelp fra familieteamet blir omtalt som «saker» i virksomhetens statistikk, noe som også benyttes i dette kapittelet. Saker som har blitt «trukket» betyr at det kun har vært avklaringer, at tjenesten har blitt avsluttet før, under eller kort tid etter oppstart. Det fremkommer ikke i statistikken av hvem eller hvorfor sakene har blitt avsluttet.

Jeg har valgt å forske på familieteamet. Studien følger NSD sine tilrådinger i prosjektvurderingen (se Vedlegg 1), omfatter statistikk i anonymisert form og inneholder ingen saksdokumenter fra de konkrete familiene. Tilgangen til statistikk er klarert med ledelsen (se

Vedlegg 2), som kommentert av NSD. Tallene i statistikken kan vike fra tildelingskontorets data, noe som ville gått utenfor rammen for denne oppgaven å undersøke.

For å få en oversikt over familieteamets drift og resultater, foretok jeg en undersøkelse av årsrapporter fra 2012 til og med 2015, og registreringsskjema over avsluttede saker de samme årene. Det ble laget tabeller over samlet statistikk fra fire år, noe som ikke var gjort fra før.

Forsker valgte ut tema og kategorier som ga nyttige opplysninger for den videre forskningen.

Tabell 1. Oversikt over saker i familieteamet de siste fire årene.

	Tildelte saker	Avsluttede saker	Aktive saker den 31.12.	Venteliste den 31.12.
2012	23	13	10	0
2013	20	19	12	3
2014	15	18	9	0
2015	16	14	11	9
Sum	74	64	-	-

Tabell 1 viser antall tildelte og avsluttede saker de fire årene, i tillegg til antall aktive saker og saker på venteliste ved årsskifte. Familieteamet tildelte 74 saker i løpet av fire år, og det hadde variert fra 15 til 23 saker de enkelte årene. Det har blitt avsluttet til sammen 64 saker de samme årene. Videre har det vært fra ni til tolv aktive saker ved årsskifte, og ventelisten har variert fra ingen saker i 2012 og 2014 til tre saker i 2013 og ni saker i 2015.

Tabell 2. Kjønnfordeling på avsluttede saker, i antall og prosent* per år.

	Jente		Gutt		Til sammen
	Antall	%	Antall	%	
2012	5	38	8	62	13
2013	3	16	16	84	19
2014	8	44	10	56	18
2015	2	14	12	86	14
Sum	18	30	46	70	64

*Prosenttallene er avrundet til nærmeste hele tall.

Tabellen viser at kjønnsfordelingen varierer mye de ulike årene fra 14 til 44 % jenter, og fra 56 til 86 % gutter per år. Gjennomsnittlig har det vært 30 % jenter og 70 % gutter som har fått hjelp fra familieteamet de aktuelle årene. Det har vært en klar overvekt av gutter noe som kan ha sammenheng med forekomst (Sommerschild et al., 2015). I tillegg kan vanskene være tydeligere og mer krevende for familie og skole hos gutter enn hos jenter.

Tabell 3. Aldersfordeling av barn i familieteamet da saken ble avsluttet.

	Alder				Til sammen
	0-6 år	6-12 år	12-16 år	16-18 år	
2012	0	4	8	1	13
2013	0	5	5	9	19
2014	0	10	4	4	18
2015	0	11	3	0	14
Sum	0 / 0 %	30 / 47 %	20 / 31 %	14 / 22 %	64 / 100 %

Ifølge Tabell 3 er det ikke blitt avsluttet saker i familieteamet der barnet har vært under skolealder. 47 % er i aldersgruppen 6-12 år, 31 % i aldersgruppen 12-16 år og 14 % i aldersgruppen 16-18 år. Det utgjør totalt ca. 50 % under og 50 % over 12 år.

Tabell 4. Antall vedtak pr sak de ulike årene.

	1 vedtak	2 vedtak	3 vedtak	4 vedtak	5 vedtak	Uklart i forhold til antall vedtak*	Til sammen
2012	5	3	1	0	0	4	13
2013	11	3	2	2	0	1	19
2014	5	4	6	2	1	0	18
2015	8	2	4	0	0	0	14
Sum	29	12	13	4	1	5	64

* Det var uklart registrering i forhold til antall vedtak på noen saker, og tallene er derfor ikke helt sikre.

Tabellen over gir en oversikt og en pekepinn på viktige faktorer. Alle de 64 avsluttede sakene har hatt minimum ett vedtak. 29 saker har hatt kun ett vedtak og rundt 30 saker har hatt to

eller flere vedtak. Fire saker har hatt fire vedtak og en sak har hatt fem vedtak. Det mest vanlige er fra en til tre vedtaksperioder.

I oppstarten i 2012 var de fleste nye vedtakene på tre måneder. Etter en tid ble det gjort om, slik at flere vedtak var på seks måneder. Forlengelser etter det første vedtaket har vært fra en til seks måneder. Det betyr at familier med tre til fem vedtak, kan ha mottatt hjelp fra familieteam i fra ett til nærmere to år sammenhengende.

Tabell 5. Antall saker registrert som trukket, og saker som har kommet tilbake senere.

	Trukket/kun avklaringer	Kommet tilbake senere	Årstall
2012	1	0	-
2013	2+1**	5	2012
2014	2	2	2012
2015	3	2	2012 og 2013
Sum	8+1**	9	-

**Det ble oppdaget en trukket sak i 2013 som ikke var registrert i det elektroniske registreringsskjemaet, noe som er en klar feilkilde i statistikken.

De siste to årene var det i registreringsskjema over avsluttede saker lagt til en egen kolonne for «Kun avklaringer» og «Vært i familieteam før». Det kan bety at virksomheten har sett noen mønster som de ønsker å registrere, og at statistikken kan ha blitt mer nøyaktig de siste to årene.

Av ni saker som kom tilbake senere var åtte av sakene ifølge statistikken fra 2012. Det kom tilbake seks saker i 2013, to i 2014 og to i 2015. En sak fra 2012 kom tilbake i både 2013 og 2014. Den siste i 2015 kom tilbake fra 2013. Dette kan ha sammenheng med at familieteamet ble etablert i 2012, og at det ved oppstart var flere saker på vent, og større barn som ikke hadde fått hjelp før. I tillegg var familieteamet nyetablert og sakene var nye. Vedtak var på tre måneder i begynnelsen, noe som kan se ut til å vært for lite i så omfattende saker. Flere saker fra 2012 ble det jobbet med videre i 2013, og en sak frem til 2014.

Ifølge Valla (2014, s. 61-63) er det ikke slik at alle rehenvelser nødvendigvis er negative. Det kan hende at hjelpen ikke var god nok, men det kan også ha skjedd noe som gjorde at familien faktisk trengte mer hjelp igjen. For å få mer informasjon må tilbakemeldingene

analyseres og reflekteres over, og fremgang komme ifølge Valla når vi i neste omgang handler på bakgrunn av tilbakemeldingene vi får fra brukerne.

4.4 Registrert endring

Familieteamet er opptatt av endrings- og utviklingsarbeid i familier. Statistikk sier noe om kvantitet, ikke om kvalitet. For å få tak i kvaliteten i tjenesten må en få tak i brukernes vurderinger og tilbakemeldinger. Virksomheten bruker KOR som samtale- og evalueringverktøy for å registrere endring og sikre kvalitet. Foresatte har skåret i «Skala for endringsvurdering – barn og unge (CORS)» (Vedlegg 7). Under skåringen kom det frem hvordan de vurderte at barnet hadde det på samtaletidspunktet i forhold til det de hadde søkt om hjelp for. Veileder brukte skåringen i veiledningen og førte det inn i «Skåringsgraf for KOR-skalaene» (Vedlegg 7). Grafen ble tolket sammen med brukerne i veiledning med tanke på endring. Endring i form av positiv endring eller ikke bedring som gjengitt i Tabell 6, nedenfor, er hentet fra foresattes egne skåringer ved bruk av CORS.

I tillegg hadde virksomheten arkivert 25 CORS skåringsgrafer. Disse ble sett gjennom sammen med kontaktperson i virksomheten, og kunne bekrefte det som kom frem i det elektroniske registreringsskjemaet i forhold til endring.

Tabell 6. Antall saker i forhold til å bruke KOR, og endring ifølge KOR.

	Avsluttede saker	Bruk av KOR	Ikke brukt KOR	Positiv endring	Ingen/negativ endring
2012	13	11	2	9	2
2013	19	18	1	13	5
2014	18	15	3	12	3
2015	14	11	3	9	2
SUM	64	55	9/14%	43/67%	12/19%

Det har blitt registrert bruk av KOR i 55 av 64 avsluttede saker. I ni saker har det ikke blitt brukt KOR. Tabellen viser at det i 2012, det året familieteamet startet opp, ble KOR brukt i 11 av 13 saker. I 2013 ble det brukt i 18 av 20, i 2014 ble det brukt i 15 av 18 saker og i 2015 ble det brukt i 11 av 14. De sakene der det ikke har blitt registrert bruk av KOR begrunnes med enten korte vedtak, saker som har blitt trukket eller saker som har gått videre til andre

instanser som barnevern og psykisk helsehjelp for voksne. Ifølge statistikken kan en si at familieteamet har brukt KOR systematisk i sine saker.

Tabell 6 viser at det har vært positiv endring i 43 av 64 saker, altså 67 prosent, og ingen bedring i 12 av 64 saker, altså 19 prosent. Dersom en trekker fra de sakene som har blitt avsluttet etter kun avklaringer, som vist i Tabell 5, s. 48, blir utfallet litt annerledes. Som en kan lese ut fra tabellen under blir «Ingen bedring» da på rundt 10 prosent.

Tabell 7. Ingen bedring

	Avsluttede saker	Ingen/negativ endring	Trukket/ Kun avklaringer	Ingen bedring
2012	13	2	1	1
2013	19	5	2+1**	2
2014	18	3	2	1
2015	14	2	3	0
SUM	64	12	8+1**	4

Duncan og Sparks (2008, s. 99) skriver om resultater:

Ingen terapeuter oppnår gode resultater med alle klientene sine. Til og med de beste av oss mislykkes med omtrent en tredjedel av klientene våre. Det er bedre å finne hvem vi ikke lykkes med tidlig i behandlingen enn sent. Det hindrer oss i å fortsette med ineffektivt arbeid og gjør at klienten får flere muligheter. Våre undersøkelser viser at hvis det blir gitt systematiske tilbakemeldinger helt fra da terapien starter, blir terapien dobbelt så effektiv!

Valla (2014, s. 54-63) er klar på at det ikke er KOR som gir bedring, men hvordan terapeutene responderer på den tilbakemeldingen de får. KOR bare forteller når vi virker og når vi ikke gjør det. Man bør innhente systematiske tilbakemeldinger, og respondere på den tilbakemeldingen en får.

Familieteamet bruker KOR i veiledningsforløpene og oppnår ifølge statistikken bedring i 90 prosent av sakene. Det kan bety at veilederne responderer på tilbakemeldingene de får fra barn og foresatte slik som Valla beskriver. Saker som blir trukket kan også ha sammenheng med det Duncan sier, en gjør avklaringer tidlig i forløpet og familier får flere muligheter. Dette vil jeg se nærmere på i undersøkelsen.

5 ANALYSEPROSESSEN

I dette kapittelet presenteres analysen. Jeg begynner med en innledning og kort beskrivelse av analyse før selve analysen presenteres. Det vises samtidig til del 3.3, s. 34 om analyse av data.

5.1 Innledning

Ved bruk av kvalitativ metode får en økt forståelse og lærdom. Det er ikke noe en kan telle seg frem til eller finner, slik som ved bruk av kvantitativ metode. Begrepet innsikt blir derfor brukt i stedet for funn i undersøkelsen.

Målet mitt har vært å få tak i brukernes erfaringer, tanker og mening om familieteamet, og i mindre grad familieforhold, søsken og foresattes utdanning eller sivilstatus. Data som fremkom mens diktafonen stod på har blitt inkludert. Det som ble sagt før eller etter intervjuet har ikke kommet med.

Jeg har valgt i størst mulig grad å benytte deltakernes egne uttalelser, og har gjengitt innholdet slik det ble sagt. Sitatene illustrerer temaer og kategorier på en nyttig måte. For å ivareta deltakernes anonymitet har dialektord og navn blitt omskrevet, som nevnt i del 3.5.1, s. 39, og materiale fra deltakerne har blitt presentert i tilfeldig rekkefølge. Jeg har forsøkt å presentere innsikt på best mulig måte med respekt for både deltakere, lesere og virksomhet.

5.2 Analyse

Det har foregått analyse gjennom hele dette arbeidet, og jeg har forsøkt å finne ut hva intervjuene egentlig fortalte meg (Dalland, 2007, s. 173). Etter at alt datamateriale var samlet inn, ble det analysert i to omganger. Det ble først laget en datamatrix med utgangspunkt i forskningsspørsmål som ble satt opp sammen med intervju spørsmål i intervjuguide, som beskrevet i del 3.3, s. 34. På den måten ble alle data visualisert. De ulike svarene hadde ulik tyngde og valør, og antall deltakere som svarte det samme ble notert. Det som alle åtte hadde svart er blitt vektlagt tyngre enn det bare én eller to svarte. Samtidig belyste enkelte uttalelser viktige tema og ga en dypere forståelse for temaet (ibid., s. 180). Kvantifiserbare data ble fremstilt i tabeller ut fra spørsmål og tema. Områder med mer omfattende datamateriale gikk videre til andre analyse, der materialet ble kategorisert for å gjøre det oversiktlig og tydelig.

Intervjuene ble analysert og behandlet som ett samlet materiale. For å avgrense oppgaven og ivareta anonymitet og konfidensialitet har jeg derfor ikke analysert hvert intervju for seg, eller analysert besvarelser fra kvinner og menn hver for seg.

5.2.1 Første analyse

I den første analysen ble det tatt utgangspunkt i intervjuguiden. Det ble laget en datamatrise med alle intervju spørsmål og deltakernes utsagn, noe som ble til 17 sider med utfyllende materiale. Det var mulig å kvantifisere deler av datamaterialet i tellbare mønster som kan være interessante. Jeg har valgt å fremstille materialet i tabeller, gjengitt i stikkord og korte setninger, for å gjøre det tydelig og for å begrense innholdet.

Tabell 8. Alder, kjønn og vansker.

Forskningstema	Informasjon fra deltakerne
Foresatte	4 par med biologiske foreldre, 1 par biologiske foreldre som var skilt, 1 par adoptivforeldre og 2 par biologiske mødre med samboer eller ektemann.
Intervjusted	4 intervju hjemme hos familien og 4 i virksomhetens møterom.
Kjønn	3 jenter og 5 gutter
Diagnose	5 hadde fått diagnostisert komorbide tilstander. 3 hadde 1 diagnose og blitt vurdert i forhold til flere diagnoser. 2 hadde ADD 2 hadde ADHD 4 hadde Autismespekterforstyrrelse Annet: Tvang, ME, depresjon, selvskadning, språkforstyrrelse, psykisk utviklingshemming, vokale tics og sosial angst. 2 hadde blitt mobbet 2 hadde truet med å ta sitt eget liv
Vansker	Familieproblematikk: <ul style="list-style-type: none">• Samspill• Krangling• Grensesetting• Kommunikasjon

	<p>Individproblematikk hos barnet:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Selvskading • Vegring • Tvang • Sosial angst • Trusler • Upassende atferd og utagering • Upassende bruk av internett <p>Nettverk:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Manglende diagnoseforståelse i nettverket • Ble overvurdert av andre • Ikke godt nok tilpasset opplegg. 7 av 8 snakket om vansker i forhold til forståelse og tilpasninger i skolen.
Antall år og fagpersoner/ Instanser	Alle 8 hadde hatt utfordringer med barnet i mange år. Alle 8 hadde vært i kontakt med mange fagpersoner og instanser.
Andre familievansker	4 av 8 hadde søsken med vansker/diagnoser. 1 hadde søsken som flyttet ut fordi det krevde så mye av familien.
Alder ved oppstart	1 på 13 år, 4 på 14 år, 2 på 15 år, 1 på 16 år
Oppstart med familieteam	2 på 1 år siden, 2 på 2-3 år siden, 3 på 3 år siden, 1 på 4 år siden
Varighet	2 på 3 måneder, 1 på 6 måneder, 1 på 9 måneder, 4 på rundt 1 år
Fikk informasjon om tjenesten fra.	Bestillerkontor, autismeteam, helsesøster, psykolog, BUPA, skole, koordinator.

Tabell 9. Søkeprosessen og tiltak.

Forskningstema	Informasjon fra deltakerne
Bakgrunn for å ta kontakt	<p>«Trenget hjelp.» «Følte ikke at egne metoder førte frem.» «Ønsket å få et nytt innspill.»</p> <p>«Har prøvd mye hjelp som ikke har nyttet.»</p>

	<p>Samspillsvansker: Krangling hjemme ved grensesetting, Vanskelig å snakke med og forstå barnet sitt. Mor og barn hadde store problemer med å være sammen.</p> <p>Individvansker: Dramatisk situasjon. Akselererende tvangsproblematikk i hjemmet. Sinnemestring. Problem med å forstå sammenhenger og konsekvenser. Tungsinn og deprimert.</p> <p>Skole: Behov for tilrettelegging i skolehverdagen, skolevegring, sosial angst og redd for drop-out i skolen.</p> <p>2 familier hadde mottatt tjenesten fra privat aktør og ønsket det dekket av kommunen. De fikk høre at kommunen ikke ville/kunne betale for det.</p>										
Hvordan var søkeprosessen?	<table border="1" data-bbox="485 741 1394 1124"> <thead> <tr> <th data-bbox="485 741 603 801">Antall</th> <th data-bbox="603 741 1394 801">Svar avgitt</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td data-bbox="485 801 603 862">4</td> <td data-bbox="603 801 1394 862">«Greit å søke», «Helt enkelt».</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 862 603 922">1</td> <td data-bbox="603 862 1394 922">«Helt greit. Vi var veldig slitne og kjempetrøtte.»</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 922 603 983">1</td> <td data-bbox="603 922 1394 983">«Greit ... veldig byråkratisk ... tok for lang tid.»</td> </tr> <tr> <td data-bbox="485 983 603 1124">2</td> <td data-bbox="603 983 1394 1124">«Husket ikke alt, ... det er lenge siden», «Det skjedde enormt mye på den tiden.» «Vi har skrevet så fryktelig mange søknader.»</td> </tr> </tbody> </table> <p data-bbox="485 1182 1394 1451">Kommentarer: «Blandede følelser, det å ha fremmede inn i huset ditt, i privatlivet.» «Følte at noen skulle komme hjem og spionere.» «Fikk hjelp med en gang.» «Tungt å forholde seg til mange folk.»</p>	Antall	Svar avgitt	4	«Greit å søke», «Helt enkelt».	1	«Helt greit. Vi var veldig slitne og kjempetrøtte.»	1	«Greit ... veldig byråkratisk ... tok for lang tid.»	2	«Husket ikke alt, ... det er lenge siden», «Det skjedde enormt mye på den tiden.» «Vi har skrevet så fryktelig mange søknader.»
Antall	Svar avgitt										
4	«Greit å søke», «Helt enkelt».										
1	«Helt greit. Vi var veldig slitne og kjempetrøtte.»										
1	«Greit ... veldig byråkratisk ... tok for lang tid.»										
2	«Husket ikke alt, ... det er lenge siden», «Det skjedde enormt mye på den tiden.» «Vi har skrevet så fryktelig mange søknader.»										
Førsteintrykk av familieteamet	Alle 8 svarte: «greit», «mykt», «veldig bra.» «Det var veldig greit når de først var der.» «Det var et fint møte.» «Veileder snakket med både mor, far og barnet.» «Barna ble veldig ivaretatt.»										
Opplevelser av brukermedvirkning	Alle 8 svarte: «Ja». «Det var trygt og greit.» De hadde opplevd brukermedvirkning.										
Tiltak	<p>Gjennomførte tiltak for foresatte: Samtaler med foresatte hjemme og på kontoret; informasjon, råd, tips. Veiledning i situasjonen via telefonen. En familie hadde fått all hjelp på kontor og i møter, og ingen hjemmebesøk.</p> <p>Veileder hadde anbefalt ny utredning på BUP, kom med forslag om avlastning og fysioterapi, hjalp til med søknad om avlastning til kommunen.</p>										

	<p>Gjennomførte tiltak for barnet: Samtaler med barnet hjemme og på kontoret. Kurs/trening til barnet i forhold til å håndtere følelser og situasjoner. Gikk og kjørte turer.</p> <p>Gjennomførte tiltak for familien: Samtaler med barn og foresatte sammen. Familierådgivning, familierterapi.</p> <p>Samarbeid/møter med skole og praksissted: Støtte i forhold til tilpasninger i skolen.</p> <p>Samarbeid/møter med sykehus, BUP.</p>
--	---

5.2.2 Andre analyse

For å få en dypere analyse av innholdet ble transkribert materiale fra de åtte intervjuene gjennomgått en gang til. Det ble lagt mindre vekt på kvantifiserbare data som fremkom tydelig i den første analysen. Koder og tema ble notert, og ut fra kodene ble det satt opp en oversikt med de ulike temaene deltakerne var opptatt av. Det hele ble etter omfattende og tidkrevende analysearbeid sammenfattet i følgende tema:

- Komorbiditet
- Ulike instanser
- Søsken
- Mor
- Involvere begge foresatte
- Husket ikke alt
- Bli tatt på alvor
- Byråkratisk
- Rettigheter, krav og informasjon
- Forstå barnets utfordringer
- Helheten er det de foresatte som ser
- Realistiske forventinger
- Tjenester ut fra behov
- Samarbeid med barn og foresatte
- Nyttig hjelp
- Mange år og mange folk
- Vansker
- Sosialt nettverk
- En ny situasjon
- Utvikling, endring
- Stå alene uten hjelp
- Kritikk og ros
- Vanskelige følelser
- Veileder og familieteam
- Økonomi
- Hverdagspråk som en forstår
- Forslag

Temaene ble deretter samlet i større overordnede kategorier, se Vedlegg 6. Jeg var opptatt av at det ikke skulle bli for mange kategorier, samtidig som de skulle være dekkende. Noen kategorier kom tydelig frem, mens andre måtte jobbes med for at de skulle være dekkende for alle data. Det ble laget en siste kategori «Annet» for å dekke temaer som ikke passet inn i de første fem kategoriene. Deretter så jeg kategoriene i forhold til hverandre, slik at de skulle passe i forhold til ord og oppbygning. Etter at jeg hadde analysert alt datamaterialet grundig, og sikret meg at materialet var plassert i dekkende kategori og underkategori, satt jeg igjen med seks kategorier og 25 underkategorier, som vist i tabellen under.

Jeg valgte å analysere datamaterialet på denne måten for å få med det som ble sagt, på en systematisk og dekkende måte. Det kan være mye med 25 kategorier når alt skal fortolkes og drøftes. Med færre kategorier kunne analysen blitt utydelig, og vanskelig å jobbe videre med.

Tabell 10. Oversikt over hovedkategorier og underkategorier

Hovedkategorier	Underkategorier
1. Omfattende vansker og komorbiditet i familier	<ul style="list-style-type: none">• Omfattende vansker• Komorbiditet• Funksjonsnivå• Familie og søsken• Vanskelige følelser
2. Opplæring og informasjon om rettigheter	<ul style="list-style-type: none">• En ny situasjon• Informasjon, opplæring og rettigheter• Autonomi og egen vilje• Helheten er det de foresatte som ser
3. Forståelse og hjelp ut fra familiens behov	<ul style="list-style-type: none">• Forstå barnets utfordringer• Hverdagspråk som en forstår• Hjelp ut fra familiens behov• Samarbeid med barn og foresatte• Involvere begge foresatte• Sosialt nettverk

8403
Jannet Time

4. Endring av barns og familiers livssituasjon	<ul style="list-style-type: none">• Utvikling og endringsarbeid• Veien videre• Å stå alene uten hjelp
5. Nyttig og unyttig hjelp	<ul style="list-style-type: none">• Nyttig hjelp• Unyttig hjelp• Tilbakemeldinger
6. Annet	<ul style="list-style-type: none">• Byråkratisk• Bli tatt på alvor• Økonomi• Forslag fra deltakerne

6 FORTOLKNING OG DRØFTING

I dette kapittelet vil jeg fortolke og drøfte datamaterialet i lys av teoretisk fundament, virksomhetens statistikk og kommunens målsetting med tjenesten. Jeg vil forklare hva dataene betyr, skape mening i relasjon til teori og annen forskning, vise hvorfor funnene er viktige og gjøre dem forståelige (Nilssen, 2012, s. 65). Tekst, direkte sitater og meninger er satt sammen i en fortellende form.

Som psykolog og førstelektor Helgesen skriver baserer all kvalitativ forskning seg på fortolkning av data, og har som mål å finne meningen i de aktuelle data (Helgesen, 2011, s. 44). Kvale og Brinkmann (2009, s. 213) skriver om meningsfortolkning, at det går utover det som blir sagt og «... omfatter dypere og mer kritiske fortolkninger av teksten.» Den hermeneutiske tradisjon er opptatt av den kontinuerlige frem- og tilbakeprosessen, mellom deler og helhet, for å sikre gyldig fortolkning av tekster. For å sikre riktig forståelse og fortolkning har jeg vekslet mellom helhetsinntrykk og enkeltuttalelser. Ved å veksle mellom helhet og del får en et korrektiv underveis, og et mest mulig riktig inntrykk (Dalland, 2007, s. 173).

I del 6.1 og 6.2 har jeg fortolket og drøftet data som kom frem i første analyse, fremstilt i Tabell 8 s. 52 og Tabell 9 s. 53. I delene 6.3 til 6.8 har jeg fortolket og drøftet innsikt som kom frem i den andre analysen. Det blir fremstilt i seks kategorier og 25 underkategorier som illustrert i Tabell 10, s. 56. Det har blitt lagt vekt på viktige og interessante temaer og områder som har vekket spesiell interesse hos forsker.

6.1 Alder, kjønn og vansker

Gruppen med deltakere i undersøkelsen bestod av fire par med biologiske foreldre, ett par med biologiske foreldre som var skilt, ett par med adoptivforeldre og to par med biologiske mødre med samboer/mann. Det var ulike familiekonstellasjoner, noe som ifølge statistikken er rimelig representativt for familiene som kommer til familieteamet. Rundt halvparten av familiene består av biologiske foreldre slik som i utvalget.

Foresatte til tre jenter og fem gutter deltok i undersøkelsen, det vil si 37 prosent jenter og 63 prosent gutter. Statistikken til familieteamet viser en gjennomsnittlig kjønnsfordeling på 30 prosent jenter og 70 prosent gutter. Gutter er overrepresentert, utvalget er rimelig representativt og stemmer overens med tidligere forskning. Tidligere forskning kan vise til

overvekt av gutter med diagnosene ADHD, autismspektertilstander, atferdsforstyrrelse og Tourettes syndrom. For diagnoser som depresjon og spiseforstyrrelse vises det derimot til overvekt av jenter (Sommerschild et al., 2015).

Deltakerne fortalte om omfattende vansker med barnet, om diagnoser og komorbide tilstander. Dette kommer jeg til i Kategori 1, s. 61.

Deltakerne hadde mottatt hjelp fra familieteam i fra tre til over 12 måneder, for ett til fire år siden. I tillegg hadde flere fått hjelp fra private instanser før, under og etter familieteamet. Samtlige hadde vært i kontakt med mange fagfolk og instanser over flere år, og fått forskjellig hjelp.

Selv om det ikke var eget spørsmål om søsken og andre barn i familien, kom det frem at i alle fall fire av åtte hadde søsken med vansker/diagnoser, og en hadde ett søsken som flyttet ut fordi det krevde så mye av familien. Juul (1996, s. 22) bekrefter at den enkelte påvirker samspillet og dermed helheten i familien. Det er ikke mulig å være upåvirket eller «ikke-deltagende» i en familie. For at hele familien skal fungere og ha det bra må det tas hensyn til alle (Helsedirektoratet, 2008, s. 69).

Barna i undersøkelse var på mellom 13 og 16 år ved oppstart. Dette kan ha sammenheng med både puberteten og tidspunkt for utredning. Vanskene kan bli tydeligere og utfordringene større i ungdomstiden. Tabell 3, s. 47, viser at familieteamet ikke hadde avsluttet saker der barnet var mellom 0 og 6 år. 47 prosent var derimot mellom 6 og 12 år, 31 prosent var mellom 12 og 16 år og 22 prosent var mellom 16 og 18 år. Det betyr at utvalget befinner seg blant de to eldste gruppene i statistikken. Ingen var under 12 år. Utvalget er eldre enn det som er representativt for brukerne i familieteamet. For at utvalget skulle vært helt representativt skulle fire av barna vært mellom 6 og 12 år.

Hvis jeg skulle gjort denne undersøkelsen om igjen, ville jeg vært mer bevisst på utvalget og forsøkt å få med like mange foresatte til små barn som ungdommer. Det kunne vært interessant å se om utfallet hadde blitt det samme i forhold til yngre barn.

Samtlige deltakere oppga å ha fått informasjon om tjenesten fra en fagperson i kommunen eller i barne- og ungdomspsykiatrien. Dette forundrer meg siden de fleste har tilgang til PC og informasjon om tjenesten ligger oppdatert og tilgjengelig på kommunens hjemmeside. Det kan tyde på at det er en terskel for familier å søke informasjon og hjelp, at hverdagen kan være travel og at det er behov for å bli møtt ansikt til ansikt.

6.2 Bakgrunn, søkeprosess og tiltak

Deltakerne hadde søkt kommunen om hjelp på grunn av vansker med barnet, samspillsvansker i familien og/eller vansker i skolen. To hadde mottatt tjenester fra privat aktør og ønsket det dekket av kommunen. De hadde opplevde at egne metoder ikke førte frem, de slet med å håndtere situasjonen de hadde kommet i, og ønsket hjelp til å få det bedre. Juul (1996, s. 21-23) skriver at konstruktiv og sunn samspillskvalitet i familien i størst mulig grad bør fremme den enkeltes mentale, psykiske og fysiske utvikling gjennom hele livet. Når samspillet i familien blir vanskelig har hele familien et problem og et ansvar, og det kan være nyttig med faglige innspill utenfra.

Proessen med å søke om hjelp var seks av åtte fornøyd med. De andre to husker ikke hvordan det hadde foregått, fordi det hadde skjedd så mye i den tiden. Noen sa de hadde fått hjelp med en gang. Ett par syntes det var en veldig byråkratisk prosess som tok alt for lang tid. Flere fortalt at de var slitne og at det var med blandede følelser de tok fremmede folk inn i huset. Man kan forstå at det kan være vanskelig å få fremmede folk inn i privatlivet sitt, og det er viktig å vise respekt og anerkjenne familien og deres verdier (ibid., s. 118-119).

Samtlige deltakere hadde fått et bra førsteinntrykk av familieteamet. Førsteinntrykket husker folk og det kan ha stor betydning for det videre samarbeidet (Helgesen, 2011, s. 312-313).

Deltakerne ble spurt om de hadde fått hjelp til det de hadde tatt kontakt for. Fire par svarte umiddelbart ja, og ett par kommenterte: «*Ja, alt vi ville ha hjelp til.*» Det femte paret svarte at det hadde hjulpet litt og det sjette svarte at de ikke hadde hatt så store forventninger. Det sjuende paret svarte: «*Ja stort sett, i hvert fall til å begynne med*», og det siste paret svarte: «*Ikke fullt ut, men delvis vil jeg si*». Utsagnene indikerer at ikke alle hadde fått hjelp til alt de hadde tatt kontakt for, men at halvparten var helt fornøyd med hjelpen.

Det blir beskrevet ulike tiltak de hadde fått til foresatte, barn og familie, i hjemmet, på kontoret og i møter, som vist i Tabell 9, s. 53. De hadde fått opplæring, råd, veiledning, praktisk hjelp og støtte i arbeidet. En familie hadde fått all hjelp på kontoret og i møter. De andre syv hadde mottatt veiledning og praktisk veiledning i hjemmet. Flere hadde fått hjelp i forhold til skoleoppmøte eller tilpasninger i forhold til skolen.

Flere visste imidlertid lite om familieteamet fra før, hvilken tjeneste det var og hva de kunne få hjelp til. Deltakerne hadde opplevd brukermedvirkning, noe som kan ha mye å si for tillit og samarbeid i det videre arbeidet.

6.3 Kategori 1. Omfattende vansker og komorbiditet i familier

6.3.1 Omfattende vansker

Familieteamet veileder familier og barn med omfattende vansker. Når det blir brukt begrepet omfattende her, tenker jeg i betydningen sammensatt, komplekst og dyptgående. Deltakerne beskrev vansker hos barnet både fysisk, psykisk og sosialt, noen forbigående andre langvarige. Deltakere beskrev omfattende vansker på tre ulike områder: familieproblematikk, individproblematikk hos barnet og problematikk i nettverk. I tillegg hadde noen opplevd fysisk utagering, selvskading og mobbing, som nevnt i del 6.1, s. 58. Jeg tenker at barn og foresatte blir preget av slike hendelser, og at det er viktig å bli sett, hørt og møtt av både venner, nettverket og fagfolk. Dessuten er det viktig at folk stiller opp og bidrar til et godt miljø rundt egne og andres barn, med eller uten vansker.

Omfattende vansker hos barn kan bli problematisk og vanskelig for foresatte, og utvikle seg til vonde mønster og negative sirkler som påvirker hele familien. Samtidig kan mange av symptomene opphøre når en påvirker dynamikken i familien (Juil, 1996, s. 131). Som Ulvestad et al. (2007, s. 54) skriver er ikke problemer en statisk egenskap ved barnet. Problemer skapes og opprettholdes i et kontinuerlig samspill mellom biologiske, psykologiske og sosiale faktorer. Det kan derfor være nyttig å rette kartlegging og tiltak mot både familie, skole, venner og sosialt nettverk.

Deltakerne i undersøkelsen hadde store barn og flere år med erfaring som foresatte. Det hadde vært skjevutvikling og omfattende vansker i familien over tid, noe jeg tror kan være årsaken til at de hadde søkt og tatt imot andre hjelpetiltak tidligere.

Barna hadde i løpet av grunnskoletiden blitt utredet ved spesialisthelsetjenesten på grunn av symptomer og vansker. Etter utredningen hadde de foresatte det samme barnet og de samme vanskene, i tillegg til en eller flere diagnoser som de skulle forstå og håndtere på en god måte.

Som en mor hadde blitt fortalt, og faglitteraturen underbygger, kan et barn med Asperger syndrom få det godt dersom det får nødvendig utviklingsstøtte (Elvén et al., 2012). Jeg tenker at en slik informasjon kan legge et ekstra ansvar og byrde på de foresatte i forhold til å forstå og gjøre så godt en kan. Samtidig blir en gjerne ekstra bevisst på å søke hjelp, for å sikre at det skal gå bra med barnet.

Det kan virke som om mødrene i undersøkelsen har tatt en stor del av ansvaret og omsorgen for det aktuelle barnet, og båret den tyngste byrden. Foresatte har oppgaver som skal gjøres i forhold til barnet hver dag, og står en alene om arbeidet kan en bli både fysisk og psykisk sliten, og gjerne sykmeldte i perioder. Omfattende vansker kan kreve betydelige og langvarige tiltak. Som Juul (2003, s. 11) skriver og deltakere i undersøkelsen sier, blir foresatte til kroniske syke barn oftere utslitte, og skilsmissemfrekvensen er høyere hos dem enn i familier med friske barn.

En psykisk lidelse får som regel betydning for barnets fungering på flere arenaer. Ved mange sykdommer kan symptomer som irritabilitet, sinneutbrudd, opposisjonell atferd og aggresjon forekomme (Sommerschild et al., 2015, s. 57). I tillegg kan psykiske lidelser forverre atferdsproblemene. Jeg tror dette kan være særdeles problematisk og krevende for familie og nettverk. En deltaker sa: *«Det var jo skolen han slet med egentlig. Det var der problemet låg.»* Dette utsagnet indikerer at vansker på skolen kan vise seg mest hjemme, eller omvendt. En psykisk lidelse får som regel betydning for barnets fungering på flere arenaer. Like fullt har kommunen ansvar for å gi disse barna og deres familier god og tilrettelagt hjelp (Helsedirektoratet, 2007, s. 50).

6.3.2 Komorbiditet

I undersøkelsen hadde samtlige barn blitt vurdert i forhold til komorbiditet, og fem hadde flere samtidige diagnoser, og langvarige sammensatte lidelser (Tabell 8, s. 52). De hadde hatt behov for helsetjenester fra både primær- og spesialisthelsetjenesten.

Foresatte må forholde seg til hele barnet og kjenne til barnets utfordringer i hverdagen. Det kan være vanskelig og by på problemer for både barnet, familien og øvrig nettverk, noe utsagnet under viser.

«Det er jo veldig vanskelig for de, ... det er jo både fysisk og psykisk.»

For noen år siden snakket en sjelden om komorbiditet i psykiatrien, da stilte man helst bare en diagnose. Nå får mange barn mer enn en diagnose når de blir utredet ifølge Elvén et al. (2012, s. 47). En vet at barn med én psykisk lidelse, har signifikant økt risiko for å ha minst én annen psykisk lidelse i tillegg (Dahl & Grov, 2014, s. 65). Det er derfor viktig med tidlig intervensjon for å forebygge tilleggsbelastninger (Helsedirektoratet, 2007, s. 18).

«Komorbiditet skaper nye symptomkombinasjoner, gjør diagnostikken og behandlingen mer krevende og endrer behandlingen, komplikasjonene, prognosene og konsekvensene av enkeltsykdommene» (Dahl & Grov, 2014, s. 11).

Det kan være krevende å ha barn med omfattende vansker og samarbeide med fagfolkene som er rundt barnet i skole og fritid, noe utsagnet under illustrerer.

«Må forholde seg til mange forskjellige personer, kan være ganske vanskelig, fordi de ikke kjenner den egentlige skikkelige situasjonen, eller ungen det gjelder.»

Dahl og Grov (2014, s. 15) skriver at det oftest vil være aktuelt å følge brukers utvikling over tid, og at: «... komorbiditet inviterer til samarbeid mellom ulike spesialister til beste for pasienten.» Tiltak hos mennesker med komorbiditet må være personspeifikke og skreddersydd til den enkelte. Dette stemmer godt overens med deltakernes uttalelser.

Det er viktig å ha god kjennskap til barnet og familien, slik at familien kan stole på fagfolkene som er rundt barnet, og kjenne seg trygge på at fagfolkene har samme forståelse av barnet og situasjonen som dem selv.

«Vi stolte veldig på henne ... Da kunne de snakke med en som forstod og kjente til vår situasjon ... Så bare forteller hun hvordan ting er.»

En gjennomgripende utviklingsforstyrrelse er i utgangspunktet vedvarende. En skal samtidig være kritisk til diagnostisering og kategorisering av barn, noe jeg ser nærmere på i del 7.3, s. 110. Barn vokser og utvikler seg og tilstandsbildet kan endre seg. Det forekommer innen både somatikk og psykiatri, en sykdom eller tilstand endres, en kan bli frisk, eller få ny diagnose i tillegg. Samtidig kan samfunnet og kulturen vi lever i, være avgjørende for hva som kalles sykdom (ibid., s. 20).

I egen praksis har jeg møtt på brukere som kan lure på hvorfor vi i Norge setter diagnose på et barn med Asperger syndrom eller høytfungerende autisme, noe jeg kommer tilbake til i del 7.3, s. 110. Valla (2014, s. 137) skriver om diagnoser at:

... diagnoser ikke er noe som finnes i «naturen», men er kontekstavhengige konstruksjoner som endres etter tidens smak og behag om rett og galt.

På spørsmålet «Dersom du fikk bestemme hva familieteamet skulle tilby av tjenester, hva ville du sagt da?», var det ett par som svarte «*En vidunderkur ... ja, hvis de kunne tryllet.*» Foresatte kan ønske seg løsninger som får alt det vanskelige til å forsvinne med et trylleslag. Men raske løsninger finnes dessverre ikke i forhold til barn med utviklingsforstyrrelse (Elvén

et al., 2012, s. 203). Å bli helbredet eller kvitt diagnoser er ikke alltid et realistisk behandlingsmål hos personer med komorbiditet av kroniske sykdommer.

Behandlingsfokus må i stedet være optimal funksjon, reduksjon av plagsomme symptomer og det å opprettholde best mulig livskvalitet. Sekundærprevensjon må hindre at nye sykdommer kommer til, og omsorg for hele pasienten må stå sentralt (Dahl & Grov, 2014, s. 143).

Komorbiditet av psykiske lidelser er utbredt, og forekomsten er høyest blant de som søker behandling (ibid., s. 74). Det poengterer viktigheten av at veilederne har kjennskap til symptomer og behandling av de vanligste formene for komorbiditet.

6.3.3 Funksjonsnivå

Barn og familier varierer i kompetanse og mestring. Funksjonsnivå beskrives av Herheim og Langholm (2006, s. 273) som den enkeltes grad av fungering innenfor områdene fysiske, psykiske, kognitive og sosiale ferdigheter, og evnen til å bruke ferdighetene. De sier videre at det samlede funksjonsnivået er mer sentralt innen psykisk helsearbeid enn symptomer og diagnoser.

Deltakerne oppgir at barnet er «*knallflink*», «*smart*», «*veldig snill*» og «*kan mye*». Samtidig er det mer grunnleggende ferdigheter det ikke kan eller forstår. Barnet kan ha en ujevn evneprofil og et ujevnt funksjonsnivå, som kan variere i ulike situasjoner. Elvén et al. (2012, s. 58) skriver at funksjonsnivå dels kommer an på de arvede evnene, dels på stressnivå, selvtillit og hvordan man støttes. Funksjonsnivået kan derfor være et resultat av samspillet mellom arv og miljø.

«Han er en teoretiker som antakelig skulle gått på både gymnaser og høyere utdanning, og så kan vi ikke det så lenge vi må dele opp året i to.»

Utsagnet viser at psykiske vansker og lidelser kan påvirke og gi følger for mestring av aktiviteter i dagliglivet på flere arenaer. Det kan føre til redusert funksjonsevne i hjem og skole, og tap av livskvalitet (Dahl & Grov, 2014, s. 128; Helsedirektoratet, 2007, s. 50).

Jo større antall av symptomknipper, og jo mer alvorlig de er, desto mer negativ virkning har det på pasientens *funksjonsnivå* Redusert funksjonsnivå er gjerne det samme som *forverring* av sykdom. Effekten av symptomknipper på pasientens *livskvalitet* er tilsvarende effekten på funksjonsnivå (Dahl & Grov, 2014, s. 44).

Siden ujevnt funksjonsnivå kan være uforutsigbart og uforståelig for både familie og sosialt nettverk, kan det gi utfordringer i forhold til å klare å gi barnet god utviklingsstøtte (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 125). En kan sjelden vurdere funksjonsnivå på et barn med en psykiatrisk lidelse ut fra alder eller utseende. De kan dale i fungering i puberteten og være lenger inni denne fasen enn jevnaldrende. Noe som kan føre til større ulikhet til jevnaldrende. Det er lett både å overvurdere og undervurdere disse barna (Martinsen et al. 2006, s. 55).

«Han ser helt alminnelig ut, og det er flott. Men i noen settinger blir det veldig vanskelig. Folk forventer noe helt annet.»

Foresatte og søsken som er nærmest barnet i hverdagen er gjerne de som merker det ujevne funksjonsnivået aller mest. Som følge av ujevn fungering kan det oppstå samspillvansker mellom foresatte og barn, mellom søsken, med venner og andre i det sosiale nettverket. Det kan videre føre til at det oppstår konflikter og slitasje.

Barnet trenger hjelp og utviklingsstøtte fra voksne for selv å kunne utvikle seg til å bli voksne selvstendige og likeverdige mennesker (Hafstad & Øvreeide, 2011; Helgesen, 2011). Det er et mål å redusere vansker og lidelser hos barn og familier. Gjøre barn og familie i stand til å klare seg selv og mestre livssituasjonen, og lære å leve med sine kroniske lidelser og sykdommer. Høye forventningene kan resultere i at stresset bli høyt og funksjonsnivået lavt.

God kartlegging og tilrettelegging i hverdagen er viktig og helt nødvendig. Det er ønskelig og fordelaktig samfunnsøkonomisk å leve selvstendig, optimalisere helsetilstanden og livskvaliteten (Robberstad, 2002).

Jeg tenker derfor at det er kan være nyttig for helsepersonell å ha oversikt over funksjonsnivå og komorbiditet, for å få et bedre grunnlag for forståelse og behandling. I tillegg kan det være nyttig å være fleksibel og ta hensyn til barnets og familiens funksjonsnivå.

6.3.4 Familie og søsken

Livet kan bli annerledes i familier når ett eller flere barn har en psykisk lidelse. Det kan være en stor påkjenning for hele familien. Omsorgsoppgavene blir større, og det endelige ansvaret for barnet ligger på foreldrene som har foreldremyndigheten (Elvén et al., 2012, s. 203).

Deltakerne snakket om det å stå alene med et veldig stort ansvar, det å være oppmerksom hele tiden, ha det kjempetøft i perioder og kjenne på en stor slitasje. De snakket om hensynet en

må å ta i forhold til parforholdet og de andre barna. Det er flere som har sagt at det gjøre noe både med egen selvfølelsen som foresatt og med familien, når en ser seg nødt til å motta hjelp inn i hjemmet.

«Jeg tenker at jeg var veldig var som mor, og spørre om hjelp, for det burde jeg ha klart selv. Kjempevanskelig.»

«Barnet eller ungdommen skal ha hjelp, men samtidig skal familien føle seg komfortabel med hjelpen.»

Samtidig som det er godt og nødvendig å få hjelp og støtte når det virkelig røyner på, kan det være krevende og vanskelig å motta hjelpen. En kan kjenne på en vanskelig balansegang i forhold til familielivet.

Foresatte har omsorg og ansvar for at barnet har det bra og er, i tillegg til søsken, de nærmeste til barnet. Det er familien som kjenner barnet best og ser hvordan det har det i hverdagen.

Andre kan bare se og snakke med barnet når det er på skolen eller ute blant venner. Det er familien som har alle hverdagene, helgene og feriene, som må søke og ta imot hjelp ved behov. Samtidig skal de foresatte ta vare på og beskytte familien, og verne om sitt privatliv.

Som Eikrem (2015, s. 48) skriver: «... ofte må foreldrene – i tillegg til å være foreldre - være hjelpeapparatets forlengede arm med behandling og stimulering av forskjellige slag». Det kan bli *«altopplukende»*. Hele familien kan måtte stille opp og hjelpe til der det trengs.

«Søsken følger med og gir beskjed når han har skjemt seg ut.»

Foresatte og søsken er tilstede hele livet på en eller annen måte for sine barn og søsken. Det er viktig å ha fokus på søsken som kan føle på usikkerhet, tristhet, sorg og sinne over sin bror eller søster (Helsedirektoratet, 2008, s. 72). En skal være bevisst på at de foresatte er barnets nærmeste og at de må bære oppgavene selv. De har ikke valgt situasjonen selv, og har ikke et valg slik som fagfolk har (Elvén et al., 2012, s. 203).

6.3.5 Vanskelige følelser

Det var sterkt å høre deltakernes tanker og refleksjoner under intervjuene. De snakket om fortvilelse, slit, konflikter, dårlig samvittighet og nederlagsfølelse.

«Det har vært veldig mye.» «Kjempevanskelig.»

Det kan gå flere år før foresatte og fagfolk reagerer på at det er noe annerledes med barnet. En har gjerne gått og håpet på at det skal gå over, og ikke forstått at det har vært noe spesielt med barnet. Inntil diagnoser og papirer er på plass, blir en gående å vente på hjelp og tilrettelegging, noe utsagnet under poengterer.

«Det vi sa forholdt de seg ikke til før alle papirene og diagnosene lå der.»

Det kan være en vanskelig prosess å følge sitt eget barn fra den første mistanke om at noe er annerledes, til henvisning, utredning og diagnose, og eventuell medisinutprøving og behandling. Opplevelsen av å få en utredningsrapport der det står at ditt barn har en diagnose, kan være både en lettelse og et sjokk. En kan få en bekreftelse på en mistanke en har hatt, og begrunnelse for at situasjonen er som den er, og at det ikke er feil oppdragelse som er årsak til vanskene. Det kan være lettere for en selv og andre å forstå og akseptere, når en vet hva det er og hvorfor. Men foresatte har òg beskrevet det som et sjokk og en sorg, som vedvarer. Elisabeth Kühler-Ross har beskrevet hvordan en ved dødsfall går gjennom ulike faser i en sorgprosess, fra sjokk, fornektelse/sinne, bearbeiding, aksept til nyorientering (Elvén et al., 2012, s. 198). Den samme prosessen kan kjennes igjen hos foresatte som opplever at barnet er annerledes. Forskjellig er at den sorgen foresatte til barn med utviklingsforstyrrelse har, ikke alltid avtar med tiden. Sorgen kan svinge i takt med at barnets vansker blir tydeligere gjennom oppveksten, og kan tappe mange foresatte for energi og ressurser. Denne prosessen kan kalles en kronisk sorg, og de foresatte må lære å leve med den på en best mulig måte (Elvén et al., 2012, s. 198; Helsedirektoratet, 2008, s. 62-65; Robberstad, 2002, s. 158).

«Å godta. Det skal ikke være slik, men det er det, og det må vi forholde oss til. Og så blir det en sorgprosess i det.»

Det er spennende og flott å få barn, «... men det er så mye mer enn det.» Det er de foresatte, og gjerne søsken, som kjenner mest på hva barnets vansker og plager egentlig innebærer i hverdagen for dem alle. Familien har levd med et barn de har sett på som friskt og vanlig i flere år, og så får de beskjed om at det har en psykisk lidelse, og gjerne har hatt det siden det ble født. De kan fylles med sorg, sinne, skyld og skuffelse, sterke og altoppslukende følelser. Det kan påvirke forholdet til barnet, mellom søsken og mellom foresatte. Juul (2003, s. 69) skriver at en må si «adjø» til det barnet en har hatt for å kunne si «god dag» til det barnet en har fått. En innser at det ikke går over og at det alltid vil være der på en eller annen måte.

«En må godta, og det kan være greit.» «En må forholde seg til de barna en har.»

Som utsagnet peker på må en rett og slett godta, og lære å leve med det så godt en kan. Det kan være en krevende prosess. Like vanskelig som å forestille seg hva fremtiden vil bringe.

«En ting er å få den diagnosen, men hva innebærer det?»

Det er mange usikre faktorer ved det å ha barn, og mye en kan bekymre seg for. Foresatte må leve i et spenningsforhold med problemer og bekymringer på den ene siden og forventinger og håp på den andre. Det kan være vanskelig å innse at barnet ikke er slik som en trodde, at en ikke klarer alt selv og at en må be kommunen om hjelp. Deltakerne hadde hatt behov for hjelp og støtte over tid, både fra det private og det offentlige nettverket, se sosialt nettverk s. 84. De snakket om det å være de viktigste for barnet, å ikke gi opp, men måtte stå i det.

«Dette må vi og det er forferdelig slitsomt ... Nå må vi bare prøve å mobilisere og se om det kan hjelpe ... Det gjør at en blir veldig trøtt.»

Dette utsagnet illustrerer påkjenningen deltakerne har levd med. Jeg tenker vi alle kan gi opp dersom utfordringene blir for store. For å holde motet og håpet oppe trenger vi å bli sett, hørt og tatt på alvor av dem som er rundt oss.

Deltakerne fortalte om utfordringer de hadde hatt med barnet i mange år, og at de hadde vært i kontakt med mange fagfolk og ulike instanser. Flere deltakere sa at de ikke husket hvordan det egentlig hadde vært. Det var lenge siden (to til fire år) og det hadde vært så mye. De hadde vansker med å huske hvilke instanser de hadde vært i kontakt med først og sist, og hva de ulike fagfolkene hadde sagt og gjort.

6.4 Kategori 2. Opplæring og informasjon om rettigheter

6.4.1 En ny situasjon

Det at barnet fikk en eller flere psykiatriske diagnose ble beskrevet som noe nytt og ukjent av deltakerne. For noen foresatte kan en psykisk lidelse være nytt og lite gjenkjennbart. For andre kan det være kjent fra familie, venner eller kjente.

Deltakerne beskrev usikkerhet i forhold til hva de skulle gjøre, og hadde vansker med å finne ut av situasjonen selv. Det var behov for hjelp og opplæring fra fagfolk som hadde kunnskap om barn med tilsvarende diagnose.

«Være med og lære opp foreldrene, hvordan de skal takle ungen. For det er nytt.»

Dette utsagnet viser at foresatte som kommer i en ny situasjon, kan være usikre på hvor de kan hente støtte og opplæring. Samtidig vet en hvor viktig det er med utviklingsstøtte for barn, og ikke minst for ekstra sårbare barn (Hafstad & Øvreeide, 2011). For å kunne støtte og hjelpe barnet, må en først bli ivaretatt og trygget som foresatt, og få tilstrekkelig informasjon og opplæring i forhold til det nye en ikke kan. Foresatte er barnets nærmeste i hverdagen, og blir på en måte, som Herheim og Langholm (2006, s. 77-78) skriver: «... kastet inn i en situasjon der de føler ansvar for at den syke får riktig behandling, og samtidig selv har behov i forhold til å få informasjon og omsorg.» De møter på ulike utfordringer uten å ha «... faglig eller erfaringsmessig kompetanse på hvordan situasjonene skal møtes eller mestres».

«Når du har fått en diagnose, så blir du bare sendt ut til intet. Stell deg selv. Ingen oppfølging, absolutt ingen oppfølging.»

Dette utsagnet forteller meg at opplæring og oppfølging etter at en psykiatrisk diagnose er satt, ikke er dekkende for det behovet foresatte har. De voksne trenger oppfølging for egen del da situasjonen er ukjent. Det betyr at de voksne som er rundt barnet hjemme, og gjerne på skolen også, trenger opplæring slik at de skal kunne ta vare på barnet på en god måte. Det er mulig at helsepersonell gir mer informasjon og opplæring i forhold til somatiske sykdommer, som astma og diabetes, enn de gir på psykiatriske diagnoser som ADHD eller autisme. Ved somatiske sykdommer blir foresatte ofte innlagt sammen med barnet og får opplæring av helsepersonell. I tillegg får en gjerne tilbud om kurs ved læring- og mestringscenter. Stemmer dette, kan det tyde på mangelfull opplæring og ivaretagelse av foresatte i barne- og ungdomspsykiatrien.

6.4.2 Informasjon, opplæring og rettigheter

Spesialisthelsetjenesten har et lovpålagt ansvar for utredning av barn, og opplæring av barn og pårørende (Sommerschild et al., 2015, s. 373). Det å få stilt riktig diagnose og informasjon kan være det viktigste for familien. God informasjon til barn, familie og nettverk, om diagnose og behandling, kan øke forståelsen for barnet, og bidra til holdningsendring. Opplæringstiltak kan ifølge Dahl og Grov, 2014, s. 15, bidra til forebygging av sykdom, fremme mestring av helseproblemer, og gi støtte til optimal livskvalitet.

Samtlige deltakere uttrykte behov for mer informasjon, hjelp og opplæring enn det de hadde fått fra BUP, NAV og kommune. Flere etterlyste en oversikt over alle de ulike offentlige og

private hjelpeordningene som finnes for barn og familier. De ønsket en kontaktperson som kunne informert om de ulike mulighetene, som kunne hjulpet dem videre. I jakten på hjelp hadde noen funnet frem til private aktører, noe som kan tyde på at det offentlige ikke «reklamerer» nok for egne instanser og tjenester. Hadde innbyggerne funnet det de var ute etter i egen kommune tror jeg ikke de hadde oppsøkt annen hjelp.

I begynnelsen hadde de mest behov for å forstå diagnosen, og få informasjon om rettigheter og tjenester. Etter hvert ble det behov for informasjon om ulike instanser, organisasjoner og foreninger. Deltakerne hadde opplevd at det var vanskelig å finne frem og at det tok flere år å finne ut av alt, noe utsagnet under beskriver.

«Det at hver forelder som sitter med veldig syke barn må finne opp kruttet akkurat likt hver gang. Det er helt forferdelig.»

Det oppleves slitsomt og krevende å finne frem i systemet, uavhengig av egen utdanning og kompetanse. Når en har store omsorgsoppgaver kan det være en ekstra belastning. I tillegg er det krevende å søke om hjelp og måtte beskrive hvordan en faktisk har det, for å få den hjelpen en trenger og har rett på. Innbyggere må være aktive og ta kontakt selv for å få hjelp. De som ikke vil ha hjelp og de som vil klare seg selv, har mulighet til å bestemme det selv. Samtidig skal alle få tilstrekkelig innsikt i tjenestetilbudet, for å kunne foreta et forsvarlig valg og ivareta sine rettigheter (Eikrem, 2015, s. 66).

Selv om det er mange ulike hjelpeordninger for barn og familier i velferdsstaten Norge, er det viktig ikke å overse foresatte, søsken og øvrige familie. Familien kan fungere som både foreldre/søsken og behandlere. Dette kan ha store personlige belastninger, og skape behov for støtte, opplæring og omsorg for egen del for å klare det (Herheim & Langholm, 2006, s. 77; Robberstad, 2002, s. 159).

Kommunen har en generell plikt til å gi informasjon og råd om hvilke tjenester som tilbys, og skal ifølge pasient- og brukerrettighetsloven gi de som søker tjenester, opplysninger de trenger for å ivareta sin rett (Helsedirektoratet, 2011, s. 59).

Deltakerne hadde vært innom mange ulike kontorer, snakket med mange fagfolk og mottatt tjenester med blandede erfaringer. De hadde funnet ut av mye selv og ikke alltid opplevd å bli tatt på alvor eller få den hjelp de hadde faktisk hadde behov for, se del 6.8.2, s. 98. Da de fikk tildelt familieteamet var flere usikre på hva de hadde fått, hva familieteamet egentlig kunne tilby av hjelp. Det fant de først ut da de var i gang med hjelpen, som utsagnet under viser.

«... vi visste ikke at vi kunne få hjelp til dette her.»

Fagfolk kjenner til at det kan være vanskelig for familier å få informasjon om velferdsretten, og finne frem i den jungelen som det offentlige tjenesteapparatet kan oppleves som. Det har derfor blitt laget egne bøker og nettsider som «Jungelhåndboka» (Eikrem, 2015) og «Barn og unge med nedsatt funksjonsevne – hvilke rettigheter har familien?» (Helsedirektoratet, 2005). Stat og kommuner, ulike instanser og foreninger har etablert egne nettsider med oversikt over hvor en kan få hjelp. Til tross for dette illustrerer utsagnene under at deltakerne ikke finner det de har behov for.

«Det har tatt mange år før vi har klart å danne oss et bilde av hva det er av tilbud, hva vi har mulighet til å gjøre, hva vi har krav på og hva vi kan gjøre av egen lomme. Det er veldig komplekst, det er ikke sånn snakk med den og så får du vite alt.»

Det er mulig at kommunen kunne vært mer aktiv på nettet, at sidene kunne vært bedre, med flere linker til både egne tjenester og andre instansene. Etter hvert ble det klart for meg at deltakerne egentlig ønsker et sted/en kontaktperson, som har oversikt over alt. Alt av instanser og tjenester fra kommune, fylkeskommune, NAV, private virksomheter, interesseorganisasjoner og frivillige organisasjoner. Et sted der fagfolk kan gi individuell rådgivning og hjelp i forhold til veien videre, se del 6.8.4, s. 101.

«Vi bruker mye krefter på rettighetene, for det som skal komme på plass som ikke er på plass.»

Informasjon og kunnskap er makt, og lite informasjon om tjenestetilbud kan skape ubalanse. Forskjeller kan jevnes ut ved å skaffe brukerne informasjon, og hjelpe dem med å skaffe informasjon selv (Duncan & Sparks, 2008, s. 201). Det omorganiseres og kommer stadig nye tjenester, og det er vel ingen som har den hele oversikten over alt, slik som deltakere skulle ønsket.

6.4.3 Autonomi og egen vilje

Humanismen er opptatt av at hvert menneske har fri vilje (autonomi). Begrepet autonomi kommer fra de greske begrepene autos (selv) og nomos (styre), og betyr å få og ta styringen i eget liv. Det motsatte er ifølge Henriksen og Vetlesen (2006, s. 80) heteronomi, eller fremmedstyre, og betyr å bli styrt og bestemt over av andre. I den vestlige kulturkrets har individets autonomi en overordnet verdi. Alle har rett til å bestemme over seg selv og si sin mening i saker som angår dem selv.

Fagfolk er opptatt av å støtte personers evne til autonomi, og bidra til at bruker blir mer selvhjulpne i hverdagen. I forhold til helsehjelp er hovedregelen at all helsehjelp er frivillig, og det kreves samtykke før helsehjelp kan gjennomføres (Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015). Som Robberstad (2002, s. 101) skriver må en ha respekt for brukers autonomi og for de valgene de tar på vegne av seg selv og sine barn. «Det er du selv som bestemmer om du ønsker å motta en tjeneste eller ikke – det er ditt liv» (Helsedirektoratet, 2011, s. 46).

«... nå har vi vært heldige, at han [sønnen] vil ha hjelp ... det nytter ikke å begynne hvis ikke han vil ha hjelp.»

Dette utsagnet viser at deltakere har vært bevisst på barnets autonomi. Samtidig skal en være bevisst på at det finnes ulike former for hjelp som kan være nyttig og skape endring. Foresatte står fritt til å søke om hjelp og støtte for å klare den ekstra omsorgsbyrden det er å ha barn med vansker. Ikke alle etterspør tilbud fra offentlige eller private instanser. En vet gjerne ikke hva som finnes av tjenester eller hvordan en skal gå frem for å få hjelp. Noen kan være så slitne at de ikke orker å fylle ut søknadsskjema for å få hjelp. Andre ser gjerne ikke hva barnet og familien har behov for. De kan kjenne på stolthet og stigma, og vil klare seg selv. Det er familier som klarer å håndtere utfordringene selv, som har et sosialt nettverk der de får nødvendig støtte og avlastning i hverdagen.

Noen er fornøyd med den hjelpen de får og har rett på fra kommunen, mens andre klager for å få det de har behov for. Brukere kan oppleve at det er vanskelig å få hjelp, og føle seg avvist. Det kan være ulike årsaker til at ikke alle får målrettet behandling eller tilpasset oppfølgingstiltak som kan lette situasjonen, noe som ifølge Dahl (2014, s. 121) er avgjørende for å opprettholde livskvalitet og optimalt funksjonsnivå. Går det for langt tid uten at en får riktig hjelp, kan tilstanden bli forverret og lidelsene større. Det skal samtidig mye til for å vike fra autonomien.

En kan trenge å bli bevisstgjort på og klar over at en har et valg i forhold til hvordan en vil ha det, og god informasjon for å kunne foreta gode valg. Målet er å bli selvhjulpne. Utsagnet under forteller at deltakere er takknemlige for at de fikk hjelp fra familieteamet.

«Når du da er så heldig å treffe på en person da som er med og hjelper deg så må du, ta til takke med det du får.»

Familieteam er en frivillig og gratis tjeneste for brukerne. Brukerne velger selv i hvor stor grad de vil benytte seg av tjenesten, og kan avslutte veiledningsforløpet dersom de ønsker det. Veileder er samarbeidspartner, og har ikke makt til å styre over brukerne. Foresatte kan velge

annen tjeneste, annen kompetanse og andre løsninger. Det finnes private ordninger en kan velge å betale for selv og få rask hjelp, noe 3 av 8 deltakere i undersøkelsen hadde gjort før familieteamet var inne.

6.4.4 Helheten er det de foresatte som ser

Deltakere var opptatt av at det var de som kjenner og er mest glad i barnet, ikke fagfolkene, noe utsagnene under illustrerer.

«Det er ingen som kjenner vår sønn så godt som oss.»

«Det er vi to som er de som er mest glad i ungene.»

De foresatte er barnets nærmeste og er de som har helhetsperspektivet ifølge Juul (2003, s. 102-103). Foresatte står i hverdagen med barnet hver dag, har ansvaret for barnet og vet hvordan situasjonen egentlig er. Fagfolkene er spesialister på hvert sitt område, møter barnet av og til, og er der på grunn av sin fagkompetanse. En fordel som fagfolk har, er at de møter flere barn og familier og kan sammenligne, tilrettelegge og hjelpe ut fra sitt faglige ståsted. For fagfolk kan det være vanskelig å se hvordan familien egentlig har det, og hvilke utfordringer de har hjemme. Veileder må ha fulgt familien over tid, og gjerne på flere arenaer, for å få mer innsikt i totalsituasjonen. Det kan være mange ulike tjenester og hjelpere rundt barnet og familien, uten at de vet om hverandre. Foresatte velger òg hvem de henvender seg til, og hva som blir fortalt. Det er her snakk om helhet og del, som i den hermeneutiske sirkelen. Som Thornquist (2003, s. 142) skriver: «Hver gang vi forstå en del av virkeligheten, påvirker det vår oppfatning av helheten».

«Så helheten er det vi foreldre som ser. Så det gjør at vi blir veldig trøtte.»

«... så er det ikke alle som skjønner at det er alvorlig. Det er foreldrene som ser helheten.»

Det er for øvrig kjent at tjenestene er for oppstykket og at helheten mangler, noe regjeringen vil gjøre noe med gjennom Stortingsmelding 26 «En helhetlig helse- og omsorgstjeneste».

Jeg tenker at det gjerne er de foresatte som vil gjøre den beste jobben også i forhold til å følge opp barnet. Robberstad (2002, s. 159) skriver: «Dei pårørande har ofte eit heilskapssyn på pasienten sin livssituasjon, dei kan vera ressurs for behandler... ». En kan òg si at det er foresattes oppgave å representere den helheten som fagfolkene ikke kan se, og hjelpe fagfolkene til å jobbe optimalt (Helsedirektoratet, 2008, s. 58; Juul, 2003, s. 103).

De foresatte er nærmest barnet og er oppi de fleste situasjonene. Det er ikke mulig å se alt for verken foresatte eller utenforstående, men foresatte har bedre forutsetninger for å se helheten enn de som kommer utenfra. For fagfolk er det vel heller ikke relevant å ha helheten om andres barn og familier. Alle har sine egne historier og hemmeligheter, som jeg tenker en må få beholde.

6.5 Kategori 3. Forståelse og hjelp ut fra familiens behov

6.5.1 Forstå barnets utfordringer

Deltakere uttalte at det kan være utfordrende å ha barn, og enda mer utfordrende å ha barn med psykiske vansker. Ikke desto mindre trenger barn trygge voksne som kan forstå barnets motiv, intensjoner og behov, som kan gi dem nødvendig omsorg, støtte og opplæring.

«Gjøre slik at foreldrene forstår ungene, for det er veldig viktig.»

Utsagnet viser at det kan være krevende å forstå sitt eget barn. Ifølge Ulvund (2009, s. 9) må en se verden ut fra den unges synsvinkel. Vanlig utseende kombinert med faglig dyktighet kan føre til misforståelser og feiltolkning fra omgivelsene. I tillegg kan ujevn evne- og mestringsprofil, føre til både over- og undervurdering, som beskrevet i s. 64 om funksjonsnivå.

«... så må vi hele tiden gå tilbake og forstå. Det er derfor. Det er utfordringene hans.»

«... få et bilde av hvem han var og ikke hvem han burde ha vært.»

Barn kan gjøre uforståelige og utfordrende ting, og foresatte kan bli fortvilet og redde. Det kan være vanskelig på forstå hva som ligger bak det som barnet uttrykker gjennom atferdsvansker og symptomer (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 225). Det kan være oppbyggende med støtte og veiledning fra fagfolk som kan hjelpe og vise hvordan en kan snakke med barnet på en utviklingsfremmende måte. Samtidig kan det være krevende å få rett forståelse, og holde fast på forståelsen i ulike sosiale situasjoner.

«At veileder snakket med både mor og barn, hjalp til med å forstå situasjoner.»

Hvert menneske har sin egen virkelighetsforståelse, og situasjonen kan være fastlåst. Ved bruk av «triangulerte samtaler», kan alle gi og få informasjon, og hjelpes til å reorganisere egen måte å forstå på (ibid., s. 221). Som Fyrand (2005, s. 157) skriver vil en økt forståelse i seg selv ha en endrende funksjon.

Fortolkningsprinsippet i hermeneutikken betyr at vi forstår delene ut fra helheten og helheten ut fra delene, i forsøk på å forstå begge deler best mulig. Når den foresatte får en forståelse for barnets fungering, kan en lettere forstå helheten, og hele situasjonen en står i som familie.

Barn og familier er i stadig utvikling og endring. I takt med utviklingen kommer utfordringer i forhold til grensesetting, sterke følelser og diskusjoner, og barnet kan trekke seg tilbake og isolere seg. Foresatte kan oppleve å miste kontrollen og bekymre seg for fremtiden.

Det kan oppleves mer belastende å ha omsorg for ungdom enn for barn (Ulvund, 2009, s. 12). Samtidig har ungdom ofte bedre innsikt i egen sykdom enn barn, noe som kan forvirre foresatte og fagfolk. Problematikken kan være sammensatt, og det er derfor viktig å ta seg tid til å være nysgjerrig og lytte til ungdommen. Finne ut hvem ungdommen er, hva som er deres forståelse og finne frem til de gode løsningene sammen.

Barnets dyktighet på områder kan føre til uenighet i familien, om barnet har behov for hjelp og virkelig skal ha en diagnose (Martinsen et al. 2006, s. 56). Uenigheter kan være en hindring i forhold til opplæring, forståelse og endring, og for samspillet i familien.

Det kan være krevende for venner og nettverk å forstå hvordan det er å ha et barn med psykiske vansker, noe utsagnet under illustrerer.

«... de kan ikke forstå hvordan det er, uten å ha vært borti det selv.»

Barn med en psykisk lidelse er like ulike som andre. Informasjon kan være nyttig for både barnet og øvrig familie, venner og nettverk, for å gi kunnskap og forebygge misforståelser. Samtidig er barns utvikling et ansvar for både foreldre og samfunn (Helgesen, 2011, s. 168).

Deltakere ga uttrykk for at det hadde vært få personer som virkelig hadde sett og forstått deres barn. Fagpersoner må bruke tid til å bli kjent med barn og familie, for å klare å sette seg inn i hvordan de faktisk har det.

«... får en forståelse at det ikke bare er oss som foreldre som ser henne ... Det er ikke bare vi som føler at hun er slik. Hun er slik hun er, Det er hennes diagnose som er litt sånn.»

Den hermeneutiske sirkel er sentral i forhold til å forstå barn og familier (Gilje & Grimen, 1993, s. 153). Fagfolk har en forforståelse før en blir kjent med familien, og får en bedre forståelse når en lærer familien å kjenne. Etter en tid kan det komme frem nye sider som gir en dypere forståelse for hva det egentlig dreier seg om, en får en dypere forståelse for belastningene i familien.

6.5.2 Hverdagsspråk som en forstår

Et av hovedprinsippene når kommunene skal yte tjenester er at de skal gi informasjon på en slik måte at den blir forstått av den som etterspør informasjonen. Ved behov skal det gis tilbud om tolk (Helsedirektoratet, 2011, s. 45). Samtlige deltakere snakket og forstod godt norsk, det var ikke behov for tolk for å forstå språket. Likevel ble det å forstå innholdet i det som ble sagt et viktig tema under flere intervju samtaler. Utsagnet under viser at de hadde opplevd at fagfolk brukte begreper og et fagspråk som var vanskelig å forstå.

«Vi kan ikke fagspråket, kan ikke alle regler og ting og tang, og praktiske ting.»

Deltakere ga uttrykk for et behov for hjelp i møte med hjelpeapparatet, for å forstå hva det som ble sagt i møter angående egne barn innebærer. De trengte en veileder eller koordinator som forstod både hjelpesystemet, organisering, fagspråk og den profesjonelle kulturen. Hjelp til å oversette fagspråk til hverdagsspråk og forstå hva det som ble sagt av fagfolk egentlig innebar.

«Det som er greit er å ha med seg folk, som vet hva de snakker om, som snakker et språk som egentlig de som skal forstå det, skal høre. Altså det språket snakker ikke vi lekfolk ... Og ikke minst når samtalen gikk andre veien, så plukket jo hun opp hva de mente.»

«Ofte plukket hun ned, og fikk samtalen ned på et nivå som vi også forstod og kunne henge med.»

I språket som blir brukt ligger det makt, og den som ikke forstår språket kan kjenne på avmakt. I tillegg gir rollen som fagperson makt. Dette krever refleksjon hos hjelperne. Eikrem (2015, s. 8) skriver at kommunikasjonsproblemene kan være så store at folk rett og slett ikke tør å si at de ikke forstår.

Reell brukermedvirkning innebærer likeverdig kommunikasjon. For å sikre at brukerne blir hørt og kan bestemme over egne liv, må de involveres. Hjelper kan ifølge Duncan og Sparks (2008, s. 201) være talerør for brukeren i møter og må være bevisst på å unngå å bruke fagspråk. Fagspråk kan være en barriere for brukerne. Dette er noe helse- og sosialarbeidere forhåpentligvis er klar over, siden de er opptatt av å jevne ut forskjeller og forvalte makt med sosial rettferdighet og likeverd.

6.5.3 Hjelp ut fra familiens behov

Brukermedvirkning er et av hovedprinsippene når kommunene skal yte tjenester. Bruker skal bli tatt med på råd, gis mulighet til innflytelse og være med og bestemme når de skal motta tjenesten (Helsedirektoratet, 2011, s. 45).

«Vi trengte at noen kom hjem i familien og på skolen, var med ham og veiledet. Vi hadde selv jobbet med det i flere år uten å lykkes.»

«... det å stille spørsmål slik at en kanskje kan se ting annerledes.»

Utsagnene illustrerer familiens behov. Kommunen er opptatt av forebygging og tidlig innsats, god fysisk og psykisk helse for barn og familie og oppfordrer foresatte til å ta kontakt hvis de har bekymringer eller spørsmål knyttet til barnets utvikling. Det er ønskelig å hjelpe på laveste nivå og forhindre at det utvikler seg nye symptomer og vansker (Sommerschild et al., 2015, s. 372). På kommunens hjemmeside står det: «Kommunen skal forsøke å finne fleksible og individuelt tilpassete løsninger.» Det betyr mye for en familie å vite at en kan ta kontakt og få hjelp og veiledning når en har behov for det, og at hjelpen tilpasses den enkeltes individuelle forutsetninger.

«... utrolig bra med de samtalene som han fikk, for han hadde jo behov for å snakke med noen, og fikk liksom råd og veiledning fra henne.»

Situasjonen rundt en familie kan være kompleks, og består av helseproblem, skoleproblem og barnevernsproblem. En må begynne der behovet er, og tilpasse nivå, profesjon og system til familiens varierende behov, og ikke omvendt (Helsedirektoratet, 2007, s. 26). Det trengs både fagkompetanse og samarbeidskompetanse for å kunne møte og hjelpe de ulike familiene der de er.

Familier kan klare seg bra uten hjelpe fra det offentlige. Noen kan trenge litt hjelp i perioden, andre kan trenge mye hjelp over lang tid. Omfattende vansker kan kreve omfattende og langvarige tiltak, koordinering og samarbeid mellom ulike instanser. Flere deltakere har etterlyst koordinator, og selv koordinert møter og instanser rundt eget barn i perioder. Ifølge Samhandlingsreformen er behovet for koordinerte tjenester en utfordring, og dårlig koordinerte tjenester betyr dårlig og lite effektiv ressursbruk (Meld. St. 47 (2008-2009), s. 13). En god koordinator og egen individuell plan kan derimot skape trygghet og oversikt, og være med på å sikre at barn får ivare tatt sine sammensatte behov for helsehjelp (Dahl & Grov, 2014, s. 14).

«Kunsten blir å se hva er det familien kan etter hvert klare av seg selv.»

«... jeg kjenner at nå har ikke jeg det behovet, men å ha de i ryggen når jeg var så bekymret for ham, var veldig godt.»

Utsagnene poengterer viktigheten av at fagpersonen tilpasser hjelpen til familiens behov. Det kan være av betydning at hjelpen er fleksibel og frivillig, og kan avsluttes når en ønsker det. Målet er å mestre familie- og voksenliv så selvstendig som mulig.

Som innbygger kan en forvente at den norske velferdsstaten, med sine universelle, selektive og indikerte ordninger, er der og hjelper dem som trenger det (Christensen & Berg, 2015). Samtidig vet en at en presset kommuneøkonomi kan føre til at en skreller vekk alt som ikke er lovpålagt og nødvendig helsehjelp. Noen deltakere hadde opplevd å ikke få den hjelpen de hadde behov for, og andre hadde opplevd at de først fikk hjelp når begge foresatte deltok. Det skaper misnøye ikke å få hjelp når en virkelig har behov for det.

Dersom barn og familier får rett hjelp til rett tid kan en få til endring, og ungdommen kan etter hvert være med og bidra til samfunnet (Meld. St. 47 (2008-2009)). Ifølge Robberstad (2002) betyr det mer enn det helt nødvendige. Det er å gi brukeren en opplevelse av mening, mestring og sammenheng. Brukers livssituasjon og helsetilstand må være utgangspunkt for å vurdere hva som er rett. Det er ikke juridiske, men faglige og etiske vurderinger som er individuelle og situasjonsbestemte.

Juul (2003, s. 19) skriver at det i alle familier kan oppstå konflikter og kriser med utgangspunkt i familiesamspillet eller i den enkeltes liv, og behov for å justere eller endre familiens rutiner og verdier. I tillegg er foresattes psykiske helse og sosiale livssituasjon sentral for barn og unges psykiske helse og sosiale fungering. Helsefremmende og forebyggende tiltak rettet mot de voksne vil derfor ha positiv innvirkning på barnas psykiske helse (Helsedirektoratet, 2007, s. 40).

«... nå er det mest du som har hatt behov for denne hjelpen da.»

Dette utsagnet poengterer at den ene foresatte kan ha større behov for veiledning enn den andre. Å hjelpe foresatte til å hjelpe egne barn er en viktig del av det hele. Som Robberstad (2002, s. 164-165) skriver må noen ta vare på de som skal ta vare på andre, og gi foresatte rom for å drøfte, be om råd og veiledning i arbeidet. Foresatte kan ha behov for empati, informasjon, veiledning og avlastning, på samme måte som fagfolk, for å gjøre en god jobb og ikke bli utbrent.

Familiene møter flerfaglighet rundt barnet i skole, helsestasjon og familieteam, med ulik tilnærming og forståelse. Dersom tiltak ikke stemmer med behovet, må tiltak eller mål endres. Barn og foresattes ressurser kan svinge, noe som krever fleksibilitet (Elvén et al., 2012, s. 210). Det kan skorte på kompetanse og kapasitet hos både foresatte og hjelpere. Det er viktig at fagfolkene som er rundt brukeren tar ansvar, samarbeider og ikke bagatelliserer, skjuler seg bak taushetsplikten eller legger skylden på foresatte eller andre. Samtidig skal en være bevisst på barns egne rettigheter ifølge menneskerettighetene og barneloven.

Deltakere fortalte at de har «*unger som har ekstra behov*» og «*spesielle behov*». Det kan tyde på særegne behov som krever ekstra hjelp og tilrettelegging. Det kan også dannes spesielle mønster i hjemmet. Utfordringen kan bli å leve mest mulig som en vanlig familie. Da er det viktig å ta ansvar, legge ansvar på rett sted, ta kontrollen og be om og ta imot hjelp fra andre ved behov. Dersom en ikke selv innser at en har et problem og trenger hjelp, er ethvert hjelpetiltak nytteløst. Da må veileder først lete seg fram til hvor brukeren befinner seg, før en kan finne endringsstrategi (Helgesen, 2011, s. 243; Ivarsson, 2010).

6.5.4 Samarbeid med barn og foresatte

For å kunne hjelpe barn og familier er evnen til samarbeid en forutsetning. Det er gjerne flere instanser inne, forventninger og føringer på at det skal være et samarbeid rundt barn og familie. Robberstad (2002, s. 96) skriver at veileder må kunne ta selvstendige faglige vurderinger, være kreativ og kunne samarbeide med andre. Elvén et al. (2012, s. 197-203) legger ansvaret for å skape og opprettholde et godt samarbeid med foresatte på fagpersonen, og sier at det løses best ved å få innsikt i de foresattes utfordringer, oppgaver og ressurser. Det krever videre innlevelse, kunnskap, respekt og integritet, og de foresatte skal betraktes som likeverdige.

«At vi som foreldre ble sett på som ressurser ... Viktig i et samarbeid at vi blir sett på som at en gjør så godt en kan.»

Klient- og resultatstyrt praksis legger opp til samarbeid og åpenhet med barn og foresatte, og for å få til et godt samarbeid preget av respekt, tillit og en god allianse mellom partene (Duncan & Sparks, 2008). Bruker kan merke når hjelper møter dem med respekt.

«Jeg følte vi ble møtt som verdige mennesker.»

Foresatte er barnets nærmeste og vet mest om barnet. De har foreldremyndigheten og ansvaret for barnet. De ulike fagfolkene kan mest om faget. Sammen kan fagfolk og foresatte få til et samarbeid, en ko-konstruksjon, av felles forståelse og mening (Sommerschild et al., 2015, s. 35). Ser en ressursene og mulighetene som finnes hos både foresatte og fagfolk, kan en se «*entusiasme og engasjement*» i endringsarbeidet, som deltakere nevnte.

Et godt samarbeid forutsetter en god og trygg relasjon. Relasjon er når det i forholdet mellom to mennesker har utviklet seg kvaliteter, bånd og gjensidig opplevelse av at en betyr noe for hverandre. Fagfolkene rundt familien har ansvar for å sikre respektfull og likeverdig samarbeidsrelasjon med familiene.

En veileder med en god relasjon til foreldrene kan støtte dem i å utvikle både en ny forståelse for barnet og hensiktsmessige mestringsstrategier i forhold til alt det nye, både utfordringene, oppgavene, bekymringene og sorgene (Elvén et al., 2012, s. 202).

Bøe og Thomassen (2000, s. 159-164) skriver at det å være personlig, kunne gå ut av rollene sine og oppleve «*hellige øyeblikk*» fremmer en god relasjon, og at problemløsning, mestring og styrking av selvtillit er viktig. En god relasjon kan være helt avgjørende for at hjelpen skal være nyttig, og positiv endring mulig.

«Han tok tonen og de funket godt i sammen, og han åpnet seg for henne.»

En samarbeidsrelasjon opprettes, fungerer i en kortere eller lengre periode og avsluttes. Når relasjonen blir avsluttet, eller brutt, er samarbeidet over. En person i relasjonen, som veileder her, kan ikke automatisk erstattes av en ny veileder. Da må en eventuelt bli kjent og bygge opp en ny relasjon før samarbeidet kan fortsette. For et barn eller en familie med omfattende vansker kan det være krevende, og i verste fall ødeleggende med brutte relasjoner. Får en ikke rett hjelp til rett tid kan en komme til å miste håpet om at noen faktisk kan hjelpe.

«Her tar de vare på gutten i tre måneder, får han på gli, får han litt bedre, så etter tre måneder, ut. Rett ned igjen. De tar han inn igjen etter tre måneder, nei det må ikke være hun samme. Det er ei nye Han er slik nå at han nekter å gå til noen nye og fortelle hele suppen på ny. Jeg gidder ikke.»

Å samarbeide med fagfolk, og motta hjelpen i sitt eget hjem, kan være både godt og krevende for familier. Deltakere har beskrevet dette, og vektlagt pålitelighet i forhold til avtaler. Det er en viktig del av et godt samarbeid å overholde avtaler som er inngått, gi beskjed dersom det blir endringer og vise respekt for andres privatliv (Lingås, 2011).

«... en kommer når en skal ... er fra da til da, og alt det her fungerte veldig greit. Alle de her ordningene rundt, logistikk og alt, er nyttig i en travel hverdag med familie. En har klare forventninger om at nå kommer noen, og så gjør det det.»

Deltakere nevnte at det var et godt samarbeid og en veldig grei dialog, de stolte veldig på veileder og følte at vedkommende alltid var på deres side i møter. En åpen og god dialog med bruker realiserer likeverd og forebygger avmakt (Bøe & Thomassen, 2000, s. 268).

Det er barn og familie sin livssituasjon og helsetilstand som er utgangspunktet for vårt samarbeid. I et demokratisk samfunn som er tuftet på humanistiske verdier, er det viktig i samarbeidet å respektere barn og foresattes autonomi og rett til å velge selv.

6.5.5 Involvere begge foresatte

Far og mor har foreldreansvar for sine barn, og de samme muligheter, retter og plikter i forhold til omsorg og oppfølging. Likevel er det en tendens til at det er mor som følger barnet til undersøkelser, går på møter og tar telefoner som gjelder barnet. Juul (2003, s. 74-76) skriver at kvinnen ofte er den mest aktive, selv om de ellers er likestilte foreldre. Elvén et al. (2012, s. 200) sier at mor ofte er den som raskest tilegner seg kunnskap og handlingsmuligheter. Far kan ha vanskeligere med å endre tidligere oppfatning av barnet og lære nye metoder. Derfor kan foresatte være bekymret, føle seg stresset og presset.

«Av og til skulle jeg ønske at far hadde vært mer involvert, for det har vært kjempetøft i perioder. Jeg føler liksom hele ansvaret har vært på meg.»

Utsagnet forteller meg at det kan være vondt å kjenne seg alene med strevet og merbelastningen. Ved at begge blir sett, hørt og involvert, kan det bli lettere for begge å stille opp og delta likeverdige. Deltakere var opptatt av at hjelperne også må ta far på alvor, høre hvordan han har det, og undersøke hva han mener og tror.

«Jeg tenker på det at mannen får slippe til av og til og får sagt noe Damene kan snakke mennene i senk og i denne settingen her med unger som har ekstra behov så er ikke det bra.»

Juul (1996, s. 129) skriver at det kan være vanskelig å få begge foresatte til å stille opp av ulike grunner, men det er ikke desto mindre viktig. Når begge får informasjon og blir kontaktet når det er noe, er det lettere å bli involvert og stå sammen rundt barnet. En kan dele på møter og oppgaver, gleder og sorger og støtte hverandre i hverdagen. Som den tyske

dikteren Christoph August Tiedge har sagt: «Delt glede er dobbel glede, delt sorg er halv sorg» (Tiedge, 2016).

«I forhold til den dynamikken mellom partnere, er det viktig at det ikke stanse opp. Det kan fort bli damene som tar over alt, og så blir mannen på siden, og gidder ikke engasjere seg, og det er jo livsfarlig.»

Gevinsten av å involvere begge kan bli at begge foresatte opplever å være likeverdige i forhold til barnet og det som skjer. En slipper å videreformidle til den andre. Begge får spurt og sagt det de har gått og tenkt på, og det er lettere å huske det som blir sagt i møter. Det kan bli lettere å få orden på alt når en er to, enn når det bare er en foresatt som driver og kjemper. En kan unngå at mor blir for engasjert og så sliten at det går ut over hennes helsetilstand, noe ingen er tjent med. Samtidig opplever barnet at begge foresatte stiller opp, vet det samme og deler på ansvar og oppgaver.

«Det er viktig for ungen også at begge foreldrene vet om det ... At de føler at vi er tilstede for de, forstå de.»

For parforhold og familie er det bra at begge er involvert i det som skjer og at oppgaver blir fordelt. Det påvirker hele familien dersom en i familien er sliten eller syk, og alle må ses og tas på alvor. Ifølge Sommerschild et al. (2015, s. 348) vil foreldre som står sammen om oppdragelsen «... oppleve at de lykkes, foreldresystemet styrkes og de vil lettere mestre nye utfordringer». I tillegg kan de være mer slagferdige og troverdige i kontakt med hjelpeapparatet dersom begge er velinformert og står sammen.

«Mødre blir gjerne oppfattet som litt hysteriske, det er sikkert ikke så gale som de sier, ... men når da far sitter på siden og sier slik som dette her har vi det altså, hver dag. Å ja, ok.»

Som Elvén et al., 2012, s. 200 skriver er kvinnen oftere i kontakt med både instanser og egne følelser. Menn er gjerne mer handlings -og løsningsorienterte, og kan bære på følelser og opplevelser i ensomhet. Juul (2003, s. 74-76) påpeker at det kan føre til at mannen mister kontakten med sin familie, noe som lager grunnlag for en usunn relasjon mellom mor og barn. Dersom den ene foresatte forneker og ikke vil godta eller forholde seg til diagnosen som er satt, kan det bli vanskelig.

«... vi kjenner jo enkelte, der mannen i parforholdet, ikke kan akseptere diagnosen engang, og da er det et fryktelig dårlig utgangspunkt for en god prosess. Både for barnet det gjelder og paret det gjelder, og for hele familien.»

Juul (2003, s. 83-84) bekrefter det de foresatte sier. Det er viktig at begge kjenner til barnets utfordringer og vet hva, når og hvordan hverdagslige gjøremål skal utføres. En skal stiller opp for sin partner og familie. På den måten kan en forstå ansvarets omfang og være i stand til å være fleksibel i forhold til oppgavene som må gjøres, definere ansvarsområder og finne en balanse som er rimelig.

For fagfolk betyr dette en bevissthet i forhold til å innkalle begge foresatte til møter og veiledning, og sjekke at tid og sted passer for begge. I et samarbeid rundt et barn med mange fagfolk, har en gjerne vært mest opptatt av at alle fagfolkene kommer, ikke begge eller alle de foresatte. Ut fra undersøkelsen er det mindre viktig om de foresatte er biologiske foreldre eller ikke. For en forelder er det god hjelp og støtte i å få ha med seg samboer eller partner i møter med fagfolk.

6.5.6 Sosialt nettverk

Et godt sosialt nettverk er viktig og kan bestå av familie, venner, medelever, naboer, trenere, avlaster, med mer. For mindre barn består det av nærmeste familie og venner. Venner og nettverk kan gi glede, tilhørighet, støtte og trygghet i hverdagen. Gode venner liker deg og skaper trivsel i hverdagen. Som Sommerschild et al. (2015, s. 351) skriver: «Familiens nettverk har en sentral funksjon i forhold til familiemedlemmenes funksjon og barnas oppvekst». Det utgjør et viktig sosialt sikkerhetsnett. Psykiater Finn Magnussen sa til meg; «Et barn trenger ikke bare en mor og en far, men en hel landsby». Utsagnet kommer opprinnelig fra et afrikansk ordtak, og sier noe om hvor viktig nettverket rundt et barn er i forhold til oppvekst og oppdragelse. Barn er ikke bare avhengig av sine biologiske foreldre. Det samme kan en finne igjen innen systemteoretisk tenkning (Helgesen, 2011, s. 168-169). Alle personene i et system er avhengig av og påvirker hverandre. Når da en person i familien blir syk eller har det vanskelig, vil det ha påvirkning på de andre i systemet.

Barna i undersøkelsen hadde vansker i forhold til venner og sosial omgang. De hadde ikke så mange kompiser eller venner. Det ble nevnt at de hadde vansker i forhold til manglende sosiale ferdigheter og upassende oppførsel (Gundersen, Finne & Olsen, 2006). Samtidig skal en huske på at det et barn ikke har lært av ferdigheter, kan det ikke.

«... de største utfordringene er i forhold til vennene. ... at hun ikke holdt avtaler, ikke svarte når de ringte henne Når telefonen ringte så tok hun den ikke, plutselig så stengte hun alt og alle ute.»

Noen hadde spesifikke sosiale vansker i form av sosial angst og autismspekterforstyrrelse. Det fremkom i undersøkelsen at to av barna hadde blitt mobbet av venner og barn på skolen. Barn kan ha vansker med å få venner, noen blir mobbet akkurat for de vanskene de har. Det er vondt når barn sliter i forhold til vennskap, og forferdelig for et barn å bli mobbet av medelever. De kan oppleve at det sosiale nettverket rundt dem svikter, og frykte det verste.

«... han gruet seg til ungdomsskolen i flere år.»

Det å ha venner er viktig, også for barn med vansker, sosial angst eller gjennomgripende utviklingsforstyrrelse. En kan oppleve at barnet ikke har så mange venner på egen alder, at det er lettere å snakke med voksne eller yngre barn. Samtidig vil en være slik som alle andre. Det kan være krevende å være sosial sammen med venner, og det kan være behov for pause etterpå, for å hente seg inn igjen.

«... når hun er ute med venner er hun veldig sjarmerende, veldig utadvendt Men jeg tror det tapper henne for mye energi.»

Barn kan bli usikre, stresset og trekke seg fra ubehagelige situasjoner, fra det sosiale med venner på skolen og i fritiden. Det kan bli mye TV og data hjemme i stedet, og noen kan isolere seg på rommet. Familien opplever barnets vansker i hverdagen og ser at barnet blir utstøtt eller trekker seg fra sosialt samvær med andre. Studier viser at periodevis isolasjon kan virke som en følelsesmessig avkobling (Ulvund, 2009, s. 12). Samtidig vet en hvor viktig sosial støtte fra venner er for barn, og foresatte kan bli både bekymret og frustrert. Det kan være vanskelig å akseptere eller godta at barnet er så mye hjemme alene og gjerne på nettet. Deltakerne fortalte at barnet hadde lite sosialt nettverk, men var sosial på nettet. Nettvenner kan oppleves som like viktige eller viktigere enn virkelige venner, og er ofte mindre konfronterende. Slike "virtuelle vennskap" kan bestå av både kjente og helt ukjente kontakter. For foreldregenerasjonen kan det være nytt og ukjent å chatte og spille online med nettvenner, noe som ble nevnt i undersøkelsen. Deltakere var usikre på hvor mye spilling som er vanlig og greit, noe som kan skape konflikter i familien. Dette er noe som berører flere enn de som ble intervjuet i undersøkelsen. Som noen deltakere sa, kan det være positivt også med nettet, en blir kjent med folk fra hele verden, blir flink i engelsk og data, og bygger

spesialkompetanse på ulike områder. Men barna trenger oppfølging og opplæring i forhold til «nettvetregler» for å være trygge (Redd barna, 2016).

For å kompensere for manglende eller lite sosialt nettverk hadde noen deltakere i undersøkelsen søkt og fått innvilget støttekontakt, privat avlaster som leksehjelp og avlastning i bolig til barnet. Et offentlig nettverk som består av hjelpere som er rundt barnet, kan være gode støttespillere for barn og familie (Gundersen, K., Moynahan, L. & Olsen, T. S., 2006).

«Vi har fått koblet opp et enormt nettverk rundt henne, på offentlige instanser.»

Gjennom deltakelse i interesseorganisasjoner, lag og foreninger, kurs og foreldregrupper møter en andre barn og familier som er i lignende situasjon. Deltakere fortalte at de fikk sosial støtte og opplæring av hverandre, og reiste på kurs og ferier sammen. Personer som har vært gjennom lignende hendelser på en god måte, også kalt likemannsarbeid, har vist seg å være viktige ressurspersoner (Fyrand, 2005, s. 249).

«For da gir vi hverandre litt tips og det vi opplever og erfarer. Det tror jeg betyr mye for hele gruppen.»

En familie er langt på vei et skjebnefellesskap. Det er betydningsfullt å møte respekt, forståelse, støtte og hjelp fra nettverket når det røyner på, eller det oppstår en krise i hjemmet. Å orientere familie og venner om tilstanden kan forebygge misforståelser. Nettverket kan i neste omgang brukes som en ressurs i forhold til barn med ulike vansker, og som samarbeidspartnere for fagfolk som er rundt barnet.

Foresattes vanlige nettverk kan bli mindre når utfordringene i hjemmet vokser og behovet for hjelp blir større. Venner kan på den ene siden ha vansker med å forstå, og på den andre siden være usikre på hvordan de best kan være til hjelp i praksis. De kan føle seg hjelpeløse eller «brukt opp», og trekke seg unna (ibid., s. 86). Besteforeldre kan kjenne på en avmakt og dobbel sorg når et barnebarn strever (Elvén et al., 2012, s. 198; Juul, 2003, s. 98). Men den nærmeste familie er de som trekker seg sist.

Robberstad (2002, s. 160) skriver at det kan gå ut over både søsken, parforhold og familieforhold, i tillegg til venner og sosialt nettverk. Er en sliten, orker en gjerne ikke å være sosial. En har gjerne ikke overskudd til å invitere venner eller gå på besøk. Det er heller ikke sikkert en kan gå fra barnet hjemme, alene eller sammen med søsken, på grunn av vanskene. Manglende sosialt liv kan igjen påvirke trivsel, overskudd og det følelsesmessige klimaet i familien. Det er ønskelig at familie og nettverk skal klare å støtte og hjelpe sine barn opp og

frem, uten å bli utslitt. Da er det viktig å vise respekt og anerkjennelse for de nærmeste, og verdsatte den innsatsen de faktisk gjør for et annet menneske. Samtidig er det viktig å bli sosialt inkludert akkurat slik en er. Det kan være en stor oppgave for en familie å følge opp ett eller flere barn med omfattende vansker i mange år, og det er et stort samfunnsansvar å hjelpe til der det trengs. Et nettverk kan mobilisere ressurser på ulike måter, og bidra til bedret livskvalitet for barn og familie (Fyrand, 2005, s. 86).

Et sosialt nettverk kan bestå av både private og offentlige personer, virtuelle og virkelige mennesker. Vi er forskjellige og står som voksne fritt til å velge eget nettverk. Barn er i større grad avhengig av sitt nære familienettverk og venner fra barnehage og skole.

6.6 Kategori 4. Endring av barns og familiers livssituasjon

6.6.1 Utvikling og endringsarbeid

Å få et barn med funksjonsvansker, kan være en stor endring i en families livssituasjon. Deltakerne i undersøkelsen hadde tatt kontakt med kommunen, for å få hjelp til å få det bedre på ulike områder. Ifølge Duncan og Sparks (2008, s. 191) er forandringer i familier uunngåelig, og det kan skje fort. For noen er det en endring bare det å innse at en trenger hjelp, og det å få hjelp.

«Jeg tror det hjalp godt at det var noen i starten ... at det ikke bare var far og mor som pushet.»

En grunnleggende tanke i humanismen er: «Alle mennesker har mulighet for å endre og utvikle seg (realisere innebygget potensiale)» (Herheim & Langholm, 2006, s. 65).

Familieteamet jobber for å få til positive endringsprosesser sammen med familier, med utgangspunkt i brukers behov. Samtaleverktøyet KOR blir brukt gjennom hele veiledningsforløpet for å følge med og sikre utviklingen. Veilederne er tett på familiene og er mye på hjemmebesøk. Sommerschild et al. (2015, s. 378) viser til klinisk forskning som sier at den hjelpen som virker best gis til barnet i barnets eget nærmiljø.

Endring i familiers atferdsmønster kan være hardt og krevende for barn og foresatte, noe utsagnet under indikerer. Hjelp fra fagfolk til å støtte og vise forståelse på den ene siden, og dytte og motivere på den andre siden, kan være nødvendig for å klare en slik endring (Helgesen, 2011, s. 384).

«... det må så harde bud til for at det skal bli en endring.»

Ifølge Duncan og Sparks (2008) er tillit og godt samarbeid mellom foresatte og veileder viktig for å kunne hjelpe og få til en positiv endring. Noen barn har to foresatte, andre en, tre eller fire rundt seg i hverdagen, og det er verdifullt med godt samarbeid mellom de foresatte. Familier er i stadig forandring, og endring i familien påvirker barna. Samtidig vet vi at samspillet i familien har stor betydning for barns helse og utvikling, og at stabilitet i emosjonelt familieklima er bra for alle. Det demper konfliktnivå og hindrer sykdom. (Sommerschild et al., 2015, s. 35). Barn er avhengig av støtte fra alle som er rundt dem hjemme og på skolen, og det er viktig med god kommunikasjon slik at barnet ikke blir skadelidende.

Deltakerne har oppgitt bedring på ulike områder gjennom tjenester fra familieteamet. Det kan selvfølgelig ha sammenheng med at barnet har blitt eldre, naturlig utvikling i familien og andre faktorer. Kommunikasjon og samspill mellom barn og foresatte har i hvert fall blitt bedre. Selvskadingen er borte, det er mindre sinne, barnet setter seg ned og snakker med de foresatte, tør å utforske mer og er tilbake på ulike områder i livet. Deltakerne opplevde å ha fått mer kontroll, være mindre stresset og har det bedre sammen med barna sine igjen. Flere av barna har fått seg venner og et lite nettverk rundt seg. Det var flere aktiviteter og ting deltakerne ønsket å gjøre sammen med barnet, som de innså ikke var mulig. Deltakerne kjente på både fremgang og begrensinger, og at det er lett å falle tilbake.

«Han sliten jo enda en del med selvbilde sitt, men det er i alle fall på god vei opp over. Og at det er familieteamet som har styrket ham i det, det er det ikke noe tvil om.»

Psykisk helsearbeid er opptatt av god fysisk og psykisk helse hos barn og voksne. Gjennom veiledning til foresatte kan en få til endringer i familien, og hjelpe barnet til god helse og utvikling. I utvalget var det fem veiledningsforløp som ifølge statistikken hadde hatt positiv endring, og tre veiledningsforløp som ikke hadde hatt bedring. I noen familier er det vanskelig å få til positiv endring. Det kan være familier som føler seg «sendt» fra andre instanser, som egentlig ønsket noe annet og ikke har tillit til veileder eller hjelpeinstans. Se for øvrig Kategori 5 om nyttig og unyttig hjelp s. 90-96 og del 7.4 konklusjon i forhold til forskningsspørsmål s. 115.

6.6.2 Veien videre

Deltakerne var nyanserte i forhold til veien videre. De var opptatt av situasjonen her og nå, at en må ta hensyn til den kroppen og lidelsen barnet har, samtidig som de tenkte fremover i forhold til muligheter og begrensninger.

Samtlige barn var i skole eller jobb på intervju tidspunktet, med sine utfordringer og ulike tilpasninger. Et deltakerpar var redd for «drop-out» i skolen, siden det sosiale var vanskelig. Et barn hadde fått seg kjæreste og et annet hadde fått sertifikatet og kjørt bil. Flere hadde venner og et lite nettverk rundt seg.

Noen mente at deres barn hadde et høyere hjelpebehov enn andre, og ville ha behov for hjelp og støtte fra familie, nettverk og kommune, gjerne hele livet. Andre hadde tro på at barnet ville modnes med årene og klare seg uten hjelp videre. Et par sa at det hadde vært vanskelig de siste tre årene, men nå hadde de tro på at han ville klare seg og få en grei jobb. Det kan se ut til at foresatte opplever at det går lettere, og er et mindre problem for dem når barnet vokser til. Det kan ha sammenheng med modning og læring, men òg at det er god hjelp i å erkjenne at utfordringene er der, at det er noe som vil vedvare, og godta situasjonen slik den er (Elvén et al., 2012; Juul, 2003). Barn vil alltid ha behov for støtte i fra sin nærmeste familie. Noen ting må en jobbe med på lengre sikt, gjerne hele livet.

Deltakerne hadde håp og ønsker på vegne av sine barn, i forhold til selvstendighet, jobb og god livskvalitet. De så barnets ressurser, og ikke bare lidelser og vansker. Samtidig visste de hvor de kunne henvende seg ved nytt behov, og kjente trygghet i å vite at det var hjelp å få. Mennesker utvikler seg hele tiden. Det kommer nye faser i livet og vil dukke opp nye utfordringer og muligheter.

Familieteamet jobber etter vedtak og er inne med praktisk veiledning i perioder. Familiene får hjelp til å få en forståelse og endring til å bygge videre på selv. Når hjelpen opphører kan familien kjenne på både takknemlighet, lettelse og savn.

Det kan være godt med støtte, og vanskelig å se endringer en er en del av selv. Deltakerne hadde opplevd endring på ulike områder, på tross av utfordringer. Kommunikasjon og samspill mellom barn og foresatte hadde blitt bedre, foresatte hadde lært nye metoder og fått mer kontroll over situasjonen. Barna var blitt eldre og det hadde gått over i nye faser. De kjente på fremgang, samtidig som de var klar over at det er lett å falle tilbake til gamle mønster.

«Vi faller lett tilbake. Etterpå blir jo vi sittende med alle de tingene som skal gjøres ... vanskelig å opprettholde og være de fagpersonene ovenfor sitt eget barn.»

Utsagnet forteller at deltakerne i undersøkelsen har fått veiledning og hjelp i forhold til sine barn. De har fått svar, nye perspektiver, funnet ut av situasjonen og kjenner seg tryggere på veien videre, selv om det kan være lett å falle tilbake. De kjenner på belastningen, men har blitt bedre rustet til å tåle livssituasjonen og det som måtte komme. Det er hjelp å få, og de vet hvor de kan henvende seg dersom det skulle bli behov for hjelp igjen på et senere tidspunkt.

Deltakere var opptatt av at barna, som nå har blitt ungdommer, har et valg og et ansvar for sine egne handlinger. Ungdommen kan selv velge hvordan han vil leve livet sitt. Familien er bevisst på at de ikke kan passe på sine voksne barn hele tiden.

Jeg tenker at de foresatte kjenner sine barn veldig godt, og opplevde under intervjuene at de var reflekterte i forhold til fremtiden. De har gjort en stor innsats, oppnådd mye og vil alltid være der for sine barn, som etter hvert blir voksne og skal klare seg utenfor familiens trygge rammer.

6.6.3 Å stå alene uten hjelp

Deltakere hadde opplevd å stå uten hjelp. Det kan være ulike grunner til at folk står alene. Ifølge helse- og omsorgstjenesteloven § 3-1 skal kommunen sørge for nødvendige helse- og omsorgstjenester til personer som oppholder seg i kommunen. Alle barn har rett til likeverdig tilbud, uavhengig av den enkeltes ressurser, evner og muligheter.

Deltakere kunne se for seg hva som kunne ha skjedd dersom de ikke hadde fått hjelp fra familieteamet. Barnet hadde «droppet ut» av skolen, det hadde fortsatt å selvskade seg og gjerne tatt livet sitt. Foresatte hadde gjerne vært sykemeldt. Flere av sitatene under kan sees i sammenheng med nyttig og unyttig hjelp som kommer nedenfor.

«Vi tørr ikke tenke på hvor vi hadde vært nå, hvis ikke hjelpen hadde vært satt inn.»

Det koster tid, penger og krefter å ha barn, søke om hjelp og ta imot hjelp. Deltakerne var som utsagnene under illustrerer opptatt av at noen ønsker hjelp, andre ikke.

«Det har noe med deg selv også ... Hvis du ikke er mottakelig for å få hjelp, så nytter det ingenting det de gjør.»

«Det hjelper ikke hvor mye familieteamet jobber hvis foreldrene gjør gale ting. Det som blir bygget opp kan fort bli revet ned.»

Som Helgesen (2011, s. 384-385) skriver krever det en god del av brukeren å motta hjelp og være aktivt medvirkende. Noen ønsker å slippe ansvaret og vil at hjelperen skal gjøre jobben for dem. En skal være klar over at foresatte er ansvarlig for sin egen situasjon og for valg de tar på vegne av familien. Samtidig som autonomien skal ivaretas.

Deltakere hadde klare uttalelser i forhold til foresatte som ikke tar imot hjelp:

«Jeg tenker med skrekk og gru på de som ikke har mulighet til det.»

«En vet det går ut over ungene dersom en ikke er mottakelig for hjelp ... Stakkars de barna.»

Fagfolk skal på den ene siden hjelpe folk som har behov for hjelp og støtte. På den andre siden skal en ha respekt for den enkelte familie, for deres valg og måter å leve livene sine på.

6.7 Kategori 5. Nyttig og unyttig hjelp

6.7.1 Nyttig hjelp

Utgangspunktet for all hjelp er at det skal være til nytte for brukeren. Denne kategorien ble derfor ekstra viktig i undersøkelsen, og samtlige deltakere bidrog med nyttig informasjon.

Hjelpen tar utgangspunkt i barnet, og det er viktig å spille på lag med barnet, bli kjent og opparbeide tillit (Robberstad, 2002, s. 150-157). Deltakerne presiserte det at veileder hadde snakket med barnet som svært nyttig. Veileder hadde lyttet og samarbeidet med barnet om nødvendige endringer, i forhold til å forstå seg selv, egne følelser og utfordringer. Barnet hadde lært hva en skal gjøre dersom en kommer i vanskelige situasjoner, og fått hjelp til bedre samarbeid med sine foresatte. De hadde trent på å komme seg opp og ut om morgenen, økt oppmøte på skolen og fysisk trening. Det hadde vært kontinuerlig oppfølging hver uke. Som utsagnet under peker på er det godt for familien med hjelp over tid fra en veileder som kjenner og forstår både barnet og situasjonen.

«... de smådryppene og småtipsene var liksom med på å bygge ham opp.»

«... personlige oppfølgingen som han fikk, ... jeg tror det var det som berget ham, et menneske å forholde seg til, et menneske som la merke til, ... tok ham med på ting. Jeg klarer ikke se hva annet som kunne hjulpet han i forhold til å få ham videre.»

Veileder hadde snakket med de foresatte som par og hver for seg, med fokus på barnets diagnoser og fungering, sosialisering og god utviklingsstøtte. Det hadde vært nyttig å få høre hvordan veileder så på barnet, at andre så det samme som dem, og hvordan barnet selv hadde sagt at det hadde det. De hadde fått nyttig støtte i en periode der de hadde vært veldig bekymret for barnets utvikling, og det hadde vært godt å kjenne støtten fra familieteamet.

Deltakerne var inne på hvor viktig og nyttig det hadde vært å mestre, beherske og eie sin egen situasjon. Følgende utsagn uttrykker at det er godt å få anerkjennelse og bekreftelse i en turbulent periode, på at de hadde god struktur og gode rutiner i hjemmet.

«Fikk bekreftet at sånn som vi hadde vært og gjort det i mange år, det var egentlig det beste.»

Jeg tenker at alle foresatte trenger å bli sett, trodd og anerkjent som omsorgspersoner. Hjemmesituasjonen kan være krevende, og gå på bekostning av både den enkelte, parforholdet og familien. Veileder hadde vært opptatt av parforholdet og ekteskapet, og deltakerne hadde fått nyttig familierådgivning.

«Meg og han var inne der og hadde familierapi ... du blir jo frustrert i en slik situasjon. Så det går jo ut over alt. Men hun hjalp jo oss.»

Deltakere hadde opplevd det å samarbeide med fagfolk og mange ulike hjelpeinstanser som krevende. Det var ikke alt de forstod av det som ble sagt og gjort av fagpersonene, og det var ikke alltid de ble hørt og tatt på alvor. For fagfolk med ulik kompetanse kan det være viktig å ha en dialog og et samarbeid på tvers av instanser, avklare ansvarsfordeling mellom enhetene og ressursituasjonen. Det er ikke alltid foresatte har kjennskap til alt, har samarbeid med alle, eller er enig alt som blir gjort. Da kan det være godt å få hjelp og støtte i møter, fra en veileder som har kjennskap til og forstår både fagspråket, barnet og familien (Elvén et al., 2012, s. 207-209).

Samtidig hadde deltakere opplevd nytten av å ha med seg en fagperson i møter, som kunne si det samme som dem. Når ordene kom fra en fagperson, hadde de tyngde, og familien opplevde å bli tatt på alvor. På samarbeidsmøter kunne det være opptil 10 personer tilstede. Det kjentes trygt og godt å ha med seg en fagperson som var på familiens side, som snakket deres sak og forsvarte dem. Slippe å være alene og føle at en står alene mot alle fagfolkene.

«Greit å ha med seg folk som vet hva de snakker om, som snakker språk som de som skal forstå det skal høre. Fikk samtalen ned på et nivå som vi også forstod og kunne henge med.»

Velvilje, individuell tilpasning og fleksibilitet ble nevnt av flere. Det er ikke alt som kan planlegges når en jobber med barn og familier med omfattende vansker. Familieteamet jobbet både ambulant hjemme hos familien, snakket med familie og nettverk, deltok i møter, ga opplæring og samarbeidet med andre instanser rundt barnet. Det ga en helhet for familien, som deltakerne uttrykte hadde vært svært nyttig. Veileder var lett tilgjengelig på telefon og SMS, slik at de kunne ta kontakt og få råd dersom det oppstod kriser eller situasjoner hjemme. Det hadde vært nyttig at veileder kom og trente med barnet og avlastet dem, og at de kunne ha møter på slutten av dagen, slik at en slapp å ta så mye fri fra jobb. De hadde opplevd at veileder møtte som avtalt, noe som er nyttig i en travel hverdag med familie og jobb.

«Veldig viktig at de kunne komme hjem ... vi kunne ikke tatt imot noe tilbud hvis ikke tilbudet hadde kommet hjem i den perioden.»

«Det varte så lenge at det var et kontinuerlig tilbud, det var godt, hadde vært så mange ut og inn.»

Sammenhengende tjenester over flere måneder gir kontinuitet, trygghet, rom for tillit og utvikling. En får tid til å forstå og godta situasjonen, og hjelp til å foreta nødvendige endringer i hjemmet. I tillegg får en hjelp til planlegge veien videre, hva en trenger av hjelp og hvor en eventuelt kan henvende seg senere ved et nytt behov. Deltakerne hadde fått flere ulike bidrag som hadde utgjort en forskjell for dem. De hadde fått forslag og blitt satt på sporet på tiltak de ikke hadde orket å tenke på før, slik som avlastning og fysioterapi.

Familieteamet jobber med endringsarbeid i familier, og er inne til det går bedre eller andre overtar. Det kan være vanskelig for både foresatte og fagfolk å finne rett tid til å avslutte en veiledning og tjeneste. Deltakere hadde erfaringer på at *«Alle avslutter før det går bedre Og det var jo veldig sørgelig»*. Andre kjente at det var helt greit å avslutte. Bruk av KOR og «Skåringsgraf for KOR-skalaene» (Vedlegg 7), kan være et godt hjelpemiddel i avslutningsarbeidet. En samarbeider omkring endringsarbeidet, kan brukere selv vurdere utviklingen, og samarbeide om avslutningen. Gjennom KOR blir en aktivt deltakende i prosessen, og er mer forberedt når det går mot avslutning. Brukerne kan likevel kjenne det som både godt og skummelt å avslutte en tjeneste, som nevnt i del 6.6.2, s. 88. Den gode støtten og relasjonen som er bygget opp skal opphøre, og en skal gjerne stå alene igjen som foresatte.

Samtlige deltakere syntes tjenesten hadde vært viktig og nyttig, og hadde anbefalt den videre til andre.

«Det er et fantastisk tilbud.»

Det var ikke alle som hadde opplevd ønsket endring eller bedring av situasjonen, men de satt allikevel igjen med en opplevelse av at det hadde vært nyttig. Ingen klaget eller la skylden på familieteamet eller andre for at ikke alle målene hadde blitt nådd. Det tenker jeg kan henge sammen med at de hadde fått støtte, anerkjennelse og økt innsikt i barnets vansker og fungering. De hadde lært nye måter å forstå og forholde seg til barnet på, bedre mestringsstrategier og i større grad godtatt situasjonen slik som den var. Noe kan læres og endres, andre ting må en bare godta at er slik.

6.7.2 Unyttig hjelp

Det var interessant å se hvordan deltakerne tok seg betenkningstid før de svarte på hva som var unyttig hjelp. Fem av åtte par svarte som utsagnene under viser. De syntes ikke det hadde vært noe som hadde vært unyttig.

«Nei ingenting.» «Det var vel anvendt tid.» «Jeg har faktisk ikke noe negativt å si.»

«Nei jeg vet ikke, jeg følte ikke det var noe. Jeg følte at han fikk så mye hjelp, at det var verd det, alt det der.»

«... alt gikk så greit egentlig ... det ordnet seg, og da tenker en ikke på slike ting lenger.»

To par syntes det hadde vært vanskelig å vite hvor de skulle krysse av på CORS-skjemaet (Vedlegg 7). De husket ikke hvor de hadde skåret sist og syntes det var vanskelig å sammenligne fra gang til gang. Dette var det eneste negative som ble nevnt angående bruk av KOR, og kan stemme med tidligere forskning som viser at brukerne ikke gir uttrykk for vesentlige negative erfaringer ved bruk av KOR-skalaene (Tuseth et al., 2006, s. 5).

Ett par trakk fram at familieteamet hadde liten fleksibilitet i forhold til tid ut over kveldene, og et par nevnte vedtak på bare tre måneder. Virksomheten har evaluert vedtaksperiodene, og gått mer over til vedtak på 6 måneder der det er et tydelig behov for veiledning over tid.

En annen sak som var *«virkelig unyttig»* var at familieteamet hadde skiftet veileder fra første til andre vedtaksperiode. Som Ulvestad et al. (2007, s. 363) skriver kan det for noen være viktig med kontinuitet i behandlingen. Når alliansen er på plass kan et bytte være ødeleggende. Samtidig kan et bytte være begrunnet i kompetanse, permisjon eller kapasitet. Et par synes, som utsagnet under illustrerer, at det hadde vært for mange møter.

«Jeg følte ikke at jeg trengte å være på alle møtene. Det ble sånn gjentakelse hver gang.»

I ettertid kan en se at det å svare i forhold til unyttig hjelp kan ha vært vanskelig for deltakerne, siden hjelp er et positivt ladet begrep. Det kunne vært bedre å undersøke om hjelpen var til lite hjelp eller om hjelpen hadde liten verdi for dem. Forøvrig virket det som om de var takknemlige for den hjelpen de hadde fått, og at det satt langt inne å klage på noe eller noen i familieteamet. Det kan virke som om de foresatte ikke helt visste hva de kunne forvente av veileder og tjeneste. At de rett og slett hadde blitt overrasket og begeistret over familieteamets tilbud. Det var ingen som snakket om negativ utvikling eller lavere funksjonsnivå som følge av familieteamets innsats.

6.7.3 Tilbakemeldinger

Samtlige deltakere bidro med interessant kritikk i forhold til både veileder, tjeneste og system.

Positive tilbakemeldinger

Det kom frem mye positivt i forhold til veilederne i familieteamet, i forhold til engasjement, kreativitet, fleksibilitet, faglighet og personlighet. Kreativitet i samarbeid med barn og foresatte og ulike tilnæringsmåter gir rom og svært mange muligheter. Når en jobber i hjem og nærmiljø vektlegger Duncan og Sparks (2008, s. 189) blant annet: «Fleksibilitet når det gjelder tid, sted og form for «hjelp»».

Følgende utsagn viser at deltakerne var godt fornøyd med det veileder hadde gjort for dem.

«Egentlig er det en solskinnshistorie.»

«... den tiden der var fantastisk hjelp for oss. Og det er vel den eneste gangen vi egentlig har hatt noen hjelp Han var trygge på, og følte at det var greit selv, og både stolte og hørte på henne Fantastisk fornøyde med veileder, hun kunne vi puttet på en pidestall tror jeg.»

For familiene hadde det vært viktig at veileder kjente til både barn og familie, at familien kunne stole på veileder, og vite at vedkommende ikke ga opp. Det ble trukket fram at de fremskrittene som hadde vært, hadde skjedd med samme veileder. Flere deltakere la vekt på personlighet, at det var viktig at kjemien stemte med veilederen som hadde ansvaret.

Det gir trygghet å ha støtte fra fagfolk og slippe å stå alene, og det er godt å få økt forståelse, bedre verktøy og konkret opplæring i forhold til eget barn. Når hjelpen er fleksibel, det er stor faglig frihet og brukerne kan få hjelp med det en har behov for, får en fornøyde brukere.

«Det som har imponert meg mest, er at de er så velvillige til å stille opp. Slik at vi har ikke tatt så mye fri fra jobb. Det har vært helt fantastisk.»

Deltakere fortalte at veileder har tålt kritikk fra dem, og at de hadde tålt kritikk fra henne. Når det var noe de hadde reagert på så hadde de sagt ifra om det, og så hadde det blitt ordnet opp i sammen med veileder. Det kan tyder på at veileder har vært åpen for tilbakemeldinger, og har klart å justere seg i forhold til deres tilbakemeldinger.

Det er ofte snakk om ressurser og prioriteringer, og hvordan en kan hjelpe brukerne på en god og effektiv måte. Deltakere kom med følgende uttalelser:

«I forhold til de tingene vi har vært borti så har lite funket og lite har vært nyttig, bortsett fra familieteam.»

«Føltes som konkret hjelp på familieteam Fikk alt vi ville ha hjelp til.»

Det kan se ut til at hjelpen har gitt familiene et løft. Samtidig vet en at den gode utviklingen kan fortsette, stagnere eller falle med tiden. Familier er i konstant endring, og barn har den fordel som utvikling og modning gir dem. En lærer, mestrer og kan forstå mer etter hvert som en blir eldre.

Negative tilbakemeldinger

En deltaker hadde følt seg degradert på første hjemmebesøk av veileder. Foresatte er sårbare når det gjelder egne barn, og førsteinntrykket en får av en fagperson blir ofte stående (Helgesen, 2011, s. 313). Det er derfor viktig å være bevisst egne holdninger og uttalelser i første møte med nye brukere.

Noe annet var barnets utviklingspotensial. Det var ikke så mye veilederne kunne hjelpe deres barn med. Har barnet en gjennomgripende utviklingsforstyrrelse eller psykisk utviklingshemming vil tilstanden som oftest følge barnet videre i livet. For foresatte kan det være både godt og vondt å oppleve at andre ser det samme, at heller ikke fagfolk kan endre på det.

Ett par hadde opplevd at deres barn *«stort sett alltid faller mellom alle stoler»*, og de følte seg *«alene med et stort ansvar»*. Noen deltakere hadde dessverre en opplevelse av å stå alene og at deres barn ikke hadde fått den hjelpen det skulle hatt. Hjelpeapparatet er delt opp og kan fortone seg som en jungel med ulike lovverk, instanser og ansvarsområder (Eikrem, 2015).

Målet med individuell plan og koordinator er å bidra til bedre oversikt, større forutsigbarhet og økt trygghet for bruker.

Videre ble det nevnt omfang, fleksibilitet og faglighet i tjenesten:

«Hvis det var det vi hadde av tilbud, som kommunen ga til oss, så vil det jo vært et piss i havet, det ville vært alt for lite ... Jeg skulle ønske at kommunen kunne tilby like stort omfang som privat aktør, så vi hadde sluppet å betale selv. Og at det var like tilgjengelig og faglig dyktig opplegg.»

Kommunen er forpliktet til å yte nødvendig helsehjelp til de som bor og oppholder seg i kommunen, hele livet. Samtidig er det et krav til at de tjenestene som gis skal være et verdig tilbud for mottaker. I tillegg skal kommunen sørge for at befolkningen tilbys de tjenestene som loven lister opp, og står fritt til hvordan det organiseres. Kommunen kan yte tjenesten selv eller inngå avtale med private tilbydere, andre kommuner eller helseforetak (Eikrem, 2015).

Flere deltakere hadde fått hjelp fra spesialisthelsetjenesten og private aktører i møter og hjemme i perioder. De hadde en relasjon og ønsket å fortsette med de samme hjelperne, men fikk i stedet tildelt familieteamet. Det å få avslag på en tjeneste som fungerer og bli tilbudt en tjeneste en ikke kjenner til, og måtte bytte behandler eller veileder, er ikke alltid så lett. Hvis en da i tillegg opplever at den første instansen holder et høyere faglig nivå og større fleksibilitet enn det en får tildelt, kan en virkelig bli misfornøyd. Samtidig forholder kommunen seg til økonomiske rammer og tilbyr egne tjenester der det er mulig.

De kommunale tjenestene skal være faglig forsvarlige og tilstrekkelige. Tjenestene skal være tilrettelagt, ytes til rett tid, være helhetlige, samordnet og fleksible, og utformes etter medvirkning fra bruker. Det er de som fatter vedtak eller yter tjenestene som foretar vurderingene i forhold til om det er faglig forsvarlig og tilstrekkelig (Helsedirektoratet, 2011, s. 53). Enhver kommune må sikre at barn og ungdom gis et tjenestetilbud av god kvalitet og med nødvendig kompetanse.

Tjenestetilbudet må til enhver tid bygge på faglig anerkjente metoder som forutsetter tilstrekkelig kompetanse om psykisk helsearbeid. Med kompetanse menes her teoretisk-, forsknings- og erfaringsbasert kunnskap samt holdnings- og handlingskompetanse (Helsedirektoratet, 2007, s. 63).

6.8 Kategori 6. Annet

6.8.1 Byråkratisk

Kommunens forvaltning er et byråkrati, der ansatte iverksetter det politikerne har vedtatt. Administrasjonen saksbehandler og tildeler kommunale tjenester fra blant annet familieteamet. Deltakere snakket nedsettende om byråkratiet, om treghet i systemet og at kommunen brukte for lang tid på å behandle søknader og få iverksatt tjenester fra familieteamet. Utsagnet under illustrerer deres misnøye med byråkratiet.

«Det handler om barn og ungdom, og kan stå om livet, da må en i alle fall snu seg rundt raskt og hjelp til ... Hadde private virksomheter brukt så lang tid på å komme i gang hadde det ikke gått rundt.»

Selv om familier trenger hjelp, er likevel ikke tjenester fra familieteamet et lavterskeltilbud som er lett tilgjengelig. Det er heller ikke en akutt eller «øyeblikkelig hjelp» tjeneste slik som legevakt og sykehus, jamfør helse- og omsorgstjenesteloven. For å få hjelp fra familieteamet må en først søke til kommunen og få søknaden innvilget av forvaltningsorganet, som her tildelingskontoret, ut fra helse- og omsorgstjenesteloven. Familien får da et skriftlig vedtak med begrunnelse som viser at en har behov for og rett på tjenesten fra kommunen. Dette arbeidet kan ta tid, noe deltakerne har erfart og utsagnet under illustrerer. I saker som gjelder enkeltvedtak, skal det gis foreløpig svar dersom en henvendelse ikke kan besvares i løpet av en måned etter at den er mottatt (Forvaltningsloven, 2015).

«Det tar for lang tid, handlingstid, fra du går i gang til du får det i gjennom, når det er akutt. En uke burde vært max.»

Deltakere sammenlignet kommunal sektor med privat sektor, som er avhengig av kunder for å overleve på markedet. Det er interessant og kan være nyttig å sammenligne kommunal og privat virksomhet. Derimot sliter kommunen sjelden på grunn av lav etterspørsel etter deres tjenester. Det er heller motsatt, at de sliter med å klare dekke innbyggernes ønsker og behov, og at det kan være ventetid på å få behandlet alle søknadene.

Et vedtak kan være nyttig da det viser at en har rett på hjelp. Det står hvilken hjelp en får, mengde og varighet på hjelpen, med begrunnelse og opplysninger om klage, se Vedlegg 8. Det var ingen deltakere i undersøkelsen som nevnte at vedtak hadde vært verken nyttig eller unyttig.

Kommunen kunne muligens blitt organisert på en annen måte, og klart å imøtekomme brukernes behov i enda større grad. Her er det én instans som står for mottaket og en annen som står for utførelsen. Hadde helsehjelp fra familieteamet vært tilgjengelig uten vedtak, kunne brukerne selv tatt kontakt med familieteamet, fått kartlagt behovet og fått hjelp. Foresatte hadde sluppet å finne frem til tildelingskontoret, søke og vente på saksbehandling der først. Det hadde i alle fall vært et mindre byråkratisk system. Familiene kunne gjerne fått raskere hjelp, dersom pågangen til familieteamet ikke hadde vært for stor da. Optimalt skulle barn og familier fått hjelp ved behov, og sluppet å måtte vente.

6.8.2 Bli tatt på alvor

Det kommer perioder i livet der vi alle vil ha behov for hjelpeapparatet på en eller annen måte. Den norske velferdsstaten er et sikkerhetsnett som skal hjelpe og dekke innbyggernes grunnleggende behov. Helse- og omsorgstjenesteloven skal sikre et kvalitativt og likeverdig tjenestetilbud, og at tilbudet blir tilgjengelig og tilpasset den enkeltes behov.

Hvis du trenger en eller annen form for bistand fra de kommunale helse- og omsorgstjenester, må du ta kontakt med kommunen. Kommunen kan hjelpe deg med å finne ut av hvilke tjenester som passer best for dine behov (Helsedirektoratet, 2011, s. 63).

Kommunen har ansvar for å forebygge og ivareta barns helse, og oppfordrer til å ta kontakt hvis de er bekymret i forhold til barnets utvikling.

Deltakere har opplevelser som tilsier at det ikke er så lett i virkeligheten. De hadde oppsøkt fagfolk uten å få hjelp når de trengte det. Som Eikrem (2015, s. 48) skriver kan de foresatte oppleve at hjelpeapparatet sviket når en trenger det som mest.

«I vårt tilfelle har vi trengt å trø, på en måte hardt, for det har vært veldig alvorlig Du må, hvis du ikke er det, være frekk nok, ... sparke døren inn. Det er litt frekt å bruke de ordene, men du må det, ellers får du faktisk ikke hjelp.»

Foresatte har kjempet og følt at de må gjøre barnet sykere enn det er, for å få den hjelp og støtte som de har behov for og rett til. De har opplevd ikke å bli tatt på alvor av fagpersoner, ikke bli sett på som likeverdig, selv om de har akademisk utdannelse og erfaring på området. Når de deltar i møter rundt barnet sitt, har de erfart at fagfolk tar dem mer på alvor når de kommer begge, og ikke én foresatt, uavhengig av hva de sier eller kan. De har òg erfart å bli

tatt mer på alvor når de har med seg en fagperson fra en annen instans i møter, uavhengig av hvem det er. Dette har resultert i endret praksis noe utsagnet under viser.

«Vi har gått på noen smeller i noen møter ... så der går jeg ikke uten ham.»

Personer som er bosatt eller oppholder seg i kommunen har rett til helse- og omsorgstjenester, inkludert øyeblikkelig hjelp og psykisk helsehjelp, når dette er nødvendig. Tjenesten skal være et verdig tilbud for mottaker (Eikrem, 2015, s. 64; Helse- og omsorgstjenesteloven, 2015; Pasient- og brukerrettighetsloven, 2015).

«... når vi fikk sparket inn de rette dørene og fikk åpnet det, så, og fikk det i gang, så gikk det veldig bra.»

«Du må være utspekulert som jeg sier, for å finne veiene inn i systemet for å få den hjelpen. Hadde vi ikke vært så pass oppegående som vi er, så hadde vi jo ikke klart å komme inn de veiene. Det var rett og slett vanskelig.»

Følgende utsagn viser at de som har erfaring, gjerne bistår andre i tilsvarende situasjon.

«... vi vet hvilken vei en må gå. Og for andre som havner i samme situasjonene, vi har ... en viss føling på hvor du må trykke for å åpne de dørene, hvis det er kritisk.»

Det å få hjelp fra familieteamet ble av noen deltakere beskrevet som en kamp. En kamp mot systemet. Som Elvén et al. (2012, s. 204) skriver kan foreldre reagere med «faresignalatferd» som klager og trusler, over manglende samarbeid, forståelse og handling fra fagfolk. Deltakerne beskrev avmaktfølelse, mistillit og mistolkning, og uttrykte fortvilelse over å miste håpet og troen på å få nyttig hjelp og få det bedre.

«I og med at vi har stanget så mye i veggen så er det jo slik at ungene selv mister troen de også Det er mange år siden han sa at nei jeg gidder ikke å prøve noe nytt. Det har ikke noe for seg, de gjør jo ikke noe allikevel, det skjer jo ingenting.»

Men hvorfor blir de foresatte ikke hørt eller tatt på alvor? Pårørende er og skal være en ressurs (Helsedirektoratet, 2008). Men hvordan er det mulig å være en ressurs dersom en ikke blir tatt på alvor?

Brukere kan oppleves som vanskelige og krevende av hjelpeapparatet, og både fagfolk og foresatte kan føle seg presset (Elvén et al., 2012, s. 201). Foresatte kan ønske og trenge mer hjelp og støtte enn det rammene tilsier. De kan kreve annen type hjelp eller kompetanse enn det kommunen har å tilby, og det kan skorte på faglige og menneskelige ressurser.

Hjelpeapparatet kan være usikker på eller uenig i hva som faktisk er rett hjelp og rett tid.

Alle har rett til et likeverdig tilbud, uavhengig av ressurser, evner og muligheter. Norge har gode velferdsordninger og ligger høyt i forhold til likhet og rettferdighet (Wilkinson & Pickett, 2011). Det kan likevel se ut til at noen får hjelp når de trenger det, mens andre må vente og kjempe.

6.8.3 Økonomi

Innbyggerne har rettigheter og kommunen har tjenester, samtidig som kommunen må forholde seg til og planlegge ut ifra begrensede økonomiske midler.

I undersøkelsen ble det flere ganger snakket om kostnader og investeringer når det gjaldt tjenester til barn og familier, noe utsagnene under illustrerer. Deltakerne hadde investert mye både økonomisk og menneskelig i sine barn.

«... herlighet så mye energi og tid vi faktisk bruker på vår sønn, på å få ham opp og ut.»

«Det har koste tid, det har kostet krefter og kolossalt mange penger, ikke minst.»

Det kan virke som familier hjelper barna, og bruker mye penger og krefter for at de skal få en god oppvekst. Dette kan ha sammenheng med at barn med gjennomgripende vansker kan ha en usikker fremtid. Hvis foresatte har gjort og investert det som er mulig, har i alle fall de gjort sin del, noe som kan være godt å vite i ettertid uansett hvordan det måtte gå.

Deltakere snakket om stram kommuneøkonomi, og kommunens prioriteringer i forhold til barn. Andre trakk frem samfunnsøkonomisk perspektiv, at samfunnet kan spare mye dersom en klarer å fange opp et barn, forhindre «drop-out» i skolen, og hjelpe barnet inn i arbeid.

«Få ungdom, før de havner på skråplanet og dra de opp igjen. Det koster jo samfunnet mye mer hvis de havner på skråplanet. Hvis nå han er berget, så koster ikke han samfunnet noe mer. Kontra hvis han havner på skråplanet koster det samfunnet vanvittig mye penger. Jeg tror det er en fin investering.»

Økonomi og investering i barn og familier er interessant. Forebyggende helsearbeid og psykisk helsearbeid for barn og unge, er stadig oppe til diskusjon i medier. En vet at tidlig innsats har større effekt enn behandling, men hjelpen og resultatene kan vanskelig måles i penger. Derimot kan det føre til reduserte behov og lavere etterspørsel etter tjenester. Dersom en lykkes kan bruk av andre tjenester reduseres eller effekten på de tjenestene de får bli bedre, og derved være en ressursbesparelse for samfunnet.

Det er et mål at alle barn skal bli selvstendige voksne, og kunne bidra til samfunnet. For å komme dit må en investere i gode oppvekstvilkår for barn og unge. Kanskje disse familiene kunne fått bedre hjelp fra kommunen før, og sluppet utgifter til private tjenester. Dersom de kommunale tjenestene er lett tilgjengelige og av god kvalitet, vil en ikke i like stor grad se til private aktører for å få hjelp. Hvis konsekvensene av ikke å få hjelp, er at foresatte ikke kommer i jobb eller blir sykemeldte, og barnet heller ikke kommer i jobb, koster det samfunnet millionbeløp.

Tjenester en kjøper privat kan være på et annet område, eller et annet stadium. Kanskje en forventer noe annet av en tjeneste en bestiller og betaler for selv, enn en som kommunen drifter og betaler for. Opphør av tjenester fra kommunen kan ikke begrunnes med økonomi, men det kan familier gjøre ved bruk av private midler.

Noen familier vil trenge og ønsker mye hjelp fra kommunen, andre vil ikke ha hjelp. For noen barn og unge vil hjelp og ulike tjenester være en del av deres oppvekstvilkår.

Helhetstenkning rundt barnet og familien kan være kvalitetskontroll og kostnadsbesparende.

6.8.4 Forslag fra deltakerne

Det kom fram mange interessante forslag i undersøkelsen i forhold til tjenesteutvikling. Jeg har samlet innholdet, og fremstiller det her i 15 punkter.

- **Kommunen bør være mer offensive, finne og ta kontakt med de barna som har fått en psykiatrisk diagnose for å hjelpe dem. Det bør være et oppfølgingsopplegg til familiene, et informasjonsskriv og gjerne en referansefamilie som har vært gjennom det samme før.**

For noen familier kunne det vært fint om kommunen hadde vært mer offensive. Andre kunne opplevd det som overvåking og kontroll. Noen familier trenger et oppfølgingsopplegg, andre ikke. Innbyggere skal kunne velge selv, og enhver kan finne informasjon på nettet eller ved å kontakte kommunen.

- **Det bør være et informasjonssted i kommunen, der familier kan ta kontakt for å få hjelp til å finne frem til rettigheter og muligheter som finnes. Fagfolk en kan snakke med som vet alt som er verdt å vite fra alle kommunale og private tjenester, de ulike instansene og foreningene. Der de vet hva en kan søke på og hvordan en skal gå frem for å få den hjelpen en trenger. Et sted der en kan komme tilbake og få mer oppdatert informasjon og hjelp ved behov.**

Et slikt informasjonssenter kunne vært et universelt tilbud til alle kommunenes innbyggere. Det kunne virket forebyggende uavhengig av hvilket stadie en er i sykdoms- eller problemforløpet (Sommerschild et al., 2015, s. 372).

- **Familieteamets måte å jobbe på kunne vært nyttig i forhold til flere familier. Det kunne vært forebyggende i forhold til skilsmisser, henvendelser til barnevernet og forhindret fosterhjemsplassering.**

Juul (2003, s. 11) hevder at skilsmissefrekvensen er høyere hos familier med syke barn. Forebyggende arbeid er viktig i forhold til alle brukergrupper og problemstillinger. Et familieteam kunne sannsynligvis blitt benyttet både på det ene og det andre fagfeltet, samtidig som en må ta hensyn til lovverk, kompetanse og det særegne innenfor de ulike områdene.

- **I stedet for å gå via barnevernet, burde familieteamet blitt koblet inn aller først. Familieteamet har et mer nyansert bilde og kan hjelpe familien. Barnevernet kunne da sluppet masse saker som ikke hører hjemme der og konsentrert seg om de sakene som er for dem. Det kunne spart barnevernet for mye unødvendig arbeid.**

Å koble inn et familieteam før barnevernet er en besnærende tanke. Barnevernet kunne blitt spart for henvendelser og tiltak, samtidig som ressursene kunne blitt brukt på forebyggende arbeid. En må da tenke nytt og organisere tjenester på en annen måte. Målet må være å hjelpe flere på lavest effektive nivå. Hadde flere barnefamilier fått familieveiledning kunne gjerne flere blitt hjulpet på et tidligere tidspunkt.

- **Hjelpeapparatet bør møte familien der de selv opplever at problemet er. Hjelpe familien med det de opplever særlig utfordrende, det som tærer på kreftene i familien.**

Familieteamet er opprettet for brukerne, og brukermedvirkning skal sikre at de får den hjelpen de trenger. Samtidig krever det at kommunen innehar kompetansen som familien har behov for, eller kobler inn rett hjelp. Dersom hjelperne ikke møter familien der de opplever at problemet er, må det begrunnes slik at brukeren forstår hvorfor det velges en annen innfallsvinkel.

- **Familieteam og tildelingskontor bør foreta alle vurderinger i forhold til endring av vedtak og bytte av veileder sammen med foresatte.**

Tildelingskontoret fatter vedtak og må forholde seg til både brukere, lovverk og kapasitet. Ved stor pågang kan en måtte foreta prioriteringer i forhold til saker og sette begrensninger i forhold til varighet på vedtak og forlengelser av vedtak.

Veiledere er der i perioder og skiftes ut av ulike grunner, noe deltakere ytret misnøye med. Det kan være gode grunner for å bytte veileder, slik som kompetanse, permisjon, kapasitet og manglende bedring. Dersom brukeren får høre begrunnelsen og gjerne delta i avgjørelsen, kan en slik endring gå fint. Ellers kan tillit og respekt bli ødelagt.

- **Familieteamet må hjelpe unger og familier til å holde sammen, gjøre slik at foreldrene forstår ungene og kan snakke sammen.**

Det er fortvilende for barn og foresatte dersom de ikke forstår hverandre. Foresatte har kompetanse på barnet og fagfolk har fagkompetanse. Sammen kan de hjelpe barnet og familien til å få det bedre sammen (Sommerschild et al., 2015, s. 35). Videre kan triangulerte samtaler sammen med barn og foresatte hjelpe familiemedlemmer til å forstå hverandre bedre (Hafstad & Øvreeide, 2011, s. 221).

- **Familier kan ha god nytte av å få hjelp til å sette opp en arbeidsfordeling i hjemmet. Få laget rutiner og husregler for både far, mor og barn, for å forhindre skjev fordeling og slitasje.**

Hverdagen med barn kan være arbeidskrevende for familier. Hjelp utenfra til å få strukturert hverdagen kan være nyttig for å beholde god helse og utvikling hos både voksne og barn.

- **Kommunen kunne jobbet mer forebyggende i forhold til foreldrepar som har store utfordringer med barna. Hadde de fått tilbud om parsamtaler, kunne det virket forebyggende i forhold til samlivsbrudd, og bra for hele familien. Det kan bli vanskeligere for barn som sliter hvis foreldrene sliter.**

Familien er viktig for både voksne og barn, samtidig som hele familien kan slite dersom utfordringene blir for store. Veiledning og hjelp kan være nødvendig og virke forebyggende i forhold til samlivsbrudd. Likevel er det mange som mestrer situasjonen uten hjelp fra det offentlige. For øvrig er det ulike organisasjoner og foreninger som allerede arrangerer kurs for par og familier.

- **Det er viktig at familieteamet ser og snakker med mannen alene, gir ham muligheten til, og gjerne presser ham til å si hvordan han egentlig har det. Damer snakker mye mer om hvordan de har det og hvordan de får ting til. Mannfolk har ikke alltid lyst til å snakke om det, men det kan være nyttig.**

Menn og kvinner kan oppleve og håndtere utfordringer i familien ulikt. Mestrings- og løsningsstrategiene kan være forskjellige. Begge har behov for å bli sett, hørt og bli ivaretatt, og ved å bevisst lytte til både mannen og kvinnen, verdsettes og likestilles de som menneske og foresatte.

- **Kommunen kunne vært mer fleksible i tid, tilbudt like stort omfang og like faglig opplegg som private aktører gjør. I tillegg skulle familier fått dekket private tjenester og sluppet å måtte betale selv.**

Noen vil hevde at det er et bra å kunne få tilbud om praktisk veiledning fra kommunen mellom klokken 6 og 20 på hverdager. Andre vet at private aktører kan tilby mer. Private overlever på markedet nettopp på grunn av tilgjengelighet og spesialisering på enkelt områder. De kan spisse sin kompetanse, mens kommunen skal kunne møte de utfordringer innbyggerne måtte ha. Samtidig skal de kommunale tjenestene være faglig forsvarlige og tilstrekkelige (Helsedirektoratet, 2011, s. 53). Når kommunen har egne tjenester, dekkes ikke tilsvarende privat tjeneste for brukerne. Derimot kan foresatte selv velge å bruke og betale for private tjenester dersom de ønsker det. Å be kommunen betale for egne behov og valg kan virke urimelig, selv om kommunen kan bli nødt til å gjøre det dersom de ikke har tilsvarende tjeneste eller kompetanse selv.

- **Familieteamet skulle hatt flere kontaktpersoner og kontakter i forhold til bedriftsbesøk og praksisplasser.**

Det er mulig at familieteamet skulle hatt flere kontakter, samtidig som skole og Nav har denne oppgaven. Familieteamet jobber mest med barn og familier hjemme og inn mot skole.

- **Alle fagfolkene som er rundt barnet må lære om aktuell diagnose og sette seg inn i problematikkene.**

På den ene siden er det rimelig at fagfolk har kunnskap om ulike diagnoser. Uten den kunnskapen og forståelsen kan det være vanskelig å hjelpe. På den andre siden inngår ikke denne kunnskapen som en del av utdannelsen for alle faggrupper. Det vil kreve opplæring, og må da prioriteres av arbeidsgiver opp imot alt annet det trengs kompetanse på i kommunen.

- **Kommunen skulle lagt mer til rette for samhandling mellom de ulike kommunale instanser når det er barn med en diagnose.**

I noen kommuner tar tildelingskontoret ansvar for samordning, koordinering og individuell plan arbeid. Andre har erfaring med at fastlege, helsesøster eller skole legger opp til samarbeid og møter. Samtidig blir dette nevnt i undersøkelsen fordi det ikke er godt nok.

- **Brukers behov burde vært utgangspunktet og bestemt rammene for hjelpen som tildeles.**

Det skal være brukermedvirkning samtidig som kommunen må følge lover og føringer som er på området. Kommunen har økonomiske rammer for tjenesteområdet som skal overholdes.

7 KONKLUSJON

I det siste kapittelet vil jeg oppsummere det som har kommet frem i undersøkelsen. Det blir redegjort for ny innsikt sett i forhold til kommunens målsetting og virksomhetens statistikk. Jeg vil innta et kritisk perspektiv og konkludere i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål. Avslutningsvis vil jeg komme med noen anbefalinger for fremtidig praksis.

7.1 Oppsummering

Første i undersøkelsen ble statistikk samlet og analysert. På bakgrunn av det som kom frem der ble det gjennomført en kvalitativ undersøkelse. Formålet med oppgaven var å finne ut hva deltakerne hadde opplevd som nyttig hjelp (del 6.7.1, s. 90) og unyttig hjelp (del 6.7.2, s. 93), for å kunne utvikle en enda bedre tjeneste. Svarene i undersøkelsen har gitt ny og interessant innsikt.

Kvantitative data

Familieteamet hadde blitt tildelt 74 saker i løpet av fire år og avsluttet 64 saker. 30 % av sakene omhandlet jenter og 70 % omhandlet gutter. Aldersfordelingen var totalt ca. 50 % under og 50 % over 12 år. Flere hadde hatt to eller tre sammenhengende vedtak og noen hadde kommet tilbake igjen på et senere tidspunkt. Det var omfattende vansker, diagnoser og stor kompleksitet i sakene. Familieteamet hadde vært inne med mange ulike tiltak til foresatte, barn og familie, og deltakerne hadde fått opplæring, veiledning, praktisk hjelp og støtte. Familieteamet hadde brukt samtaleverktøyet KOR systematisk i sakene, noe som gir økt fokus på klientens evaluering av den terapeutiske alliansen og terapieresultatet. Det bidrar til at en jobber i samsvar med klientens forståelse. Deltakerne var fornøyd i forhold til brukermedvirkning.

Utvalg, vansker og tiltak

Foresatte til tre jenter og fem gutter i alderen 13-16 år, hadde mottatt hjelp fra familieteamet på grunnlag av omfattende problematikk i familien, hos barnet og/eller i forhold til nettverket. De hadde mottatt hjelp i fra tre måneder til over ett år. Fem barn hadde fått diagnostisert komorbide tilstander, tre hadde en diagnose og blitt vurdert i forhold til flere. Samtlige hadde hatt utfordringer med barnet i flere år og vært i kontakt med flere fagfolk og instanser. De hadde fått tiltak fra familieteamet i forhold til barnet,

foresatte, hele familien og i samarbeid med instanser rundt barnet. Barna hadde vansker og ujevn fungering, og familiene kjente dette som utfordrende og belastende i hverdagen. De hadde kommet i en ny situasjon og manglet informasjon og opplæring. Det var behov for faglig hjelp og støtte til hele familien for å forstå vanskene, og for å få en bedring av situasjonen. Deltakerne hadde brukt mye tid og ressurser for å få det bedre. Noen hadde opplevd ikke å bli tatt på alvor av fagfolk, og at hjelpesystemet var veldig byråkratisk. Det ble for øvrig snakket om fagfolk som brukte fagspråk i møter, som var vanskelig å forstå.

Familie og nettverk

Undersøkelsen viser at det gjerne er mor som tar den daglige oppfølgingen av barnet i hverdagen, mens far gjerne inntar en mer støttende rolle. For familien er det viktig at en involvere de foresatte som er rundt barnet, for å se alle og skape varig endring. Det kan være godt å få hjelp, men hardt og krevende å få til endring. Da er det godt å stå sammen og ha et støttende sosialt nettverk rundt seg, som kan forstå hvordan en har det.

Nyttig hjelp

Det hadde vært nyttig med informasjon og opplæring av barn og foresatte, få nye innspill, hjelp til kommunikasjon og forståelse i familien, praktisk veiledning i hjemmet og god oppfølging over tid. Deltakerne hadde fått bekreftelser og anerkjennelse som foresatte, og støtte i samarbeidsmøter til å forstå fagspråk og innholdet i møtene. De hadde opplevd godt samarbeid med veileder, høy grad av fleksibilitet og tilgjengelighet, og opplevd at det faglige opplegget kunne justeres underveis. I tillegg hadde de fått parsamtaler og familiesamtaler, noe som hadde vært godt.

Å spørre den det gjelder og ta utgangspunkt i tilbakemeldinger, er nyttig når en skal hjelpe andre (Tusest et al., 2006; Valla, 2014). Det er brukeren som vet hva som er behovet og hvordan det oppleves å motta tjenesten. For å kunne hjelpe og sikre medbestemmelse, må en involvere og spørre brukeren, lytte til tilbakemeldingene og gi brukerne innflytelse i hjelpeapparatet.

Unyttig hjelp

Av unyttig hjelp ble det av en deltaker nevnt for mange møtene, og at det hadde vært lite nytt fra gang til gang. En annen deltaker trakk frem for liten fleksibilitet i forhold til hjelp til ulike tider på døgnet. En deltaker nevnte for få timer i uken, en annen skulle ønsket at kommunen hadde hatt et større faglig opplegg, slik som private instanser har. Deltakere

ønsket at kommunen kunne dekket utgifter til miljøterapi i hjemmet ved bruk av private aktører, og sluppet å betale for hjelpen selv.

Tilbakemeldinger

Deltakerne var godt fornøyd med tjenestene de hadde mottatt fra familieteamet. De hadde opplevd å bli sett, hørt og verdsatt, og var begeistret over veileders engasjement og fleksibilitet. Veileder hadde vist respekt og tillit til barn og foresatte, og samarbeidet tett med familien og fagfolk rundt barnet. Det hadde vært rom for tilbakemeldinger og kritikk mellom bruker og veileder, noe som kan tyde på tillit og godt samarbeid. Ingen la skyld på familieteamet eller veileder for at ikke alle målene hadde blitt nådd eller alt hadde blitt bra. Deltakerne sa derimot at det hadde vært nyttig hjelp og vel anvendt tid. Ifølge Duncan og Sparks (2008, s. 106) kan en feile når en jobber brukerstyrt, og likevel oppnå å lykkes. Det kan bidra til at familien kommer videre og får kontakt med andre som kan tilby noe annet.

Barnets utvikling

Deltakerne kunne fortelle mye positivt i forhold til barnets utvikling den siste tiden. De trakk frem gode kvaliteter og ressurser hos barna, brukte humor og viste kjærligheten som er tilstede. Samtlige barn gikk på skole med ulike tilpasninger. Noen var i jobb, en hadde kjæreste og en kjørte bil. Barna var i overgangen til voksenlivet og de foresatte var i ferd med å gi dem mer ansvar for egne liv. Samtidig kunne en merke en bekymring hos foresatte på barnets vegne, i forhold til om barnet deres ville klare seg fint i fremtiden.

Forslag til forbedringer

Det kom frem mange interessante forslag til forbedringer som er verd å se nærmere på, se del 6.8.4, s. 101. Deltakere ytret blant annet behov for et sted og en kontaktperson i kommunen, der de kunne ta kontakt og få oversikt over alt som finnes av informasjon og hjelp til denne brukergruppen. Kommunen burde være mer offensive og funnet barna som har fått en psykiatrisk diagnose, og jobbet mer forebyggende i forhold til barn og foresatte som har store utfordringer. Det er viktig at veileder snakker med og involverer begge foresatte, og familieteamets måte å jobbe på kunne vært nyttig i forhold til flere familier.

Tilbudet fra familieteamet

Tilbudet fra familieteam er omfattende, og favner både barn, foresatte, søsken og nettverk. Det er en fleksibel og ambulant tjeneste i kommunal sammenheng, og kan synes å være et

selektivt og relativt kostbart tilbud. Tjenesten er øremerket en spesiell brukergruppe, foresatte må søke og få vedtak for å få tilgang til tjenesten. Samtidig er tjenesten frivillig og brukerne har valgfrihet til å gjøre det de måtte ønske og tro er best for seg og sin familie. De kan velge å ta imot tjenester de blir tilbudt, eller takke nei.

7.2 Ny innsikt sett i forhold til kommunens målsetting og virksomhetens statistikk.

Kommunen hadde en klar målsetting med å opprette familieteamet, jmfør del 4.2, s. 44. Undersøkelsen bekrefter at familieteamet består av tre veiledere med helse- og sosialfaglig bakgrunn som planlagt. Det jobbes fleksibelt, systemisk, ambulant og bruker- og resultatstyrt. Familieteamet tilbyr ulike tjenester til familier med barn i alderen 0-18 år hjemme, på kontoret og i skole/praksis. Samtlige barn i undersøkelsen hadde en eller flere psykiatriske diagnoser og omfattende vansker i hverdagen. Veilederne bidrog på ulike måter med å gjøre barn og foresatte bedre i stand til å håndtere dagliglivets gjøremål, utvikle gode rutiner i hjemmet og gjøre barn og foresatte mest mulig selvhjulpne. Det var fokus på å få til nødvendig endring av situasjonen, og fremme barnets helse og utvikling. I de fleste sakene hadde det vært samarbeid med andre fagfolk og instanser rundt barnet.

Utgangspunktet for opprettelse av familieteamet var erfaringer fra de siste årene, med om lag fem familier som til enhver tid hadde mottatt ulike former for bistand i hjemmet. Kvantitative data viser at familieteamet har jobbet med 9-12 familier samtidig. Det var ved årsskifte 2015-2016 ni familier på venteliste. Tidligere år har det vært maksimalt tre saker på ventelisten. Ventelisten kan tyde på at tjenesten er blitt mer kjent og at behovet har økt. Dette er naturlig etter fire års drift, og når tidligere brukere anbefaler familieteamet videre til andre, som nevnt i undersøkelsen. Når det i tillegg fattes vedtak på enkelte barn med psykisk utviklingshemning, som vist i både undersøkelse og statistikk, kan antall saker øke uten at ressursene øker tilsvarende. Samtidig er det en klar trend i samfunnet at henvendelser til psykiske helsetjenester er økende (Valla, 2014, s. 62).

Deltakerne hadde lite kjennskap til familieteamet fra før, og innbyggere generelt har gjerne enda mindre kjennskap til tjenesten. Kan det skyldes at tiltaket fremdeles er relativt nytt, eller et ønske om at ikke enhver skal kjenne til familieteamet? Dersom tjenesten skulle bli

godt kjent, kunne det komme flere søknader og bli et større behov for tjenesten. Dette hadde arbeidsgruppen for opprettelse av teamet allerede tenkt på, se del 4.2, s. 44.

Brukere har gjennom veiledningsforløpene vurdert hvordan de har opplevd endringsprosessen ved hjelp av KOR. I Tabell 6, s. 49 kan vi se det har vært positiv endring i 43 av 64 saker, altså 67 prosent, og ingen bedring i 12 av 64 saker, altså 19 prosent. Når en trekker fra de sakene som har blitt avsluttet etter kun avklaringer, som vist i Tabell 5, s. 48, blir «Ingen bedring» på rundt 10 prosent. Et slikt resultat må vurderes som bra for et nyetablert team, når en vet at endring kan være krevende å få til i omfattende saker.

Statistikk er interessant, samtidig skal en være klar over mulige feilkilder. Data som inngår i statistikken er blitt registrert fortløpende av flere fagpersoner. Det kan være komplisert å føre riktig i skjema, og jeg er usikker på om familier som trakk seg før eller under oppstart er blitt registrert likt, noe som kan være en feilkilde.

Undersøkelsen synliggjør et behov for denne type kommunal tjeneste slik som planlagt. Egen kommunal tjeneste kan ha redusert bruk av private tjenester, samtidig som det kan gi tildelingskontoret større oversikt over og kontroll med tjenester som tilbys brukerne. Kommuner er opptatt av ressursbruk og effektivitet, noe deltakerne også var inne på. Jeg vil avslutte med å gjengi Valla (2014, s. 116) sine tanker omkring effektivitet og verdiskaping:

Effektivitet handler om verdiskaping og om ressursbruk, og god effektivitet vil være å oppnå høy verdiskaping samtidig som man ikke benytter mye ressurser Høy verdiskaping gir gode resultater først og fremst for dem man lager tjenester for Verdiskaping i et menneskets liv kan handle om økt livskvalitet, mindre symptomer, mestring av jobb eller sosiale relasjoner.

7.3 Kritisk perspektiv

Jeg ønsket med dette forskningsarbeidet å bidra til ny innsikt og et mer analytisk perspektiv på fagfeltet psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunen (Halvorsen et al., 2009, s. 97). Psykiatrien ble desentralisert som en følge av psykiatrimeldingen (Meld. st. 25 (1996-97)), kommunene har fått mer av ansvaret og feltet har blitt styrket. En kan stille

spørsmål ved i hvilken grad kommunen har klart å bygge opp tverrfaglig kompetanse på psykisk helse for barn og unge, og opprette gode tjenestetilbud til denne brukergruppen. De siste årene har en sett økning innen diagnostisering av barn og unge med psykiatrisk lidelse, og store variasjoner mellom ulike områder og fylker. En kan undre seg over om det er blitt flere barn med psykiske vansker og lidelser nå enn det var før. Eller har vi fått et helsevesen og en kultur der alt skal diagnostiseres?

Ved diagnostisering går en ut fra symptomer og vansker i hverdagen, og det kan være ulike årsaker og forklaringer på symptomer en ser. Det er først når symptomene blir så omfattende at de blir funksjonsnedsettende og skaper problemer i hverdagen at det settes diagnoser. Det er ikke mulig ved hjelp av blodprøve, røntgenbilder eller annet måleutstyr å bestemme om en har autisme eller ADHD, i motsetning til somatiske sykdommer (Helgesen 2011, s. 251).

Det var gjerne mindre kunnskap om psykiske vansker hos barn før, høyere toleranse for ulikheter og andre forventninger i samfunnet. Nå er foresatte i jobb, og barnet i barnehage, skole og skolefritidsordning. Foresatte og fagpersoner er opptatt av barns fungering og utvikling, og kan ha blitt flinkere til å fange opp karaktertrekk og eventuelle vansker ved barnet. Det har blitt økt oppmerksomhet rundt diagnoser, mer vanlig at barn har diagnoser og mindre stigmatiserende enn før. Diagnoser er begreper som gir en rask forklaring på vanskene, som folk forstår. I tillegg opplever foresatte at barnet må ha en diagnose for å få medisiner, hjelp og støtte fra det offentlige. Barn, foresatte og fagpersoner synes det kan være lettere å skjønne når de vet hva og hvorfor det er slik. Hjelp og opplæring kan lettere bli tilpasset når barnet er utredet og en vet hva det er snakk om.

Det er en klar tendens til at flere barn og familier med psykiske vansker og lidelser får hjelp fra kommunen nå enn det var for bare 20 år siden. Det at psykiatri har fått høyere status og flere ønsker utredning, kan gjøre det lettere for familier å be om hjelp og utredning.

Roksund (2015) mener for mye nå blir sykeliggjort og diagnostisert. Dette er en reduksjonistisk tilnærming, som hindrer at man kan se hele personen.

I og med at diagnoser utløser tilrettelegging og hjelp, og det er slik at plager og funksjonsvansker i hverdagen utløser diagnoser, blir det fokus på vansker og problemer. Dersom det ikke er et problem, er det heller ikke et behov for bistand fra det offentlige. Samtidig synes foresatte det er vanskelig med så stort fokus på vansker og det som ikke

funger bra i hverdagen. Som noen deltakere sa, ble de ikke tatt på alvor og fikk heller ikke offentlig hjelp og støtte uten diagnoser og papirer. Venner og nettverk kan derimot bli skremt og ta avstand med et slikt problemfokus. Det er interesser og ressurser som gir venner, skaper glede og mestring, og godt samspill i hverdagen.

Barnet er det samme med eller uten diagnoser, og utfordringene må håndteres når de kommer. Psykologspesialist Birgit Valla (2016) skriver i en kronikk 09.03.2016:

«Legg vekk de psykiatriske diagnosene. Psykiatriske diagnoser er mer til skade enn gagn ... Vi opplever å forstå mennesker bedre uten diagnoser, og vi får et bedre samarbeid når merkelappen ikke kommer i veien for forståelsen».

En kan stille spørsmål ved om det er et problem eller en ressurs for familie og samfunn å ha et barn med spesielle karaktertrekk, evner og utfordringer. Folk fra andre land og kulturer undrer seg over vestens problematisering og diagnostisering av alt som er annerledes. Vi kjenner til anerkjente musikere, filmregissører og vitenskapsmenn med tilsvarende fungering, med og uten diagnoser. Det skrives innlegg i aviser om personer med diagnoser som bruker tilstanden positivt på veien mot suksess (Bohman, 2016).

En diagnose kan både peke på spesielle egenskaper og ressurser, og spesielle vansker og utfordringer.

På den ene siden kan en diagnose være til hjelp for familien. Den peker på faktiske utfordringer hos barnet, og kan være til hjelp til å finne egnet behandling, hjelp og støtte for en spesifikk tilstand. På den andre siden kan en diagnose begrense, sykliggjøre, og være til hinder. Det er ikke sikkert diagnosen stemmer overens med fungeringen når en blir eldre, det kan oppleves som et stempel og være vanskelig å få bort når en blir voksen.

Ut fra et helseperspektiv, kan en ha god eller dårlig helse med eller uten diagnoser. Blir en møtt der en er, får nødvendige tilpasninger og hjelp tidlig nok, er det ikke sikkert det er grunnlag eller behov for en diagnose. Det ville imidlertid kreve at vi som samfunn ble bedre til å tilpasse krav og forventninger i forhold til individet. Kunnskap er viktig både til barnet det gjelder og til dem som er der for barnet i hverdagen, slik at en kan bli medspiller og ikke motspiller. Valla (2016) mener at tiden er inne for endring: «Det er ingen grunn til å opprettholde den psykiatriske forståelsen av mentale problemer som sykdommer som trenger en diagnose». Samtidig skal de som sliter og ikke fungerer i hverdagen, eller som brått får et funksjonsfall, ha nødvendig helsehjelp (Roksund, 2015).

7.4 Konklusjon i forhold til problemstilling og forskningsspørsmål

I denne oppgaven har jeg forsøkt å få svar på problemstilling og forskningsspørsmål. Jeg har kommet frem til noen svar, men ikke hele svaret.

Som vist i del 1.1, s. 10 kan problemstillingen deles opp i enkeltord, noe jeg har valgt å gjøre her også. Hvert ord kan trekke frem interessante tanker og svar, som igjen kan gi mening for helheten. Fremstillingen viser at det kan finnes mange veier til mål. Folk og familier er forskjellige og i stadig endring, og ulike former for hjelp kan være til hjelp til ulike tider.

Problemstilling

Hvordan kan et kommunalt familieteam være til best mulig hjelp for familier som har behov for teamets tjenester?

Hvordan – Familieteamet og veilederne vet ikke hvordan de best kan være til hjelp før de har blitt kjent med og fått innsikt i familiens situasjon. En må finne ut hva brukeren ønsker hjelp til, og begynne der familien opplever at hjelpebehovet er. Barn og foresatte må følges over tid for å få kartlagt hva som egentlig er problemet og gjerne årsaken til problemet. Veileder må gå fra det generelle i diagnose og fagkunnskap til det spesielle i barnet og familien. Familier og behov er i konstant endring, og behovet kan være noe helt annet enn det som først ble presentert. Veileder ser etter hvert en større del av helheten, får en dypere forståelse og større innsikt i familiens livssituasjon. Dette kan være nødvendig for å forstå hvordan familieteamet best kan være til hjelp.

Kan – Dersom en er kreativ og fleksibel er mye en kan gjøre og få til alene eller sammen med. De finnes mange metoder, teknikker og tilnærminger som kan benyttes, og det kan være nyttig å samarbeide med familiens nettverk, andre fagfolk og instanser. Det finnes ingen standardløsning eller fasit når det gjelder mennesker og familier.

Et kommunalt familieteam – Kommunale familieteam kan være ulike i forhold til organisering, tilknytning, ressurser og kompetanse. Det må tas utgangspunkt i det spesifikke teamet, og i de ressurser og kvaliteter som finnes der. Et team står sterkere og kan få til mer sammen, enn det flere fagfolk kan gjøre ved å stå alene.

Være – Familieteamet skal være der for familier som trenger deres tjenester. De skal være til støtte og hjelp for barn og foresatte på ulike måter. Veileder kan være tett på hjemme hver dag, eller på kontoret en gang i blant, ut fra familiens behov.

Til - Familieteamet har blitt opprettet og står til disposisjon til en spesiell brukergruppe. Andre familier med andre vansker har dermed ikke tilgang til denne tjenesten på nåværende tidspunkt. Hva som skal til for å hjelpe brukerne må kartlegges gjennom samarbeid med familien, og gjerne nettverk eller andre fagfolk.

Best mulig – Sammen med familien kan en være kreativ og finne frem til en best mulig løsning, som kan være noe helt annet enn det en hadde sett for seg i forkant. Foresatte kjenner familiens ulike behov og veileder kjenner til hjelp som kan tilbys. Sammen kan en finne frem til felles forståelse og best mulig hjelp. Kanskje de trenger hjelp fra flere tjenester samtidig, og annen hjelp før eller etter veiledning fra familieteamet?

Hjelp – Det finnes mange former for hjelp, og hjelpen må tilpasses den enkelte familie som skal motta hjelpen. En må se og veilede ut fra funksjonsnivå. Behovet kan variere og hjelpen må tilpasses familiens svingninger og endringer. Sammen med familien kan familieteamet finne frem til hjelp som kan skape bevegelse i positiv retning.

For familier – Familieteamet er etablert for familier, og tjenesten har et familie- og systemperspektiv. En går ut fra at alle familier er forskjellige og i endring. Familier består av voksne og barn, og kan inneholde søsken og flere par. Ved å samarbeide og inkludere alle, kan en få tak i deres ønsker og behov, og begynne der de er.

Som har behov for – Brukerne ber om hjelp på grunn av behov som kan være helt ulike. Behovene i en familie kan variere hele tiden. For å finne frem til, og kunne imøtekomme deres behov, må en kunne samarbeide, være brukerstyrt, kreativ og fleksibel i arbeidet. En må vise respekt, inneha god yrkesetikk, anerkjenne familien og være profesjonell.

Teamets tjenester – Familieteamet består av tverrfaglig kompetanse, og veiledere med ulik tilnærming. Hvilken arena en jobber på, hvem en samarbeider med og hva som blir gjort, kan tilpasses den enkelte families ønske og behov.

Forskningsspørsmål

For å få svar på forskningsspørsmålene, som står på side 12, har jeg sett til både statistikk og undersøkelse, i tillegg til faglitteratur på området.

1. Hvor mange familier får positiv endring, eller ingen/negativ endring, gjennom tjenester fra familieteamet?

Ifølge den kvalitative undersøkelsen har samtlige deltakere hatt et positivt utbytte av familieteamet, selv om ikke alle målene ble nådd. Statistikken kan vise til at rundt 80 % av familiene har hatt en bedring i situasjonen. 10 % av dem som ikke har hatt positiv endring kan sees i sammenheng med veiledningsforløp som har blitt avsluttet rundt oppstart. De resterende 10 % har ikke opplevd å få bedring som følge av hjelp fra familieteamet. Det kommer i liten grad frem negativ endring i statistikken, noe en kan undre seg over. Ved å gjennomføre fast evalueringssamtale med brukerne en måned eller to etter avsluttet veiledning, kunne en fått frem flere nyanser og gjerne bedre svar på dette spørsmålet.

2. Er det noen fellesnevnerer/mønster i de sakene en får til positiv endring?

Det har kommet frem felles faktorer som kan gi svar på dette spørsmålet. Det er familier som ønsker hjelp fra familieteamet, og ikke takker nei eller trekker seg underveis. De vil ha endring, setter av tid til veiledning og samarbeider med familieteamet i endringsarbeidet. Foresatte har overskudd og er ikke utslitte eller lei. De har tillit til familieteamet og veileder, og er åpne for andres perspektiv. Foresatte tar ansvar, handler i tråd med det som er avtalt og forventer ikke at andre skal gjøre arbeidet for dem

3. Er det mulig for familieteamet å oppnå positiv endring hos flere familier?

Familiene som har fått vedtak, men som trekker seg før eller under oppstart, slår negativt ut i statistikken. Hadde en kunnet unngått de sakene, eller foretatt registreringen på en annen måte, hadde også prosentandelen for bedring sett annerledes ut. Jeg har sett på hva som kan gjøres for å unngå disse sakene. Før familien kommer så langt som til familieteamet, trenger de god informasjon. På grunnlag av god informasjon kan de foreta velbegrunnede valg. Å motta hjelp fra familieteamet og foreta endring vil kreve innsats av foresatte. Det er derfor viktig at foresatte er velinformert og motivert for jobben det innebærer.

Brukers ønsker og behov må være styrende for hjelpen som gis. Veileder må lytte til bruker, kartlegge behovet og få tak i brukers endringsteori. Det må tas hensyn til familiens kultur og kontekst, og få en forsikring om at det er noe de selv ønsker. Det må bygges relasjon, og opparbeides tillit til veileder, og veileder må ta ansvar for samarbeidet med familie og nettverk. Skulle det være behov for veileder med annen kompetanse må en ta hensyn til det. Sammen med familien må det settes realistiske mål og evaluere fortløpende i forhold til mål og tiltak. En må tilpasse hjelpen, tilby både familieveiledning og individuell oppfølging og foreta individuelle tilpasninger underveis.

Hadde det vært flere veiledere kunne flere familier fått hjelp, og en hadde sluppet venteliste. En kunne kommet tidligere inn og jobbet mer forebyggende.

Som deltakere foreslo kunne flere familier fått hjelp fra familieteamet dersom mandatet hadde blitt endret. Familieteamets tilnærming og fleksibilitet kunne vært nyttig i forhold til flere brukergrupper, problemstillinger og utfordringer.

4. Er det mulig på et tidligere tidspunkt å identifisere de familier der en ikke vil få en positiv endring?

Det er noen kjennetegn som utkrystalliserer seg:

- Det kan være familier som ønsker hjelp, men søker uten å være velinformert om hva de søker på. De får tildelt en tjeneste uten å vite hva det er, og finner gjerne ut at tjenesten ikke innfrir deres forventninger. Det var gjerne noe annet de egentlig ønsket.
- Familier har gjerne søkt om annen tjeneste eller veileder, og får tildelt familieteamet. En kan da informere om tjenesten, se hva som kan tilpasses, og undersøke om de fortsatt ønsker annen tjeneste. Det må vises respekt for brukerne og hjelpe dem videre. Der en ikke får til samarbeid, tillit og allianse, er det vanskelig å få til positiv endring.
- Foresatte har blitt henvist fra en annen tjeneste, som skole eller barneverntjenesten. De kan føle seg sendt og at de **må** ta imot hjelpen, noe som er et dårlig utgangspunkt for godt samarbeid og endringsarbeid.
- Familier som finner hjelpen fra familieteam fremmed eller krevende, og vil ikke bruke så mye tid og krefter på det.

- Det er omfattende vansker i familien, og ikke nok med hjelp fra familieteamet. Det kan være riktig å koble inn eller slippe til flere eller andre fagpersoner.

5. Kan en avslutte de sakene der en ikke får til positiv endring tidligere, og spare familier for ytterligere slitasje og nederlagsfølelse, med respekt for ansatte og offentlige ressurser?

Barn og familier er i konstant endring med eller uten hjelp utenfra. Bare det å søke om hjelp kan sette i gang endringer. Det at andre ikke får til endring kan få en til å gå videre, gjøre andre valg og skape endring selv. En kan være ærlig sammen med foresatte på hva en tenker og tror kan være nyttig hjelp, og informere om andre muligheter. Veileder må være ydmyk, vise respekt for deres autonomi og valgfrihet, og være villig til å gi slipp på dem.

Familier kan søke seg tilbake senere, med en ny og gjerne mer tydelig bestilling. De kan være bedre informert og mer motivert på et senere tidspunkt. Det kan være ny veileder med annen kompetanse som de kan oppnå bedre relasjon og samarbeid med.

7.5 Anbefalinger for fremtidig praksis

Barn og familier kan ha det vanskelig i perioder. Ved å komme en inn tidlig med helsefremmende og forebyggende tiltak, begrenses lidelser og behov for behandling. Det er en kjensgjerning at det er bedre og lettere å forebygge enn å reparere.

Gjennom universelle tiltak kan en fange opp begynnende vansker og utfordringer tidlig. Det forutsetter tidlig innsats, engasjement, kompetanse og kapasitet hos fagfolk, i tillegg til samarbeid med foresatte og mellom de ulike instansene. Det må jobbes med å redusere risiko for sykdom, behandle sykdom og sette i gang habiliteringstiltak tidlig. Ved å lære barn og familier å mestre ulike utfordringer, kan en få til bedring og forhindre fremtidige behov og kostbare hjelpetjenester.

Deltakerne har gjort meg bevisst på viktigheten av å kartlegge familiens byrde og barnets funksjonsnivå. Få tak i familiens behov, forutsetninger og kultur, høre hva de mener kan være helsefremmende og hva som kan lette familiens situasjon.

Det kunne vært nyttig med et lavterskeltilbud spesielt for denne brukergruppen, der det var lett og uforpliktende å ta kontakt. Et sted der barn og foresatte selv kunne ringe eller stikke innom for å få informasjon, gjøre avtaler med fagfolk og få hjelp videre. En kunne tilbudt et korttidstilbud, kartlagt og vurdert behovene selv, og unngått byråkrati ved at annen instans står for vurdering og tildeling. På den måten kunne det blitt lettere for kommunen å tilpasse seg familiens skiftende behov.

Familieteamet kan se ut til å ha laget en modell som jeg tenker kan fungere i forhold til flere utfordringer og brukergrupper. utfordringen for kommunen ville vært organisering og fordeling av kompetanse og fagfolk.

Det er en utfordring hvordan en klarer å tenke helhet i kommunal forvaltning. Kommunen er en garantist for innbyggerne som skal få helsetjenester hele livet, ut fra sine behov. Samtidig kan en ikke gi garantier for at tjenesten vil dekke alle behov eller oppleves nyttig for den enkelte. Gjennom samarbeid med spesialisthelsetjenesten, skal en tenke helhetlig og tilby samordnet helsehjelp til det beste for brukerne.

I Norge har vi universelle og selektive velferdsordninger, som skal fungere som et sikkerhetsnett for alle innbyggere. De universelle tjenestene skal holde så høy kvalitet at en ikke skal se seg nødt til å kjøpe andre tjenester i det private markedet. Folk skal kunne klare seg og ha det greit.

Å ha oppmerksomheten rettet mot ressurser, god helse og mestring fremfor sykdom og vansker er viktig. Samtidig er det behov for mer kunnskap i befolkningen om psykiske vansker og lidelser hos barn. Et støttende miljø rundt barnet hjemme og ute, som respekterer barnet slik det er, er avgjørende for barnets trivsel og utvikling.

Enhver tolker verden på sin måte. For å forstå et annet menneske må en være åpen og lytte til det som blir fortalt, og forstå hvordan andre mennesker opplever verden. Personlig oppfølging, allsidig hjelp, fleksibilitet og individuell tilpasning av tiltak og tjenester ut fra brukers behov, har kommet frem som et viktig momenter i undersøkelsen, og stemmer godt overens med litteraturen (Dahl & Grov, 2014, s. 131-132; Sommerschild et al., 2015, s. 175). Familier gir og gjør det de kan, og tapper seg for krefter og penger for å klare å ta seg av barna sine. Samfunnet er tjent med at familien som enhet består.

Veilederne i familieteam trenger god og bred kunnskap om psykisk helsearbeid og psykiske lidelser, og kjennskap til symptomer og behandling av de vanligste formene for

komorbiditet. Stadig flere barn har flere diagnoser samtidig, og en vet at komorbiditet kan redusere livskvalitet. En vet også at hver ny sykdom øker kostnadene i helsevesenet. Det er derfor viktig å samarbeide med spesialisthelsetjenesten og behandle de psykiske lidelsene (Dahl & Grov, 2014, s. 139-142).

Veileder må ta utgangspunkt i barn og familie, deres behov og endringsteori (Duncan & Sparks, 2008). En må finne ut hvor den andre befinner seg, og møte dem der de er. Det må kjennes meningsfullt med endring. Familieorienterte tiltak kan gi positive resultater, ved å samarbeide med og rundt familien i team, forklare og vise vei, og gjerne gå sammen med dem. Noen kan trenge råd og praktisk hjelp for å finne frem til gode løsninger og få til endring. Svingninger og tilbakefall kan være en del av endringsprosessen, som kan mestres og begrenses (Helgesen 2011, s. 237). Ved å skape håp og forventninger, unngår en å miste motet, på tross av motgang.

Når en tar ansvar for samarbeidet, beholder en handlingsmulighetene. Det er mye å gå på i forhold til kreativitet i arbeid med barn og familier. Alt lar seg ikke løse med enkle metoder eller manualer. Hjelperne svikter barn og foresatte dersom de fraskriver seg ansvaret på grunn av manglende kreativitet eller metoder (Elvén et al., 2012, s. 205). Samtidig er det krevende med endringsarbeid for familie og hjelper, og det kan ta tid. Men det er verdt det. I bunn for en slik tankegang og måte å jobbe på ligger det humanistiske menneskesynet med autonomi, individualitet og menneskeverd, likeverd og realisere innebygde potensiale (Herheim & Langholm, 2006, s. 65).

AVSLUTTENDE KOMMENTAR

Det har vært en lærerik og givende prosess å skrive denne oppgaven som forsker og fagperson. Resultatene i denne undersøkelsen vurderes som pålitelige og gyldige, og gir ny innsikt og bedre forståelse for denne brukergruppen. Det har kommet frem interessant innsikt som kan komme brukere, familieteam og andre interesserte til nytte i tiden fremover. Denne type hjelpetiltak bør tilpasse og utvikle seg, noe som igjen kan føre til en dynamisk prosess, som den hermeneutiske sirkel gir uttrykk for.

LITTERATURLISTE

- Bohman, P. (2016). Adhd, tourettes og aspergers. VG. Hentet fra http://pluss.vg.no/2016/01/06/2270/2270_23591336
- Bøe, T. D. & Thomassen, A. (2000). *Mot en mer menneskelig psykiatri. Fra autoritet og kontroll til dialog og deltakelse*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Christensen, J., & Berg, O.T. (2015). Velferdsstat. *Store Norske Leksikon*. Hentet fra <https://snl.no/velferdsstat>
- Dahl, A. A. & Grov, E. K. (2014). *Komorbiditet i somatikk og psykiatri. Forståelse, betydning og konsekvenser*. Oslo: Cappelen Damm akademisk.
- Dahlen, W. N. (2014). *Om vernepleieren som helsepersonell og rettsanvender. Den juridiske rammen for yrkesutøvelsen*. Oslo: Fellesorganisasjonen for barnevernpedagoger, sosionomer og vernepleiere FO, Seksjonsrådet for vernepleierne.
- Dalland, O. (2007). *Metode og oppgaveskriving for studenter* (4. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Duncan, B. & Sparks, J. (2008). *I fellesskap for endring. En håndbok i klient- og resultatstyrt praksis*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Duncan, B. L. (2012). *Bli en bedre terapeut*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Eikrem, T. (2015). *Jungelhåndboka 2015*. Oslo: Funksjonshemmedes fellesorganisasjon, Rettighetssenteret.
- Elvén, B. H., Veje, H. & Beier, H. (2012). *Utviklingsforstyrrelser. Sårbarheter og tiltak*. Oslo: SPISS forlag.
- Forvaltningsloven (2015). Lov om behandlingsmåten i forvaltningssaker. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1967-02-10?q=forvaltningsloven>.
- Fyrand, L. (2005). *Sosialt nettverk. Teori og praksis* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.

- Gilbrant, T. (2015). *NORSK STUDIEBIBEL Med forklaringer og kommentarer* (2. utg.). Kjeller: Bibelforlaget / Hermon Forlag AS
- Gilje, N. & Grimen, H. (1993). *Samfunnsvitenskapenes forutsetninger. Innføring i samfunnsvitenskapenes vitenskapsfilosofi* (2. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- Gundersen, K., Finne, J. & Olsen, T. M. (2006). *Art - En metode for trening av sosial kompetanse*. (Rev. utg. vol. nr 5). Nærbø: Diakonhjemmet høgskole Rogaland.
- Gundersen, K., Moynahan, L. & Olsen, T. S. (2006). *Nettverk og sosial kompetanse*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Hafstad, R. & Øvreeide, H. (2011). *Utviklingsstøtte. Foreldrefokusert arbeid med barn*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Halvorsen, A., Johnsen, H. C. G. & Repstad, P. (2009). *Å forske blant sine egne. Universitet og region - nærhet og uavhengighet*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helgesen, L. A. (2011). *Menneskets dimensjoner. Lærebok i psykologi* (2. utg.). Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Helse- og omsorgstjenesteloven (2015). Lov om kommunale helse- og omsorgstjenester m.m. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/2011-06-24-30>.
- Helsedirektoratet. (2005). *Barn og unge med nedsatt funksjonsevne - hvilke rettigheter har familien?* Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/publikasjoner/barn-og-unge-med-nedsatt-funksjonsevne-hvilke-rettigheter-har-familien>.
- Helsedirektoratet. (2007). *Psykisk helsearbeid for barn og unge i kommunene*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/tema/helse-og-omsorg/psykisk-helse/psykisk-helsearbeid-i-kommunene-/id440497/>.
- Helsedirektoratet. (2008). *Pårørende - en ressurs. Veileder om samarbeid med pårørende innen psykiske helsetjenester*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/veileder-om-samarbeid-med-parorende-innen-psykiske-helsetjenester>

- Helsedirektoratet. (2011). *Håndbok om helse- og omsorgstjenester i kommunen*. Oslo: Helsedirektoratet. Hentet fra <https://helsedirektoratet.no/retningslinjer/handbok-om-helse-og-sosialtjenesten-i-kommunen>.
- Helsepersonelloven (2015). Lov om helsepersonell. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-64?q=helsepersonell>.
- Henriksen, J.-O. & Vetlesen, A. J. (2006). *Nærhet og distanse. Grunnlag, verdier og etiske teorier i arbeid med mennesker* (3. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Herheim, Å. & Langholm, K. (2006). *Psykisk helsearbeid - teorier og arbeidsmåter*. Oslo: Damm.
- Hompland, E. (2014). *Repulse for å øke den sosiale kompetansen for barn med Asperger syndrom og høytfungerende autisme – en kvantitativ studie*. (Mastergradavhandling, Universitetet i Stavanger). E. Hompland, Stavanger.
- Ingvaldsen, A.-K. (2008). *Kartlegging av familierettede lærings- og mestringstiltak for familier som har barn med diagnose innen autismespekteret* (Rapport nr. 3, 2008). Oslo: Autisemeenheten, Nasjonal kompetanseenhet for autisme.
- Ivarsson, B. H. (2010). *MI - motiverende intervju. Praktisk håndbok for helse- og omsorgssektoren*. Stockholm: Gothia förlag.
- Jacobsen, D. I. (1993). *Hva mener brukerne? Brukerundersøkelser - en praktisk veiledning*. Kristiansand: Høyskoleforlaget.
- Juul, J. (1996). *Familierådgivning. Bedre samspill med foreldre*. Oslo: Kommuneforlaget.
- Juul, J. (2003). *Familier med kronisk syke barn*. Oslo: Farmorbarn Pedagogisk forum.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009). *Det kvalitative forskningsintervju* (2. utg.). Oslo: Gyldendal akademisk.
- Kværnhaug, N. A. (2013). *Effekten av Klient- og resultatstyrt praksis i terapeutisk arbeid, og for terapeuters profesjonelle utvikling. En teoretisk oppgave*. (Hovedoppgave, Universitetet i Bergen), Hentet fra

<http://bora.uib.no/bitstream/handle/1956/7326/106379622.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Lewis, M. (2012). *Brukermedvirkning i familiebehandling. Med Klient- og resultatstyrt praksis (KOR) som eksempel.* (Mastergradavhandling, Høgskolen i Oslo og Akershus), Hentet fra

https://oda.hio.no/jspui/bitstream/10642/1301/2/Lewis_Margareta.pdf

Lingås, L. G. (2011). *Over andres dørstokk. Yrkesetikk i arbeid hjemme hos klienter og pasienter* (4. utg.). Oslo: Kommuneforlaget.

Martinsen, H., Næland, T., Steindal, K. & Tetzchner, S. V. (2006). *Barn og ungdommer med asperger-syndrom. Prinsipper for undervisning og tilrettelegging av skoletilbudet.* Oslo: Gyldendal akademisk.

Meld. St. 19 (2014-2015). *Folkehelsemeldingen. Mestring og muligheter.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/meld.-st.-19-2014-2015/id2402807/>.

Meld. St. 25 (1996-97). *Åpenhet og helhet. Om psykiske lidelser og tjenestetilbudene.* Hentet fra https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/st-meld-nr-25_1996-97/id191086/.

Meld. St. 26 (2014-2015). *Fremtidens primærhelsetjeneste - nærhet og helhet. En helhetlig helse- og omsorgstjeneste.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/en-helhetlig-helse--og-omsorgstjeneste/id2410471/>.

Meld. St. 47 (2008-2009). *Samhandlingsreformen. Rett behandling - på rett sted - til rett tid.* Hentet fra <https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/samhandlingsreformen--rett-behandling--p/id567911/>.

Nilssen, V. (2012). *Analyse i kvalitative studier. Den skrivende forskeren.* Oslo: Universitetsforlaget.

Pasient- og brukerrettighetsloven (2015). Lov om pasient- og brukerrettigheter. Hentet fra <https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1999-07-02-63?q=Lov>.

- Redd Barna. (2016). *Nettvettregler*. Hentet 17.03.2016 fra <http://www.reddbarna.no/vaart-arbeid/barn-i-norge/nettvett/nettvettregler>
- Regjeringen. (2003). *Regjeringens strategiplan for barn og unges psykiske helse ... sammen om psykisk helse ...* Hentet 01.10.2015 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/---sammen-om-psykisk-helse---/id87979/>
- Regjeringen. (2016). *Barnekonvensjonen*. Hentet 12.02.2016 fra <https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/barnekonvensjonen-kortversjon-norsk/id87582/>.
- Robberstad, H. (2002). *Kommunepsykiatri. Pionerar, vekst og utvikling*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Roksund, G. (2015). Sorg blir depresjon. Maur i rompa blir adhd. Sjenanse blir sosial angst. Moderen psykiatri er i krise. *Aftenposten*. Hentet 22.04.2016 fra <http://www.aftenposten.no/meninger/kronikker/Sorg-blir-depresjon-Maur-i-rompa-blir-ADHD-Sjenanse-blir-sosial-angst-Moderne-psykiatri-er-i-krise--Gisle-Roksund-8191776.html>
- Sommerschild, H., Garløv, I., Grøholt, B. & Weidle, B. (2015). *Lærebok i barnepsykiatri* (5. utg.). Oslo: Universitetsforlaget.
- St.Prp. 63 (1997-98). *Om opptrappingsplan for psykisk helse 1999 – 2006. Endringer i statsbudsjettet for 1998*. Oslo: Helse- og omsorgsdepartementet
- Støkken, A. M., Natland, S. & Johannessen, A. (2011). *Samarbeidsforskning i praksis. Erfaringer fra husk-prosjektet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Sviland, Å. K. (2014). *Nå forstår de meg*. (Mastergradavhandling, Universitetet i Stavanger), Hentet fra <http://hdl.handle.net/11250/224337>
- Tetzchner, S. V. (2001). *Utviklingspsykologi. Barne- og ungdomsalderen*. Oslo: Gyldendal akademisk.

- Thagaard, T. (2013). *Systematikk og innlevelse. En innføring i kvalitativ metode* (4. utg.). Bergen: Fagbokforlaget.
- Thornquist, E. (2003). *Vitenskapsfilosofi og vitenskapsteori for helsefag*. Bergen: Fagbokforlaget.
- Tiedge, C.A. (2016). Delt glede er dobbel glede, delt sorg er halv sorg. Hentet 26.03.2016 fra <http://www.ordtak.no/sitat.php?id=4642>
- Tuseth, A.-G., Sverdrup, S., Hjort, H. & Friestad, C. (2006). *Å spørre den det gjelder. Erfaring med bruk av Klient- og resultatstyrt terapi i psykisk helsearbeid*. Oslo: Regionsenter for barn og unges psykiske helse, Helseregion øst og sør. Hentet 01.03.2016 fra [http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Prosjektrapport%201312%20Å%20spørre%20den%20det%20gjelder.pdf/\\$file/Prosjektrapport%201312%20Å%20spørre%20den%20det%20gjelder.pdf](http://www.r-bup.no/cms/cmsmm.nsf/lupgraphics/Prosjektrapport%201312%20Å%20spørre%20den%20det%20gjelder.pdf/$file/Prosjektrapport%201312%20Å%20spørre%20den%20det%20gjelder.pdf)
- Ulvestad, A. K., Henriksen, A.K., Tuseth, A.-G. & Fjeldstad, T. (2007). *Klienten - den glemte terapeut. Brukerstyring i psykisk helsearbeid*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Ulvund, S. E. (2009). *Forstå barnet ditt 12-16 år*. Oslo: Cappelen Damm.
- Valla, B. (2014). *Videre. Hvordan psykiske helsetjenester kan bli bedre*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Valla, B. (2016). Legg vekk de psykiatriske diagnosene. *NRK*. Hentet 09.03.2016, fra <http://www.nrk.no/ytring/legg-vekk-de-psykiatriske-diagnosene-1.12827438>
- Wilkinson, R. & Pickett, K. (2011). *Ulikhetens pris. Hvorfor likere fordeling er bedre for alle*. Oslo: Res Publica.

VEDLEGG

Vedlegg 1 – Tilbakemelding fra NSD med kommentar

Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS
NORWEGIAN SOCIAL SCIENCE DATA SERVICES



Harald Hårfagros gate 29
N-5007 Bergen
Norway
Tel: +47 55 58 21 17
Fax: +47 55 58 96 50
nsd@nsd.uib.no
www.nsd.uib.no
Org nr: 985 321 884

Leif Arne Helgesen
Institutt for sosialfag Universitetet i Stavanger
Ullandhaug
4036 STAVANGER

Vår dato: 20.08.2015

Vår ref: 44090 / 3 / KH

Deres dato:

Deres ref:

TILBAKEMELDING PÅ MELDING OM BEHANDLING AV PERSONOPPLYSNINGER

Vi viser til melding om behandling av personopplysninger, mottatt 23.07.2015. Meldingen gjelder prosjektet:

44090	<i>Hvordan kan teamet være til være til best mulig hjelp for de familiene som trenger deres tjenester?</i>
<i>Behandlingsansvarlig</i>	<i>Universitetet i Stavanger, ved institusjonens øverste leder</i>
<i>Daglig ansvarlig</i>	<i>Leif Arne Helgesen</i>
<i>Student</i>	<i>Jannet Time</i>

Personvernombudet har vurdert prosjektet, og finner at behandlingen av personopplysninger vil være regulert av § 7-27 i personopplysningsforskriften. Personvernombudet tilrår at prosjektet gjennomføres.

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

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

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

Personvernombudet vil ved prosjektets avslutning, 01.06.2016, rette en henvendelse angående status for behandlingen av personopplysninger.

Vennlig hilsen

Katrine Utaaker Segadal

Kjersti Haugstvedt

Kontaktperson: Kjersti Haugstvedt tlf: 55 58 29 53

Dokumentet er elektronisk produsert og godkjent ved NSDs rutiner for elektronisk godkjenning.

Arbeidsskriverier / District Offices

*OSLO: NSD, Universitetet i Oslo, Postboks 1055 Blindern, 0315 Oslo. Tel: +47 22 85 52 11. nsd@uib.no
TRONDHEIM: NSD, Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet, 7491 Trondheim. Tel: +47 73 59 19 07. kjerne.svtsa@svt.ntnu.no
TROMSØ: NSD-SVF, Universitetet i Tromsø, 9037 Tromsø. Tel: +47 77 69 44 46. nsdmas@svt.ntnu.no*

Personvernombudet for forskning



Prosjektvurdering - Kommentar

Prosjektnr: 44090

Utvalget for studien består av foresatte som har mottatt tjenester fra aktuelle team. Det er en forutsetning for vår tilråding at ledelsen ved teamet har klarert studien. Det er en videre forutsetning at teamet foretar trekking av utvalget og oppretter førstegangskontakten med de foresatte, og at taushetsplikten ikke er til hinder. Det må innhentes samtykke fra den enkelte til at Jannet Time kan få tilgang til deres navn og kontaktopplysninger, eventuelt be foresatte som er interessert i å delta om å kontakte Time.

Datamaterialet vil kun bestå av intervjudata, personvernombudet legger til grunn at saksdokumenter fra de konkrete familiene ikke vil inngå i studien, og at taushetsplikten ikke er til hinder for den behandling som finner sted.

Studien omfatter også statistikk i anonymisert form. Vi legger til grunn at tilgangen er klarert med ledelsen, jf. e-post 19.08.15.

Utvalget mottar skriftlig informasjon om studien. Vi finner informasjonsskrivet tilfredsstillende utformet, men forutsetter at samtykkeslippen endres som avtalt, jf. e-post 19.08.15.

Prosjektslutt er 01.06.16. Datamaterialet anonymiseres ved at verken direkte eller indirekte personidentifiserbare opplysninger fremgår. Lydopptak slettes. Enkelt personer vil ikke kunne identifiseres i oppgave/rapport.

Vedlegg 2 – Søknad om tilgang til data fra virksomheten med svar

Til

Sandnes, 23.07.2015

Søknad om tilgang til data

Jeg søker herved om tilgang til statistikk i [redacted] til forskning.

I forbindelse med master i sosialfag ved Universitetet i Stavanger, ønsker jeg å undersøke foresattes opplevelser av å ha mottatt tjenester fra [redacted] teamet. Jeg ønsker å foreta en brukerundersøkelse for å finne ut:

«Hvordan kan [redacted] teamet være til best mulig hjelp for de familien som trenger deres tjenester».

Jeg vil intervju omkring 8 foresatte som har mottatt tjenester fra [redacted] teamet, og undersøke om det finnes interessante mønster og løsninger.

Jeg søker om tillatelse til å benytte meg av følgende data fra virksomheten:

- Registreringsskjema i Excel over avsluttede saker i [redacted] teamet 2012, 2013, 2014 og 2015. Anonymisert data.
- Årsrapporter for 2012, 2013, 2014, og etter hvert 2015, over driften i [redacted] teamet. Anonymisert data.
- KOR (klient og resultatstyrt praksis) - kurver. Virksomheten har pr dags dato 25 skåringskurver fra saker i [redacted] teamet. Anonymisert data.

Materialet kan danne en ramme for oppgaven, og være en database som kan benyttes i forhold til videre analyser og drøftinger.

Min veileder i undersøkelsen er førstelektor Leif Arne Helgesen ved Universitetet i Stavanger, mail leif.helgesen@uis.no eller tlf. 93886459.

Mvh JannetTime
masterstudent

KOPI

Jannet Time

03.08.2015

Deres ref:
Saksbehandler

Vår ref:
Arkiv:

Søknad om tilgang til data

Jannet Time innvilges data tilgang til
forsknings øyemed for perioden 2012-2015.

sine statistikker til bruk i

Mvh

Enhetsleder

Postadresse:

Vedlegg 3 – Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt

Forespørsel om deltakelse i forskningsprosjekt om Familieteamet

”Hvordan kan Familieteamet være til best mulig hjelp for de familiene som trenger deres tjenester?”

Bakgrunn og formål

Mitt navn er Jannet Time. Jeg er klinisk vernepleier, jobber i Sandnes kommune og er masterstudent ved institutt for sosialfag ved Universitetet i Stavanger. Min veileder i undersøkelsen er førstelektor Leif Arne Helgesen ved Universitetet i Stavanger.

I masterstudiet arbeider jeg med en oppgave om foresattes erfaringer med å motta tjenester fra Familieteamet. Jeg ønsker å snakke med foresatte som har fått hjelp fra Familieteamet, og spør herved deg/dere om å delta i denne undersøkelsen.

Jeg ønsker å finne ut hvordan Familieteamet kan være til best mulig hjelp for de familien som trenger deres tjenester, og vil se etter mulige mønster og sammenhenger.

Hva innebærer deltakelse i studien?

Samtalene tar utgangspunkt i en intervjuguide og vil dreie seg om hvordan dere kom i kontakt med Familieteamet. Jeg ønsker å høre deres opplevelser, tanker og refleksjoner omkring den hjelpen dere har fått. Intervjuet vil vare i maksimalt en time. Dere velger selv hvor og når samtalen skal finne sted.

Hva skjer med informasjonen om deg?

Alle opplysninger vil bli behandlet konfidensielt, og det er bare jeg og min veileder som vil ha tilgang til dette materialet. Samtalen vil bli tatt opp på diktafon som bare jeg har tilgang til, og alt skriftlig materiale blir anonymisert. Prosjektet skal etter planen avsluttes 01.06.2016, og etter at masteroppgaven er godkjent vil alle opplysningene bli slettet. Det understrekes at informasjonen som kommer frem under samtalen bare skal brukes i masteroppgaven. Jeg gjør oppmerksom på at alle som deltar i studien kan få tilgang til resultatene når prosjektet er avsluttet, og det vil ikke være mulig for deltakerne å gjenkjennes i resultatene når de publiseres.

Frivillig deltakelse

Det er frivillig å delta i studien, og du kan når som helst trekke ditt samtykke uten å oppgi noen grunn. Dersom du trekker deg, vil alle opplysninger om deg bli slettet. Det vil ikke få innvirkning på deres forhold til Familieteamet dersom dere ikke vil delta i studien eller senere velger å trekke dere.

Dersom dere vil delta i undersøkelsen ber jeg dere sende en mail eller SMS til jannet.time@sandnes.kommune.no eller tlf. 91603737.

Dere vil bli kontaktet for å gjøre avklaringer omkring tid og sted for samtale som kan passe.

Dersom du har spørsmål til studien, ta kontakt med Jannet Time på mail jannet.time@sandnes.kommune.no eller telefonnummer 91603737.

Min veileder i undersøkelsen er førstelektor Leif Arne Helgesen ved Universitetet i Stavanger, mail leif.helgesen@uis.no eller tlf. 93886459.

Vedlegg 4 – Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt

**Samtykke til deltakelse i forskningsprosjekt om
Familieteamet i kommune**

***”Hvordan kan Familieteamet være til best mulig hjelp for
de familiene som trenger deres tjenester?”***

Studien er godkjent av Personvernombudet for forskning, Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste AS. Dersom du ønsker å delta, er det fint om du skriver under på samtykkeerklæringen.

Jeg har mottatt informasjon om studien, og er villig til å delta

- Jeg samtykker til å delta i intervju.***

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 5 - Intervjuguide

Innledning

- Hvordan fikk dere vite om tilbudet første gang?
- Hvorfor tok dere kontakt?
- Hvordan opplevde dere det å søke om tjenester fra Familieteamet?

Hoveddel

- Hvordan ble dere møtt?
- Fikk dere hjelp til det dere tok kontakt for?
Hva fikk dere hjelp til?
Hvordan foregikk hjelpen?
Hvor lenge fikk dere hjelp fra Familieteamet?
- Hva opplevde dere som nyttig?
- Hva opplevde dere som unyttig?
- Dersom du fikk bestemme hva Familieteamet skulle tilby av tjenester, hva ville du sagt da?
- Ville dere kunne anbefalt denne tjenesten til andre?

Avslutning

- Hvordan har dere det i dag i forhold til det dere tok kontakt for?
- Hvorfor tenker dere at det har gått slik?
- Alder og kjønn på barnet da dere fikk hjelp?
- Annet?

Vedlegg 6 – Analyse

KATEGORIER MED TEKST

Tekst er en blanding av egne notater og oppsummeringer og sitater fra deltakerne.

1. Omfattende vansker og komorbiditet i familier

- Omfattende vansker. Komorbiditet hos barnet og i familier.
- Har søkt og tatt imot andre hjelpetiltak tidligere. Mange år, møtt masse forskjellige folk. Det var fire par som sa de ikke husket, fordi det hadde vært så mye.
- Ulike instanser de oppgir å ha vært i kontakt med uten at de ble spurt om det:

Instanser	Antall
Spesialisthelsetjenesten; BUP, Autismeteam, Rikshospital, psykiatrisk avdeling	8/8
NAV	5/8
Kommune; skole, fastlege, avlastning, PPT, helsesøster, fysioterapi, helsestasjon, legevakt,	6/8
Privat aktør; veiledning og praktisk opplæring	3/8
ADHD-forening, Autismeforening	3/8

- Mange følelser en skal mestre, som sorg og fortvilelse, tvil og skam, angst, skyld, dårlig samvittighet og nederlagsfølelse. «Barn er jo en velsignelse i utgangspunktet, men det er så mye mer enn det.» Burde klart det selv. En kamp hver dag. Hvis du bare gjør jobben godt nok så kommer det til å fungere bra.

2. Opplæring og informasjon om rettigheter

- Forstå at det er spesielt å få hjelp inn i sitt eget hjem, i familiens privatliv.
- Det er de foresatte som kjenner barnet best, som ser helheten og er der for barnet.

- De opplever å stå alene med bekymringer, uten oppfølging etter utredning.
- Det er nytt for oss. Ingen forteller hva du har rett på.
- Få informasjon om tjenester, rettigheter, krav og muligheter.
- Få opplæring. Lære systemet å kjenne.
- Hjelp til å finne ut hvor du får hjelp, hvordan du komme i kontakt med aktuelle instanser, fyller ut søknader og få nødvendig hjelp.
- Mestre, beherske, eie egen situasjon.

3. Forståelse og hjelp ut fra behov

- Diagnoseforståelse, hjelp til å forstå barnets symptomer, diagnoser, fungering og årsak. Snakke og forklare slik at barn og familie kan forstå hva det innebærer.
- Barnet ser helt alminnelig ut, er smart og flink, samtidig som det er mye det ikke forstår og kan. Gjør rare og utfordrende ting og blir overvurdert og folk forventet noe helt annet.
- Se barnets ressurser. Bli kjent og få tilpasset opplegget. Få personlig oppfølging.
- Lære barnet å forstå seg selv og egne utfordringer.
- Forstå situasjonen. Vanskene blir værende i en eller annen form, en får de ikke bort.
- Forstå familien. Andre forstår ikke hvor krevende det kan være for søsken og familie.
- Hjelp barnet til å snakke med foresatte slik at de kan forstå hverandres utfordringer.
- Hjelp til å forstå hva som blir sagt og gjort i møter.
- Foresatte trenger ofte å ha med en fagperson i møter for å bli tatt på alvor av andre fagpersoner, selv om en har akademisk utdanning og lang erfaring.
- Begynne der behovet er, kartlegge behov, få hjelp og tjenester ut fra deres behov. Gjøre det som trengs. Møte folk der de er.
- Foresatte må være mottakelige og ta imot hjelpen.
- Samarbeid og åpenhet mellom veileder og foresatte.
- Dette må vi og det er forferdelig slitsomt. Prøve å mobilisere. Han fikk så mye hjelp at det var verdt det.

- Viktig å involvere begge omsorgspersonene

Seks av åtte par fortalte at mor tok mest kontrollen, var mest bekymret, deltok i flest møter og koordinerte møtene i perioder.

Fem av åtte var opptatt av arbeidsfordeling, involvere begge på lik linje, at begge skal være tilstede og være en ressurs for barnet. Det er et stort ansvar og tøft i perioder å være alene.

Viktig at begge deltar i møter, og viktig å høre hva far mener og tror.

- For familien er det viktig å beholde et sosialt nettverk av venner og familie. Møte forståelse og støtte fra de nærmeste.
- Møte andre i lignende situasjon, støtte og lære av hverandre. Delta i foreninger, lag, foreldregrupper, kurs. Reise på kurs og ferie sammen med andre.
- Noen barn har gode venner, andre har et lite sosialt nettverk og lite sosial omgang. Noen har mange venner på nettet.

4. Endring av barn og familiers livssituasjon

- Det går ikke over, får ikke ungene friske, det vil alltid være der på en eller annen måte. Må ta det som kommer og lære å leve med det. Holder på, blir ikke ferdig.
- Trygt at en kan komme tilbake, søke mer hjelp/annen form for hjelp senere ved nytt behov.
- Vi er der hele tiden, kan ikke slippe det.
- Vi vil gjøre mer, men det går ikke. En må forholde seg til de barna en har.
- Må godta at det er et konstant høyt hjelpebehov. Godta situasjonen slik den er.
- Hardt å få til en endring. Det har hjulpet noe.
- Er en utvikling, er gjerne bedre, gjør andre ting nå.
- Det er lite målbart. Barnet modnes og det drar i riktig retning
- Positiv fremgang hele tiden.
- Har glimt i øyet nå, og kan snakke om alt nå.
- Har ikke kommet til målet men.
- Er tilbake, en stor gevinst.
- Foresatte har blitt tøffere, lært å ikke gi meg.

- Vi må hjelpe barnet, men ikke gi for mye oppmerksomhet. Lærer metoder etter hvert av erfaring.
- Er voksen nå, må ta ansvar selv.
- Vil trenge hjelp som voksen. Andre overtar.
- Står på egne ben og tar egne valg.
- Tror han vil klare seg nå.

Uten hjelp:

- Stått alene, det er ikke å anbefale.
- Droppet skolen
- Ungene blir leie selv, mister troen og gir opp håpet.
- Kan få alvorlige konsekvenser.

5. Nyttig og mindre nyttig hjelp

Det som har vært nyttig:

- Informasjon og opplæring til barn og foresatte. Lære nye metoder.
- Hjelp til kommunikasjon og forståelse i familien.
- Få god oppfølging over tid. Veileder brydde seg, stilte opp, støttet, tilpasset møter og forstod. Holdt avtaler og kom til poenget.
- Familieteamet har virket. Fantastisk fornøyd. Stilte alltid opp. Stolte på dem. Hadde samme veileder hele tiden, trygt og godt.
- Se familiens ressurser, gi ros og anerkjennelse for det som er bra. Få bekreftelse.
- Fleksibilitet. Godt når hjelpen er fleksibel og tilgjengelig, slik at en kan ta kontakt hvis det oppstår kriser eller situasjoner.
- At personligheten stemmer med veileder.
- Samarbeid og god kommunikasjon.
- Åpenhet mellom foresatte og veileder. Kunne justere forventninger og opplegg underveis.
- At veileder er med i samarbeidsmøter, og kan veilede andre instanser.
- Kontinuerlig oppfølging. Vekker interesse. Gir ikke opp.
- Parsamtaler.

- Sette foresatte på sporet, i forhold til avlastning og bolig.

Kritikk/Mindre nyttig

- Mye møter og lite nytt.
- Det var ikke så mye hjelp å hente egentlig.
- Begrenset med hjelp fra kommunen.
- Kunne vært mer fleksibelt i tid, ut fra behov og større faglig opplegg. Vært like stort omgang som privat aktør. Sluppet å betale privat aktør selv.

6. Annet

- Fem utav åtte par fortalte at en må «trø hardt», «sparke/slå dørene inn på de riktige stedene for å få hjelp».
- To par snakket om «treghet i systemet», «byråkratisk» og «stange hodet i veggen».
- Vanskelig å komme gjennom. Må gjøre seg sykere enn en er for å få hjelp.
- Evaluering en måned etter avslutning.
- Bruke familieteam mer i kommunen, før barnevern.
- Alt handler om penger.
- Samfunnsøkonomisk å investere i barna.
- Fantastisk tilbud.
- Tenker med skrekk og gru på de som ikke har mulighet til å få hjelp. Synes synd på de som ikke får hjelp.
- Forslag til forbedring.

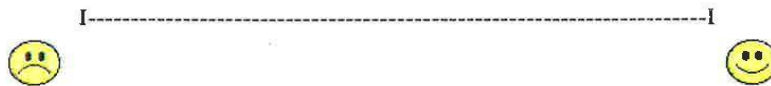
Vedlegg 7 – Skala for endringsvurdering, samtalevurdering og skåringsgraf

Skala for endringsvurdering – barn og unge (CORS)

Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____
Hvem fyller ut skalaen? Kryss av: Barnet _____	Foresatt _____
Hvis foresatte fyller ut; hva er din relasjon til barnet? _____	

Hvordan har du det? Hvordan går det i livet ditt? Kan du å hjelpe oss å forstå ved å sette et merke på linjene nedenfor. Det går bedre jo nærmere du setter merket det blide fjeset, og det går dårligere jo nærmere du setter merket det sure fjeset. *Dersom du er foresatt, fyll da ut skalaen slik du tenker barnet har det.*

Meg selv
(Hvordan jeg har det)



Familien
(Hvordan jeg har det i familien min)



Skolen, venner
(Hvordan jeg har det på skolen og med venner)



Alt i alt
(Hvordan jeg har det alt i alt)



Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulchange.com



© 2003, Barry L. Duncan, Scott D. Miller, & Jacqueline A. Sparks
Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Anne-Grethe Tuseth. (anne.tuseth@r-bup.no)

Skala for samtalevurdering - barn og unge (CSRS)



Navn _____	Alder (År): _____
ID nr. _____	Kjønn: M / K
Samtale nr. _____	Dato: _____

Hvordan var det å være her i dag? Kan du sette en strek på linjene nedenfor for å vise oss hva du synes.



Å bli hørt

Hørte ikke så godt på meg.  |-----|  Hørte godt på meg.



Hvor viktig

Det vi gjorde og snakket om var ikke så viktig for meg.  |-----|  Det vi gjorde og snakket om var viktig for meg.

Det vi gjorde

Jeg likte ikke det vi gjorde i dag.  |-----|  Jeg likte det vi gjorde i dag.

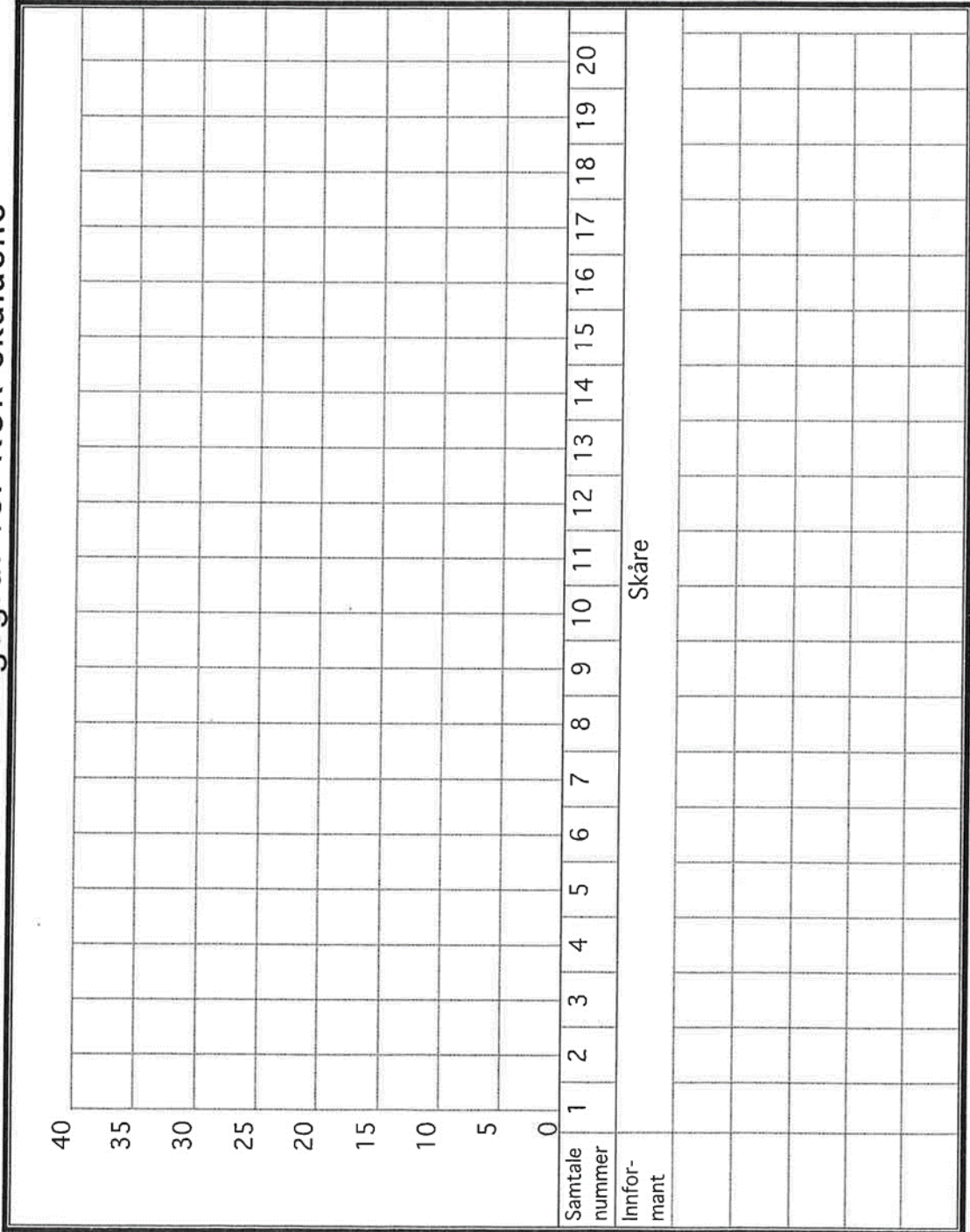
Alt i alt

Jeg ønsker å gjøre noe annet.  |-----|  Jeg håper vi kan gjøre noe lignende neste gang.

Heart and Soul of Change Project

www.heartandsoulofchange.com

Skåringsgraf for KOR-skalaene



Merk av ORS og SRS for hver samtale. Bruk forskjellige farger for ulike personer.

Norsk oversettelse ved KOR-nettverket, Morten Anker. (morten.anker@bufetat.no)

Vedlegg 8 – Vedtak om tjenester fra familieteamet

Unntatt offentlighet etter offentleglova § 13 og forvaltningsloven § 13-1

KOMMUNE

Foresatte til

, 10.11.2015

Brukenr.:

Vår ref.:

Saksbehandler:

VEDTAK OM TJENESTER FRA TEAMET FOR , FØDT

Det vises til søknad om tjenester fra teamet mottatt 27.08.15, samt samtale den 22.09.15.

kommune, har behandlet saken i tiltaksteam 05.11.15. Det er fattet følgende vedtak:

team innvilges med inntil 4 timer pr uke i 6 måneder fra oppstart.

Grunnet kapasitetsutfordringer settes dere på venteliste, og blir kontaktet så snart tiltaket kan iverksettes.

Begrunnelse for vedtaket

Søknaden er vurdert etter pasient- og brukerrettighetsloven § 2-1a og helse- og omsorgstjenesteloven §§3-1 første ledd jfr. 3-2 første ledd nr.6 bokstav a.

Barnet har funksjonsnedsettelse og betydelig funksjonssvikt. Det vurderes at familien trenger assistanse i form av praktisk veiledning og opplæring for å få til nødvendig endring i situasjonen.

Ovennevnte tjeneste er vurdert i sammenheng med øvrig tjenestetilbud.

Tjenestetilbudets innhold

Tjenesten gis fra teamet. Denne skal ved å yte praktisk veiledning og opplæring, gjøre barnet og hans foresatte mest mulig selvhjulpne i dagliglivet. Veiledningen skal bidra til å utvikle gode rutiner i hjemmet, og gjøre barn og foresatte bedre i stand til å håndtere dagliglivets gjøremål. Det forutsettes at minst en av de foresatte er tilstede, og er motivert for og tar imot veiledning. Tilbudet skal bidra til å fremme barnets helse og utvikling.

Tjenestetilbudet innebærer også samarbeid med andre instanser. Særlig aktuelle er skole og instanser med behandlingsansvar for barnet.

Nærmere innhold i tjenesten vil bli beskrevet i tiltaksplan utarbeidet av teamet.

teamet vil i samarbeid med og foresatte, foreta en evaluering av tjenestetilbudet. Dersom evaluering viser en bedring i barnets funksjonsnivå og/eller foresattes håndtering av situasjonen, eller at måloppnåelse ikke er innfridd, kan tjenesten vurderes avsluttet før vedtakets utløpsdato.

Postadresse:
Besøksadresse:

Det vil bli utarbeidet sluttrapport med kopi til alle parter når vedtaket utløper.

Praktiske opplysninger

Ansvarlig for tjenesten er
Hun kan kontaktes på telefon

Tilbudet kan i vedtaksperioden reduseres eller utgår dersom andre instanser tilbyr tjenester som vurderes å dekke deler av eller hele hjelpebehovet.

Søker plikter å underrette dersom livssituasjonen endres, og dette fører til at hjelpebehovet reduseres eller dekkes helt eller delvis.

Det gjøres oppmerksom på at ved eventuell flytting til omsorgsbolig tilknyttet døgnbemannet personalbase, vil ovennevnte tjenestetilbud automatisk opphøre.

Innsynsrett

I henhold til forvaltningsloven § 18 og § 19 har søker som part i saken som hovedregel rett til innsyn i de saksdokumenter som ligger til grunn for dette vedtaket. Dersom søker ønsker å gjøre seg kjent med dokumentene kan kontaktes.

Klage

Pasient- og brukerrettighetsloven § 7-2 sier vedtaket kan påklages. Klagefrist er 4 uker fra vedtaket ble mottatt, jf. § 7-5 Eventuell klage med begrunnelse sendes til Opprettholdes vedtakets avgjørelse, sendes saken videre til Fylkesmannen. Din saksbehandler kan gi nærmere råd og veiledning.

Med hilsen

Fagkonsulent

Kopi: Brukers journal