

**Kandidatnummer 8406
Therese Lundøy**

MSOMAS_1 Masteroppgåve i sosialfag

"HELSEPERSONELLOVEN §10 A -

OG DENS BETYDING FOR BARN SOM PÅRØRANDE"

Av: Therese Lundøy



**DET SAMFUNNSVITENSKAPELIGE FAKULTET
Institutt for sosialfag**

**Masteroppgåve – Sosialfag
Institutt for sosialfag - November 2016**

UNIVERSITETET I STAVANGER

MASTERSTUDIUM I SOSIALFAG
MASTERGRADSOPPGÅVE

SEMESTER: Hausten 2016

FORFATTAR/MASTERKANDIDAT: Therese Lundøy

RETTLEIAR: Førstelektor Grethe Marit Delås

TITTEL PÅ MASTEROPPGAVE:

Norsk tittel:

"Helsepersonelloven § 10a - og dens betydning for barn som pårørende"

Engelsk tittel:

"Helsepersonelloven § 10a - and its importance for child as relatives"

EMNEORD/STIKKORD:

Barn som pårørende - psykisk sjuke foreldre - Helsepersonelloven § 10a - Auka fokus - Tiltak

ANTALL SIDER: 109

STAVANGER15.11.2016.....Therese Lundøy.....

DATO/ÅR

Kandidatens namn

X I forbindelse med elektronisk innlevering, kjem eg til å reservere meg mot å offentliggjere mastergradsoppgåva på Universitetets nettsider.

Forord

Ein lang, spennande og ikkje minst lærerik prosess er no over.

Eg vil først takke alle informantane mine som velvillig har stilt opp og deltatt i denne oppgåva. Eg vil takke for all den rike kunnskapen og alle de erfaringane som dykk har delt med meg.

Eg ynskjer vidare å rette ei stor takk til deg Grethe Marit Delås. Du har vore ein fantastisk rettleiar for meg i dette arbeidet og du har gitt meg stor hjelp. Vi har hatt jamleg kontakt gjennom heile prosjektet og eg set stor pris på at du har vært så sjenerøs med tida di. Tusen takk for inspirasjon, gode faglige diskusjonar og ikkje minst engasjementet ditt.

Sist, men ikkje minst vil eg og takke Børge. Tusen takk for all tolmod, motivasjon og støtte du har vist meg i denne perioden.

Bergen, 15.11.2016

Therese Lundøy

Samandrag

I denne masteroppgåva er temaet Helsepersonelloven § 10a og dens betydning for barn som pårørende. Problemstillinga har vert som følgjande:

Korleis har Helsepersonelloven § 10a i 2010 påverka
arbeidet med barn som pårørende?

*

Kva tiltak har komet som følgje av loven og korleis opplever dei barneansvarlige
som er tilsett på psykiatriske avdelingar at disse fungerer i praksis? Har barn som pårørende

fått det betre som følgje av Helsepersonelloven §10a?

I 2009 vedtok Stortinget endringar i Helsepersonelloven med ein ny paragraf: "*§ 10a Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*". Målet var å sikre at alle barn som er pårørende i langt større grad skulle bli ivaretatt av helsevesenet enn kva dei tidligare hadde blitt. Helsepersonell var heretter lovpålagt å gje barna både informasjon og vidare oppfølging ved behov (Helsedirektoratet, 2010).

Formålet med denne masteroppgåva har vert å finne ut korleis dei som er barneansvarlige ved ulike psykiatriske avdelingar opplever denne nye lovbestemminga. Ein har sett på kva tiltak som er komet som følgje av loven og ikkje minst om ein i dag klarer å nå ut til disse utsette barna i større grad enn kva gjorde tidligare.

Det fins mykje faglitteratur på barn som pårørende når mor eller far er psykisk sjuk. Eg har og funnet fleire bachelor- og masteroppgåver om temaet, men lite som fokuserar på Helsepersonelloven og kva som har skjedd etter at denne loven var nedfelt. Ei bok, "Familier i motbakke", skal nemnast (Haugland, Bugge, Trondsen og Gjesdahl, 2015). Det trengs meir forskning og kunnskap på dette området.

Kandidatnummer 8406
Therese Lundøy

I oppgåva har eg nytta kvalitativ undersøking, med intervju av informantar som metode. Gjennom semistrukturerte intervju med fire barneansvarlige på ulike og uavhengige psykiatriske institusjonar har eg fått inn mykje verdifull datamateriale. Vidare vart intervjuet transkribert og tekstane analysert. I arbeidet har fokuset vært på å finne mønster i materialet, både eventuelle likskapar og ulikskapar mellom informantane og vidare har eg drøfta disse funn opp mot relevant fagteori og eigne spørsmål og refleksjon.

INNHALDSLISTE

Forord.....	3
Samandrag.....	4-5
1. Innleing.....	10
1.1 Presentasjon av oppgåva.....	10-11
1.2 Problemstilling.....	11
1.3 Avgrensing av tema.....	11-12
1.3 Oppgåvas aktualitet.....	12
1.4 Tidligere forskning.....	12-13
1.5 Oppgåvas hensikt.....	13-14
1.6 Struktur på oppgåva.....	14
2. Teoretisk forankring.....	15
2.1 Introduksjon.....	15
2.2 Helsepersonelloven § 10a.....	16-17
2.3 Barn som pårørende.....	17-18
2.4 Barneansvarlig personell.....	18-19
2.5 Dokumentasjon og journalføring.....	19-20
2.6 Å skape pasientens helseteneste.....	20-21
2.7 Å snakke med barn som pårørende.....	21
2.8 Informasjon til barn som pårørende.....	22-23
2.9 Anerkjennning.....	23-24

2.10 Tilknytningsteori.....	24-25
2.11 Foreldrefunksjon ved psykisk sjukdom.....	25-26
2.12 Kommunikasjonsbrot i familiar.....	26-28
2.13 Overtaking av vaksenroller.....	28-29
2.14 Førebyggande arbeid.....	29-31
2.15 Ulike nivå av førebyggande arbeid.....	31-32
2.16 Tidsklemma.....	32
2.17 Arv og generasjonsoverføringer.....	32-33
3. Framgangsmåte og metodiske val.....	34
3.1 Introduksjon.....	34
3.2 Vitskapelig forankring.....	34-35
3.3 Kvalitativ metode.....	35
3.4 Utval og rekruttering av informantar.....	35-38
3.5 Gjennomføring av intervju.....	38-41
3.6 Transkripsjon.....	42-43
3.7 Analyseprosessen.....	43-44
3.8 Datakvalitet.....	45-46
3.8 Mogelege overføringer av forskingsresultat.....	46
3.9 Eiga rolla i forskingsprosessen.....	46-47
3.10 Oppsummering.....	47

4. Presentasjon av innsamla datamateriale.....	48
4.1 Introduksjon.....	48
4.2 KATEGORI 1: Indirekte tiltak for barn	
4.2.1 Rolla som barneansvarlig personell.....	48-51
4.2.2 Registrering og dokumentering av barn som pårørende.....	52-53
4.2.3 Auka fokus på barn som pårørende.....	54-56
4.2.4 Førebygging av psykiske lidingar.....	56-59
4.3 KATEGORI 2: Direkte tiltak for barn	
4.3.1 Samtale med barn som pårørende.....	59-61
4.3.2 Informasjon, tilrettelegging og hjelp i heimen.....	61-62
4.3.3 Grupper for foreldre og barn som pårørende.....	62-64
5. Analyse.....	65
5.1 Introduksjon.....	65
5.2 Hovudfunn.....	65-68
5.3 Analyse av funn	
5.3.1 Å vere vaktbikkje.....	69-71
5.3.2 Synleggjering av barn som pårørende.....	72-75
5.3.3 Eit klart skilje.....	75-79
5.3.4 Vinn - vinn situasjonar.....	79-82
5.3.5 Den store overraskinga.....	82-85
5.3.6 Nye trendar.....	85-88
5.3.7 Hjelp - som faktisk hjelper.....	88-90

6. Konklusjon.....	91
6.1 Min konklusjon.....	91-93
6.2 Nye forskningsspørsmål.....	93

Vedlegg.....	94-106
---------------------	---------------

Litteraturliste.....	107-109
-----------------------------	----------------

1. Innleiing

1.1 Presentasjon av oppgåva

Denne masteroppgåva skal sjå på gruppa "barn som pårørande" når mor eller far er psykisk sjuk. 135 000 barn lever i heimar der dei har foreldre som er psykisk sjuke og som derfor ikkje alltid er friske nok til å ivareta eigne barn på ein god og forsvarlig måte (Kjellevold og Bøckmann, 2015). Det skal og presiserast at dette talet kan vere enda høgare i realiteten, då det med stort sannsyn sikkert fins mørketal og at mange av barna rett og slett ikkje er blitt registrert. Med tanke på omfanget av dette, kor mange dette gjelder, er det serdeles viktig at helsevesenet prøvar å imøtekomme og hjelper disse barna. Mykje forskning støttar at psykisk sjukdom kan gå i arv og at barn treng hjelp for å hindre og/eller stoppe utvikling av eigne psykiske problem (Helsedirektoratet, 2010).

Disse barna har lenge vert ei oversett gruppe og har ikkje fått den merksemda dei sårt treng og fortener. Stortinget kom på bana og innførte ei ny lovbestemming på området i 2009. Dette kan man sjå på som eit første steg mot å gje barn som pårørande juridiske rettigheter og dei vart nedfelt i Helsepersonelloven § 10a. Loven lyder som følgjande: "*Helsepersonells plikt til å bidra til å ivareta mindreårige barn som pårørende*" - og vart tatt i bruk 1 januar 2010. Formålet var å sikre barn som mindreårige gjennom at helsepersonell skal gje den informasjon og oppfølging som barna måtte ha behov for når foreldre er sjuke. Den vart gjeldande for all helsepersonell som arbeidar i spesialisthelsetenesten, kommunehelseteneste og også i private helsetenester (ibid.). Loven er banebrytande fordi den no lovfestar rettigheter som barn som pårørande har og inkludere dei i behandlingsopplegg til foreldre når dei er psykisk sjuke.

Barn som pårørande har i lang tid vert ein kjent problematikk. Noreg, med Helse og omsorgsminister Bengt Høie i spissen, har i den seinare tid gått ut offentleg og snakka om dei store forbettringspotensiale helsevesenet i landet har på området og at dette er noko som no skal og må prioriterast (<http://www.regjeringen.no>). Noko som er interessant, og det som også er temaet for oppgåva, er å prøve å finne ut korleis kunnskap vi har om barn som pårørande no blir forvalta - etter at lovendringa kom? Korleis har Helsepersonelloven § 10a påverka

arbeidet med barn som pårørende? Har vi kommet lenger på vei for å klare å hjelpe flere barn som er pårørende?

1.2 Problemstilling:

Korleis har Helsepersonelloven § 10a i 2010 påverka
arbeidet med barn som pårørende?

*

Kva tiltak har kommet som følgje av loven og korleis opplever dei barneansvarlige som er tilsett på psykiatriske avdelingar at disse fungerer i praksis? Har barn som pårørende fått det betre som følgje av Helsepersonelloven §10a?

Eg har valt å skrive masteroppgåva mi om nettopp dette temaet fordi eg først og fremst har ei særleg interesse for barn. For det andre tykkjer eg at den nye lovbestemminga er ei viktig vegskilje i så vel faget vårt, samfunnet vårt og ikkje minst for dei barna som dette gjelder. Eg har sjølv gjennom erfaring i vaksen psykiatrien erfart at barn, som har foreldre innlagt ved psykiatriske institusjon, faktisk relativt ofte blir nedprioritert og i nokre tilfeller ikkje nemnt i det heile tatt gjennom heile behandlingssopplegget til mor eller far. Eg meiner at det er viktig at alle som arbeidar med psykisk sjuke foreldre, står på for nå ut til disse barna og hjelpe dei som trenger det. Tidlig intervensjon og førebygging er vesentlege nøkkelord her. Ikkje berre for å hjelpe barna der og då, men også viktig for å minske risiko for at barna seinare kan utvikle psykiske lidningar som følgje av at dei ikkje har fått hjelp i oppveksten tenkjer eg. Loven har gitt helsevesenet i Noreg ei felles plattform for å kunne gje barn som pårørende meir støtte og hjelp når dei lev i vanskelege heimesituasjonar.

1.3 Avgrensing av tema

Grunna tid, omfang av masteroppgåva og mine eigne begrensingar som ny forskar, har eg måtte avgrensa oppgåva. Eg har for det første valt å halde meg til barn som har psykisk sjuke

foreldre, ikkje familiar med rusmiddelavhengigheits problematikk eller alvorleg somatisk sjukdom. Valet har falt på psykiatrien på grunn av eigen erfaring i frå arbeid på psykiatrisk institusjon og eg har derfor ei stor eigen interesse av temaet og eit ynskje om å forbetre kunnskapen kring dette. Det hadde vert veldig interessant å også kunne intervju barna som dette gjelder, som er i møte med helsevesenet og sett på kva dei seier om kva effekt dei meiner dette lovverket har hatt og ikkje minst om dei meiner at dei ein del av behandlinga til mor eller far. Ein kunne då også sett på eventuelle likskapar og ulikskapar mellom helsevesenet og barna sjølv, det er ikkje sikkert dei er einige. Men med tanke på oppgåvas omfang, har dette dog ikkje vert mogleg no.

1.4 Oppgåvas aktualitet

John Bowlby har sidan 1950 talet retta merksemda si mot barn som er pårørande når mor eller far er sjuk og har tala for viktigheita tilknytning mellom barn og foreldre har for barna seinare i livet. I Noreg har vi dog ikkje hatt for tradisjon å ha fokus på barn når foreldre blir sjuke og dette har i mange år ikkje vert inkludert som ein del av det helsevesenet skulle arbeide med. Ein har stort sett prioritert dei som er sjuke og kunn den personen. Familie og nettverk har vert lite diskutert i det norske helsevesenet, ein har i alle fall ikkje gjort særleg mykje for å inkludere dei i behandling, før no. Helsepersonelloven § 10 a har satt barn som pårørande på agendaen til helsevesenet og alle skal no aktivt vere med på å bidra til hjelp og støtte til utsette barn.

1.5 Tidligare forskning

Eg har ikkje funnet forskning eller publikasjonar lik mi problemstilling. Det nye lovverket har no vært i bruk i vel seks år, så det er relativt nytt. Derfor tykkjer eg det er ekstra spennande og ikkje minst ekstra viktig å finne ut meir om dette. Eit behov for forskning og evaluering av eventuelle endringar/ få endringar etter at lovbestemminga kom, er stort.

Likevel vil eg nemne at det to nylig prosjekt om temaet. Det har vert gjennomført ein stor nasjonal kvalitativ studie om barn som pårørande på A- hus, med tittel: *"Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudien"*, utgitt november 2015. Dette er eit samarbeid mellom

Akershus universitetssjukehus, Nordlandssjukehuset, Stavanger universitetssjukehus, Rogaland A senter, Sørlandet sjukehus, Venstre Viken Helseforetak, Regionsenter for barn og unges psykiske helse og "Barnsbeste". Denne studien fokuserar på livssituasjonen til barn og korleis barn meistrar kvardagen med foreldre som er psykisk sjuke, har alvorlege rusmiddelproblem og/eller alvorleg somatisk sjukdom. Gjennom dette ynskjer dei å få fram dei pårørande si stemme og ulike erfaringar som dei har hatt som pårørande (<https://www.helsedirektoratet.no>). Grunna tid og størrelse på denne oppgåva, har eg ikkje satt meg grundig inn i disse resultatata, då den ikkje har vert vesentleg for meg i denne samanheng.

Forskarnettverket i "Barnsbeste" (Nasjonalt kompetansenettverk for barn som pårørande) står bak ei ny bok som også vart utgitt i 2015. Dette er ei bok som handlar om kva som kan vere god støtte for familiar som opplever sjukdom og rusavhengigheit. Formålet med denne boka har vert å inspirere til vidareutvikling og tiltaksevaluering som er til for å støtte barn og foreldre i sjukeperiodar. Utvalet i boka har vore både barn, foreldre, klinikarar og forskarar (Haugland, Bente Storm Mowatt., Bugge, Kari Elisabeth., Trondsen, Marianne V. og Gjesdahl, Siri, 2015). Eg har gjennomgått boka, men den er ikkje blitt prioritert i oppgåva. Eg tykkjer likevel den er viktig å nemne her, då den viser at ein er så vidt komet i gang med å gjere evaluering av nokre tiltak som ein har fått ovanfor barn som er pårørande.

1.6 Oppgåvas hensikt

Denne masteroppgåva har for formål å prøve å kunne gi nokre svar på om Helsepersonelloven §10a har påverka måten man arbeidar med barn som pårørande på.

- Korleis opplev dei barneansvarlige på psykiatriske avdelingar at lovbestemminga har påverka arbeidet deira i forhold til barn er pårørande når mor eller far er psykisk sjuk?
- Kva tiltak løftar informantane fram som viktige i arbeidet for barn som er pårørande?
- Opplever dei barneansvarlige i psykiatrien at ein i større grad klarer å nå ut til disse utsette barna no - etter at den nye lovbestemminga kom til?

Denne kunnskapen som oppgåve kan gje, vil kunne komme heile Helsevesenet tilgode. Og ikkje minst vil det kunne komme barna tilgode. Helsevesenet kan sjå om vi har gjort nok/ satt inn nok tiltak for å nå ut til barna - eller må vi finne nye og/ eller fleire tiltak? Ein kan også sjå

kva tiltak som informantane meiner fungerer og eventuelt ikkje fungerer. Utfordringar som personale måtte ha kan også komme til syne. Dette er viktig å synleggjere, slik at ein kan ha moglegheit til å gjere endringar og forbetringar - som til slutt vil kunne forbetre situasjonen for disse sårbare og utsette barna.

1.7 Struktur på oppgåva

Oppgåva er inndelt i seks forskjellige kapittel.

Første kapittel består av innleiing og presentasjon av oppgåva.

I kapittel 2 blir den vitenskapsteoretiske ramma for prosjektet presentert. Her skal vi sjå på fagteori som er relevant og viktig vidare i oppgåva.

Vidare i kapittel 3 blir dei metodiske framgangsmåtane og vala som eg har tatt i prosjektet vist.

Kapittel 4 består av innsamla empiri.

Analysen og hovudfunn blir presentert i kapittel 5.

Siste kapittel består av konklusjonen av oppgåva.

2. Teoretisk forankring

2.1 Introduksjon

I denne delen av oppgåva vil eg ta for meg oppgåvas teoretiske ramme. Det vil her bli presentert relevant fagteori som er viktig for lesaren vidare i oppgåva. Det fins mykje fagteori eg kunne valt, men eg har valt dei eg tykkjer er spesielt viktige i forhold til problemstillinga mi. Sentrale tema er Helsepersonelloven § 10a og det den inneberer, helse og omsorgsminister Bent Høie med sitt mål om å skape pasientens helseteneste og vi skal også sjå på ulike viktige omgrep knytt til det å ha samtalar med barn som pårørande. Teori om foreldrefunksjon ved psykisk sjukdom vil bli belyst og også viktigheita av førebyggjande arbeid. Denne fagteorien er også er brukt i analysedelen og eg har derfor via ein del plass til å presentere og forklare den her i dette kapittelet. Først vil eg gje ei kort avklaring om omgrepet barn som pårørande og mi meining med dette i oppgåva vidare.

På midten av 1990 talet byrja det å bli retta meir merksemd på barn som pårørande. Dette var dei barna som hadde foreldre med psykisk sjukdom, eller på andre måtar sleit med livstrugande sjukdommar, samt også barn som hadde foreldre med alkohol og/eller andre misbruksproblem. Når barn lever i familiar der foreldra er råka av anten sjukdom eller andre vanskar, vert dei rekna som pårørande. Ordet betyr "å stå nært eller å være i familie med". (Nordenhof, 2012).

I denne oppgåva når det refererast til barn som pårørande, så er det snakk om barn som har foreldre med psykisk sjukdom. Eg har i prosjektet bevisst valt å nytte begrepet "barn som pårørande" til fordel for andre omgrep som "barn med psykisk sjuke foreldre" eller "barn av psykisk sjuke foreldre". Grunnen til dette er at eg tykkjer dei sistnemnte sjukleggjer både barnet, foreldra og også relasjonen, kommunikasjonen og situasjonen mellom dei. Med uttrykket "barn som pårørande" blir barna satt i ei gruppe ved sidan av den/dei som er sjuk, samstundes som det blir framheva at barna er i ein situasjon der dei er pårørande og dei også er ei gruppa som treng hjelp på lik linje som den sjuke forelderen.

2.2 Helsepersonelloven § 10a

19 juni 2009 vedtok Stortinget endringer i Helsepersonelloven. Helsepersonell vart no juridisk pålagt å ivareta barn som pårørende. Disse endringane trådde i kraft 1 januar 2010 (Helsedirektoratet, 2010). I tillegg kom også endringar i Spesialisthelsetenesten og Journalforeskrifta. Vi skal vidare sjå på kva disse lovendringane inneberer.

I lovteksten står det:

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

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

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

Når det er nødvendig for å ivareta behov, skal helsepersonellet blandt annet:

- a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak. Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, ta del i en slik samtale*
- b) innhente samtykke til å foreta oppfølging som helsepersonellet anser som hensiktsmessig*
- c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med regler om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær. Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.*

Departementet kan gi foreskrifter som utdyper innholdet i helsepersonellens plikter etter denne bestemmelsen."

(Helsedirektoratets rundskriv, 2010:3)

Helsedirektoratets eget rundskriv "Barn som pårørende" gjer ei fyldig og god beskriving av både formål, meinig og hensikt med den nye lovbestemminga, og derfor har eg valt å halde meg til denne kjelda om lovverket. Det går fram at helsepersonell skal bidra til å gje informasjon og oppfølging til barn som er pårørende når mor eller far er psykisk sjuk, rusmiddelavhengige eller har alvorleg somatisk sjukdom eller skade. Formålet med dette er at man skal sikre at barna blir fanga opp tidlig i eit behandlingssopplegg og samstundes også passe på at det blir satt i gang tiltak som skal hjelpe også barna. Dette slik at familiar med psykisk sjukdom kan meistre situasjonen sin på ein betydelig betre måte enn kva som tidlegare var vanleg. I tillegg til dette, er formålet også å førebygge nye problem hjå barn. Disse bestemmingane gjer seg gjeldande for all helsepersonell i spesialisthelsetenesten, kommunehelsetenesta og i private helsetenester (Helsedirektoratet, 2010).

2.3 Barn som pårørende

Når psykisk sjuke pasientar har eigne barn, eller har omsorg for barn, vil den helsetilstanden som forelderen har, påverke dei. Barn som lever med psykisk sjuke foreldre, er både utsette og sårbare. Lovbestemminga skal være med på å hindre at barn tar på seg vaksenoppgåver når omsorgspersonane i livet deira ikkje klarer å ivareta sine foreldrefunksjonar. Den skal hjelpe til slik at barna kan bli verande i rolla si som barn. Informasjon og oppfølging er nødvendig for at barn skal kunne kjenne seg trygge og inkluderte, samt også for at dei skal kunne kare å meistre den utfordrande kvardagssituasjonen dei lev i. Dei kan til tider, dette i varierende grad, oppleve dagane sine som både lite føreseielege og mykje angst. Det vil være viktig å tilpasse informasjonen som man gir til barnets alder og modenskap (Helsedirektoratet, 2010).

Først og fremst er det den behandlaren som har ansvaret for mor eller far når dei er sjuke, som har plikt til å følgje opp det enkelte barnet/ barna til pasienten. Dette vil som oftast være anten ein lege eller ein psykolog. Sidan det er disse personane som stort sett står pasienten nærmast, bør dei ta avgjerda om når og på kva måte situasjonen kring barn skal takast opp og diskuterast. Likevel skal det ikkje utelukkast at anna helsepersonell kan være ansvarlig for behandlinga. Nokre gongar kan det også være nødvendig med bistand i frå anna helsepersonell når barn skal ivaretakast. Barna som loven gjelder for, er alle under 18 år og helsepersonell skal ha lav terskel for å sette i gang med undersøkingar om kva behov barna

har for informasjon og oppfølging. Dei tenger ikkje ha synlege symptom sjølve før at man skal setje i gang med dette. Det som er avgjerande for vurderinga er om helsetilstanden til forelderen er av ein slik karakter at den kan føre til at barna kan bli sårbare og usikre, får meistringsproblem og/eller at barna opplev bekymring ovanfor den sjuke forelderen (ibid.).

Foreldre og eventuelt andre omsorgsgivarar for barna er dei som primært skal gje informasjonen og oppfølging. Denne lovbestemminga er meint for og gjer seg først gjeldande i dei situasjonane der pasienten sjølv ikkje klarer dette - og også i dei tilfella man er i tvil om foreldras evne til det. I den grad det er mogeleg bør man involvere forelderen i all arbeid ein gjer med barna, dette slik at dei skal kunne utføre si rolle som mor eller far på best mogeleg måte. Loven indikerar på denne måten at helsepersonell skal hjelpe sjuke foreldre til å ta vare på barna deira dersom dei ikkje er i stand til det sjølv. Alle foreldre skal få tilbod om hjelp og råd, uansett om dei framstår som meistrande og som mest truleg er i stand til å takle den aktuelle situasjonen (Helsedirektoratet, 2010).

Helsepersonell kan og skal ha samtalar med pasientar om barns behov til informasjon og oppfølging - og dette vil vere spesielt gjeldande dersom mor eller far er innlagt i institusjon. I akutte situasjonar må helsepersonell strekkje seg langt for å få oversikt over barnas omsorgssituasjon ganske fort. Dette kan vere ved sjukdommar som akutt psykose (ibid.).

2.4 Barneansvarlig personell

For å ytterligare styrke stillinga til barn med alvorleg sjuke foreldre vart det vedtatt enda ei ny bestemming i Spesialisthelsetenesteloven § 3-7 a. Alle helseinstitusjonar/avdelingar i spesialisthelsetenesta vart då også pålagt til å oppnemne eit "barneansvarleg personell". Den personen som skal ha denne rolla skal fremme og koordinere denne jobben med oppfølging av barn og unge. I lovens bestemming står det:

"§ 3-7 a Om barneansvarlig personell

Helseinstitusjoner som omfattes av denne loven, skal i nødvendig utstrekning ha barneansvarlig personell med ansvar for å fremme og koordinere helsepersonells oppfølging

av mindreårige barn av psykisk syke, rusmiddelavhengige og alvorlig somatisk syke eller skadde pasienter."

(Helsedirektoratets rundskriv, 2010:17)

I rundskrivet går det fram at kjernefunksjonen til rolla er at man skal setje arbeidet med barn som pårørende i system, halde anna helsepersonell oppdatert på temaet og ikkje minst fremme barns interesser på dei ulike avdelingane. Det er blitt skissert opp eksemplar på arbeidsoppgåver som dei barneansvarlige kan ha i rundskrivet: Setje arbeidet med barn som pårørende i system, alltid fremje barnas interesser, halde kollegaer oppdatert på ny kunnskap om temaet og ta seg av samarbeidsrutiner som måtte vere aktuelle. Alle arbeidsgivarar har sjølve ansvar for å finne den personen dei meiner er rett for rolla, slikt at oppgåvene som følgjer med blir utført på ein forvarleg og god måte. Lovgivarane har heller ikkje stilt kvalifikasjonskrav til dei som skal ha rolla, det er ikkje krav til helsefaglig utdanning heller. Leiarane på dei ulike institusjonane har ansvar for å sørge for at dei utarbeidar og implementerar retningslinjer og prosedyrar i forhold til arbeidet med barn som pårørende (Helsedirektoratet, 2010).

2.5 Dokumentasjon og journalføring

Helsepersonell er som nemnt pålagt å følgje opp barns og deira eventuelle behov for informasjon og oppfølging når mor eller far er psykisk sjuk. I tillegg til dette, skal helsevesenet også no dokumentere at dei faktisk gjer dette. Det betyr at alle barn som er pårørende skal registrerast og dokumenterast inn i journalen til pasienten, den sjuke forelderen. Dette er lovfesta i Journalforeskrifta §8 første ledd bokstav t:

"Pasientjournalen skal inneholde følgende opplysninger dersom de er relevant og nødvendige:

t) Opplysninger om pasient med psykisk sjukdom, rusmiddelavhengighet eller alvorlig somatisk sykdom har mindreårige barn."

(Helsedirektoratets rundskriv, 2010:15)

Ved registrering av barn som pårørende kan man med fordel bruke eit kartleggings skjema som Helsedirektoratet har lagt ved i rundskrivet sitt, som eit hjelpemiddel i samtale med foreldre om barna deira. Dette er kunn meint som eit eksempel og avdelingane kan sjølve bestemme om dei ynskjer å nytte det (Helsedirektoratets rundskriv, 2010).

2.6 Å skape pasientens helseteneste

Helse og omsorgsminister Bent Høie har igjennom sitt mandat tatt til orde for barn som pårørende. På konferansen "Barn som pårørende" i 2014, som var i regi av organisasjonen "Barnsbeste", fortalte han om kjent problematikk kring temaet. Han fortel at vi i dag veit at opplevingar i barndommen kan og vil i mange situasjonar kunne prege disse barna i vaksenlivet deira. Vi veit i dag at dei barn som veks opp med foreldre som anten er psykisk sjuk, har rusproblem eller har foreldre med annan alvorleg sjukdom, sjølv kan oppleve å få problem i vaksen alder. Høie formidlar på denne konferansen at regjeringa har som mål å løfte fram grupper, deriblant disse utsette barna, som i all for lang tid har vært langt nede på den helsepolitiske prioriteringslista. Barn som pårørende skal få hjelp tidligare, raskare og dei skal også få eit betre tilbod om hjelp enn dei tidligare har fått lovar han. Ved sidan av dette skal barn også ha ei aktiv stemme i det behandlingsopplegget som mor eller far er del i. Dette kallar han "å skape pasientens helseteneste" og refererar til dette som hans overordna oppdrag og mål som helse- og omsorgsminister (<https://www.regjeringen.no>).

Vidare i talen sin påpeikar han at det alltid har vært brei politisk einigheit om at barns rettigheter må styrkast. For ca ti år sidan kom barns rettigheter som pårørende meir på plass etter mykje merksemd. Det byrja med eit løfte om oppfølging og hjelp til barn av psykisk sjuke og rusmiddelavhengige foreldre. Dette vart i 2009 utvida til å gjelde barn som pårørende generelt. Som følge av dette, kom det til nye bestemmingar i Helsepersonelloven og i Lov om spesialisthelsetenesta. Målet for disse nye innføringane er i følge Høie at barna skal få bli i rolla si som barn. Ein ynskjer ikkje at barn skal ta på seg vaksenoppgåvene til mor eller far når dei sliter med sjukdom og ikkje er i stand til å ivareta foreldrefunksjonane sine. Det er viktig for barna som opplever dette at dei blir fanga opp tidlig og får hjelp og støtte. Tverrfagleg samarbeid og tverrsektoriell tankegang er høgst nødvendig. Dette skal omfatte både førebyggjande arbeid, diagnostisering, tidlig hjelp og behandling, samt også

rehabilitering, psykososial støtte og rettleiing og også vidare tilvisingar til Spesialisthelsetenesten. Høie seier at barn som har sjuke foreldre skal kjenne seg ivaretatt av helsevesenet, dei skal oppleve å bli sett og høyrd. Alle er ekspertar på sitt eget liv, også barna, og pasientane har den viktigaste stemma i det endringsarbeidet som vi er i gang med i helsevesenet (ibid.).

Bent Høie tar også for ordet om avmaktsposisjonen som både foreldre og barn står i når alvorleg sjukdom rammar familien. Å skape pasientens helseteneste inneberer også at makta skal over til pasientane no. Tidligare har ikkje disse barna vert sett godt nok og vi har ikkje tatt godt nok vare på dei. Det må vi erkjenne fortel Høie på slutten av talen sin. Men seier han, når vi no har erkjent den - skal vi gjere denne jobben betre (<https://www.regjeringen.no>).

2.7 Å snakke med barn som pårørande

Dersom helsepersonell skal snakke med barn som er i vanskelege situasjonar, eksempelvis dersom dei har levd med psykisk sjuke foreldre over ei tid, er det ofte ein fordel at foreldra også er med på disse samtalane. Dette er fordi det er foreldra som skal eventuelt skal fortsette samtalen i heimen. Det kan vere at barna lurar på noko eller foreldra ynskjer å utdjupe meir om sjukdommen sin. Nokre gangar er det sjølv sagt hensiktsmessig å snakke med barna aleine, eksempelvis dersom man mistenker at barnet har behov for å snakke aleine utan foreldra sine. Målet med disse samtalane er å kunne tryggje barna og normalisere dei tankane og kjenslene som barna måtte ha, samstundes som man ynskjer å kunne utstyre dei med omgrep og eit rammeverk rundt opplevingane dei har hatt. Dette vil kunne vere med på å bidra til ein kjensle av meining, samanheng og forutsigbarheit for barna. Det er dei vaksnes ansvar å bidra til dette, også når alvorleg sjukdom rammar familien. Barn og ungdom har stort sett lite kunnskapar og erfaringar med sjukdom og krisar, dei treng såleis hjelp (Haukø & Stamnes, 2009).

2.8 Informasjon til barn som er pårørende

Informasjon og stemningar som er i heimen, kan barn lett feiltolke. Dei treng informasjon som kan hjelpe dei til å forstå kva som føregår. Barn trenger informasjon til å forstå kva som skjer når mor eller far er sjuk. Ein annan ting som også er svært viktig med å gi informasjon til barna er at man gir eit signal om at dette er noko vi kan snakke opent om, at detter er noko vi er saman om og at barnet ikkje er aleine i situasjonen, like viktig er presisere at det er dei vaksne som har ansvar for sjukdommen. Informasjonen som blir gitt skal tilpassast kvart enkelt barn, det skal være skånsamt og tilpassa den aktuelle situasjonen. Her er det viktig å være obs på at man i den vaksnes verden kan undervurdere barns evne til å observere og oppfatte/ feil oppfatte det som skjer rundt dei. Derfor er det viktig å anbefale og oppmuntre foreldre til å snakke om sjukdommen sin med barna sine på eit tidleg tidspunkt i sjukdomsprosessen. Om ein ventar for lenge med dette, kan man risikere at barna får informasjonen i frå andre eller verre; dei merkar at noko er gale med mamma eller pappa, men skjønner ikkje kva, og blir gåande aleine med bekymringane sine. Fantasien til barn kan ta overhand og dette kan føre til at barna blir unødig engstelige, redde og kjenne seg utryggje (Haukø & Stamnes, 2009).

Karen Glistrup har skrivet boka "Hvad børn ikke ved... har de ondt af. ". I kapittel to snakkar ho om dei "usynlige barna". Nokre barn blir alt for tidlig vaksne, seier man. Dette skjer i dei tilfeller der barn blir nøydde til å ta på seg og bære eit ansvar som ein vaksen eigentleg skulle hatt, altså barnets foreldre. Det kan også skje dersom barn blir utsett for store og belastande problem som dei ikkje får støtte og hjelp til å handtere. Disse barna vil gjere alt dei kan for å skjule disse forholda for omverden og mange barn i disse situasjonane kjenner seg mykje aleine. Barna opplever at foreldra er redde for å snakke med dei om sjukdommen sin. På skulen kan dei kjenne seg utanfor og nokre barn blir i tillegg mobba. Barn som pårørende har fortalt at dei trur at det hadde hjelpt dersom jamgamle barn som var i kretsen deira og fikk informasjon om psykiske lidingar. Det kan vere svært vanskeleg for andre barn som ikkje har sjuke foreldre å kunne setje seg inn i dette og i det heile tatt forstå noko av kva dette dreiar seg om. Barn har bruk for kunnskap, innsikt og anerkjening slik at opplevingane dei har gir meining. Glistrup skisserer opp tre punkt som ho meiner visar kva disse utsette barna trenger: 1) Generell kunnskap om barn som har psykisk sjuke foreldre, 2) Generell kunnskap om psykiske lidingar, 3) Spesifikk kunnskap om den lidinga som forelderen har (Glistrup, 2006).

Glistrup er opptatt av at små barn lett kan sanse kjenslene til foreldra sine. Barn har behov for hjelp til å setje disse fornemningane inn i ein meningsfull samanheng. Barn som har psykisk sjuke foreldre trenger innsikt og kunnskap for å kunne gripe det som dei opplev og dette utan at dei skal få skyldkjensle for det. Derfor skal man hjelpe sjuke foreldre til å snakke med barna sine, forklare kva som er gale og prate om korleis man kan forstå og handtere situasjonen som barna er i. For at budskapet skal nå fram til barnet er det viktig med nærvær og merksemd og å finne barnet "der det er". Ein situasjon kan opplevast heilt forskjellig for ein vaksen og eit barn. Dersom man har familiesamtalar har man moglegheit til å sikre att barnet blir sett og høyrd av profesjonelle, og ikkje minst av foreldra. Det kan være vanskeleg å bestemme om man skal snakke med barna aleine eller saman med foreldra. Dersom man pratar med barna aleine, kan dei få snakke fritt og dei kan oppleve glede av å kunne få snakke om kjensler og tankar som dei vanlegvis kjempar med saman med nokon (Glistrup, 2006).

2.9 Anerkjening

Omgrepet er ikkje ein kommunikasjonsteknikk, men det er ein slags væremåte og ei haldning, som er basert på likeverd. "*Tanken om individets selvfølgelige rett til sine opplevelser er sentral*" presiserar Kinge (Kinge, 2012: 73). Skal man klare å anerkjenne ein annan person, inneberer det at man klarer å sjå den andre, som er barnet i denne samanhengen, som eit eget individuelt individ med egne rettigheter, eigen integritet og ein separat identitet. Det er viktig at barnet giast rett til å ha sine egne erfaringar og opplevingar, som ein sjølv ikkje alltid behøver å godta som riktige. Vi må med andre ord være villige til å la barnet eige - og ha sitt eget syn si oppleving av den situasjon det gjelder. For å kunne klare å møte barn på ein anerkjennande måte må ein bruke heile seg sjølv, både intellekt og kjenslene våre. Kinge seier at ho er overbevist om at alle barn har godt av nære og anerkjennande samvær og samtaler med vaksne, uansett alder. Formålet med samtalaner er å tryggje barna og hindre engsting som mange slit med. Dette gjer man gjennom å lytte til dei og høyre deira tankar om det som skjer i deira verden. Vaksne kan ofte sjå tilbake på eget liv og fortelje historier der dei sjølve opplevde å vere forvirra, kor lite dei forstod av ulike situasjonar og ikkje minst kor mykje dei kunne ynskja at ein vaksen hadde lytta og snakka opent med dei om det som var vanskeleg. Dette kan gjere seg gjeldande både om det oppstår sjukdom i familien, død, skilsmisse eller psykiske lidingar i nær familie. Kinge meiner at verkelegheita, uansett kva det gjelder, aldri er så fryktelege som forstillingane som eit barn kan ha i sine tankar og fantasi.

Verkelegheita, ilag med konkret informasjon, vil ifølgje ho kunnar verke ryddande for barn, det kan skape ei oversikt og forståing over ein situasjon eller det kan rett og slett gje rom for reel sorg og fortviling. Jo meir vi gjer opent og tilgjengeleg i samtaler med barn, desto mindre vil barn måtte gruble aleine og mogeleg byggje seg opp feil- forstillingar, som ofte er knytt til skyldkjensle, frykt og skam. Fokuset må liggje på å invitere barn til samtaler og openheit kring alle ulike tema, sjølv om dei kan være vanskelege, på denne måten legitimerar vi også at ingen tema er forbode å snakke om. Samstundes vil barn på denne måten få kunne stille spørsmål til den vaksne, om ting som dei lurar og tenkjer på. Den vaksnes oppgave er å leggje til rette for og invitere til openheit (Kinge, 2012).

2.10 Tilknytningsteori

John Bowlby (1907-1990) jobba i mange år som barne- og familiepsykiater ved Tavistock-klinikken i London. Han er kjent for den såkalla "tilknytningsteorien" sin. Dett er ein utviklingspsykologisk teori som beskriv utviklinga av nære og kjenslemessige relasjonar mellom menneske. Hovudhypotesen til Bowlby er at alle barn knyt seg til sine omsorgsgivarar - uansett korleis dei blir behandla, godt eller dårlig. Barn som til stadigheit blir utsett for utrygge, uføreseielege og ubegripelige situasjonar vil ofte bruke utrug mykje av sin energi på å forstå den situasjonen han eller ho er i. Dette gjer at barn vil streve med å finne ut korleis dei bør/skal tilpasse seg og om dei kan stole på forelderen. I følgje Bowlby sjølv, har han valt namnet tilknytningsteori av praktiske grunnar, og seier at den skal:

"...begrepsliggøre menneskers tilbøjelighed til at skabe stærke følelsesmæssige bånd til ganske bestemte andre mennesker og forklare de mange former for emotionel ulykke og personlighedsforstyrrelse, herunder angst, vrede, depression og emotionel frakobling, som ufrivillig separation og tab giver anledning til."

(Bowlby, 2012: 135)

Hovudpoenget til Bowlby er at dersom eit barn opplever å ha eit anspent forhold til sine foreldre, så vil dette kunne påverke barnets evne til seinare å knyte nære band til andre menneske. Ekteskap og forhold til eigne barn er eksemplar på relasjonar som då kan bli vanskelege. Han seier også at barn ofte vil tilegge symptoma i familien sin ein anna årsak en

den som er reell. Dette eksemplifiserar han med at eit barn kan seie at han eller ho er redde for "gutane på skulen", men i realiteten er barnet redd for at mor skal ta sitt eget liv. Eit barn som er "vanskelig", kan ha en viss oppførsel fordi han kjenner seg uønska i familien og er blitt forsømt i heimen sin (Bowlby, 2012).

Eit vellukka foreldreskap er ein viktig nøkkel til neste generasjons psykiske tilstand ifølgje Bowlby. Dersom vi skal få sunne og friske barn, må foreldrefunksjonen ovanfor barna vere bra. Interesse hans har heile tida vært fokusert på korleis ein persons miljø bidrar til han eller henna psykologiske utvikling. Det var i mange år eit forsømt tema og først no byrja det å få den merksemda det fortjena meiner han (Bowlby, 2013).

2.11 Foreldrefunksjon ved psykisk sjukdom

Psykisk sjukdom blir definert med at når ein person får svekka kognitive, kjenslemessige og/ eller ivaretakande funksjonar. Forstyrningar i tanke, humør og åtferd hjå ein pasient er då vanleg. Dette kan medføre redusert evne hjå ein person til å fungere psykologisk, sosialt og mellommenneskelig. Det kan også gå ut over forpliktingar som ein har i heimen, på skulen eller på jobb for den som er psykisk sjuk. Om vaksne folk som har barn får psykisk sjukdom kan såleis dette påverke og gje redusert foreldrefungering. Dette vil auke risikoen for barna deira si helse. I boka "Barnas time" skriv forfattarane Britt H. Haukø og John H. Stammes om ulike konsekvensar dei meiner forskning viser at foreldrefunkjonen kan få ved psykisk sjukdommar. Dei påpeikar at studiar er eintydige i at psykisk sjukdom kan redusere evna foreldre har til å ta seg av sine egne barn. Like viktig påpeikar dei at ein ikkje må setje likskapsteikn mellom psykisk sjukdom og dårleg foreldrefungering. Nokre foreldre klarer faktisk alle foreldreoppgåvene sine til tross for at dei er sjuke og sliter med psykiske problem. Alvorlegheitsgrad av sjukdommen er særdeles avgjerdande her. Nokre foreldre kan ha nok med sin eigen situasjon, som anten er i korte eller lengre periodar. Mange sjukdommar er svært energikrevjande og på denne måten kan foreldre oppleve at dei har lite eller inga overskot til positiv samhandling med barna sine. Medisinar kan også på si side vere med på å redusere den elles gode respons- og frustrasjonstoleransen ein elles har ovanfor egne barn. Dette kan resultere i at foreldre engasjerar seg mindre i omgjevnadane og barna sine. Barna kan lett kjenne seg oversett i slike situasjonar og det kan kjennast ut som om dei berre

forstyrrar den som er sjuk, som stort sett ynskjer mest ro og kvile. Ei oppleving av lite føreseielegheit i kvardagen er ikkje uvanleg at disse barna kjenner på, der foreldre i nokre periodar (god sjukdomsperiode) kan involvere seg, kanskje til og med overinvolvere seg i barna sine liv, og i andre periodar (dårlegare sjukdomsperiodar) kan dei lett oversjå barna totalt. Den sjuke kan i større eller mindre grad miste sjølvinnsikt og dei kan også unnlata å sjå kva behov barna har. Foreldre i slike situasjonar er ikkje like tilgjengelige slik som andre foreldre er for sine barn - foreldrefunkjonen blir påverka i ein negativ retning, som igjen negativt påverkar kvardagen og livet til disse barna. Ein kvardag prega av stress og kaos, som følgje av lite eller inga forklaring på kvifor ting er som dei er, kvifor mor eller far er som dei er, er ikkje heldig for barn (Haukø og Stamnes, 2009).

2.12 Kommunikasjonsbrot i familiar

Når ein forelder får problem og blir psykisk sjuk, skjer det som oftast eit brot i kommunikasjonen i familien. Dette kan vere fordi foreldra er så opptatt av eigne utfordringar og problem at dei ikkje klarer å registrere behova barna eventuelt måtte ha. Foreldre kan sjølv ha problem med å forstå sine eigne problem og sjukdom. Dei kan være redde for at barna mister respekten som dei har for forelderen om dei fortel kva som eigentleg skjer, samstundes som at dette også handlar mykje om skam. Sjølv om det har blitt betringar med åra, er det enno ein del tabu kring psykisk sjukdom. Folk vil prøve å skjule problema sine så langt dei kan, men det kan ofte resulterar i einsemd og sosial isolasjon. Dette vil kunne auke presset på barna og vidare kan det skade dei meir. Dersom ikkje foreldra er i stand til å reagere hensiktsmessig på barna sine signal, det vil seie å være psykisk til stades i kvardagen, har barna ein høgare risiko for å kunne bli forstyrra i utviklinga si. Mindre barn vil her være aller mest utsett. Allereie tidlig i livet tilpassa små barn seg foreldra sine signal. Kari Killén, som er sosionom og forskar, seier at man allereie i 2-4 månadars alderen kan sjå at spedbarn speilar mors psykiske tilstand. Derfor er dei spesielt utsett dersom mor eksempelvis lider av depresjon. Man kan ofte høyre at folk seier at barn er "små vaksne". Dette stemmer ikkje ifølgje Nordenhof, då barn er veldig avhengig av foreldra sine. Barn har ikkje livserfaring og omgrep til å forstå den verden som er rundt seg. Dei er derfor nøydt å tilpasse seg dei vaksne. Det er slett ikkje uvanleg at barn set til side sine eigne behov til fordel for mor eller far, når dei har det vanskeleg (Nordenhof, 2012).

Ved innlegging av den sjuke forelderen på sjukehus, kan barna som er pårørende i tillegg kjenne på det fråværet av nærheit til forelderen. Det visar seg i frå berekningar gjort i frå Folkehelseinstituttet at heile 40,5% av alle barn i Noreg har ein forelder med ein psykisk sjukdom og/eller alkoholavhengigheit, dette i større og i mindre grad. Foreldrefunkjonen til den sjuke vil i nokre tilfeller vere upåverka, medan andre gangar vil det trulig ha stor innverknad på forelderen sin omsorgsevne. I alle fall i nokre periodar kan det være kritisk for barna. Det anslåast til å være ca 135 000 barn i Noreg som har foreldre med ein så alvorleg psykisk sjukdom at det mest trulig går ut over deira kvardagsliv. Mange av disse barna vil byrje å ta på seg omsorgsoppgåver i heimen, fordi mor eller far ikkje klarer dette sjølv. Dette kan resultere i at mange barn og ungdommar set si utvikling på vent, for å ta ansvar for den vaksne. Oppgåvene beror seg som regel på husarbeid, hushald og administrasjon, finansielt og/eller praktisk arbeid, personlig hygiene, emosjonell støtte, omsorg for søsken og ikkje minst å beskytte søsken og familie for vonde opplevingar. Ein er avhengig av at informasjonen og koordinering av tiltak mellom tenester og aktørar, eksempelvis spesialisthelsetenesten og skolen, må vere tilstrekkelig aktiv og god. Familien må sjåast på som ein heilskap. Lena fortel:

"Jeg fikk ikke vite noe, de voksne pratet over hodet på meg. De tenkte kanskje at de ville skåne meg, jeg vet ikke. Det var heller ingen som stilte spørsmålstejn ved at en jente på 15 år skulle passe på sin alvorlig syke pappa. Jeg ser nå at det var galt, men jeg tenkte ikke slik da. Jeg var bare opptatt av at pappa skulle ha det bra. Dessuten var jeg redd for å såre noen om jeg sa fra. Jeg ville ikke at pappa skulle tro at jeg ikke brydde meg om han."

(Kjellevold og Bøckmann, 2015: 268)

Ei anna jente fortel om sin oppvekst, også med ein forelder med psykiske problem:

"Foreldrene overlot mye av det dagelige ansvaret til meg fra jeg var i tolvårsalderen, og flyktet begge inn i hver sin jobb. Det ble særlig ille etter at foreldrene mine skilte seg da jeg var 14. Jeg følte meg veldig alene om ansvaret for så vel husarbeid som lillebror. Stadig måtte jeg legge ham i bløt i badekaret og skrubbe hele kroppen fordi han var så skitten og jeg var redd for at han skulle bli mobbet for det."

(Kjellevold og Bøckmann, 2015: 268)

Sjølv om foreldre ikkje alltid klarer å vise det, så ynskjer dei stort sett kunn det beste for barna sine, dei gjer ofte så godt dei kan. Det vil vere viktig for helsepersonell å møte barn og unge som er i ein slik situasjon, med ei slik forståing.. Den nedsette evna i foreldrefunksjonen bør man møte som eit legitimt symptom på den psykiske sjukdommen som forelderen har. Og ein bør vidare i behandlingsforløpet, i behandlingsplanar ha fokus på dette. Ei mor med psykisk sjukdom fortel:

"Det er veldig tungt å være psykisk syk og mor samtidig. Du blir så veldig inne i deg selv, og du er klar over det, og så blir en ekstra redd for ikke å være bra nok. Det var jo slik at jeg ble liggende under dyna. Jeg har snakket med min dattera mi om det nå, og hun sier hun trodde jeg gikk i hi hver vinter. "

(Kjellevold og Bøckmann, 2015: 273)

2.13 Overtaking av vaksenroller

Barn som er pårørende kan som nemnt byrje å ta på seg og utføre oppgåver som dei eigentleg ikkje er aldersadekvate til. Dei kan gjennom dette bli "snille" og "flinke" barn for sine sjuke foreldre. Ein ser også at mange barn støttar den sjuke forelderen, både emosjonelt og ved praktisk hjelp. Dette er såkalla "flinke og ansvarsfulle" barn. Problemet er at dei får ikkje tid til å være barn sjølv, på grunn av alle disse oppgåvene som skal gjerast i kvardagen. Barna har då lite tid og overskot til å gjere dei tinga som det burde ha gjort, til dømes å være med venner, være med på fritidsaktivitetar og alt anna som ein karakteriserar som normale aktivitetar for barn. Øyvind Kvello refererer til dette som "Parentifisering" i boka si "Barn i risiko". Han omtalar dette som barn som inngår i omsorgsroller med sine eigne foreldre. Dette er også kalla "rollereversering", "rolleomkast" og "å inneha ei vaksenrolle". Barnet trekkast inn i den vaksnes verden, noko barnet ikkje er modent for. I mange tilfeller gjer dette disse barna mykje større belastningar enn kva som er vanleg, kulturelt sett eller kva som er forsvarleg og ynskjeleg ut ifrå den enkeltes alder og modenskap. Det kan seiast å være tre (fire) typar for parentifisering:

a) *Parentifisering av praktisk type:*

Barnet blir pålagt urimelige arbeidsoppgåver i heimen
(omfattar å passe på andre søsken og mykje husarbeid i heimen).

Det kan også være at barnet må skaffe seg arbeid, for å bidra økonomisk til familien.

b) Parentifisering av emosjonell type:

1) Omsorgsfull og kjærleg:

Dersom foreldre involverar barn i vaksen- tema som barnet ikkje er moden for.

Dette kan eksempelvis vere dersom ein forelder drar barna sine inn i kjærleikslivet han eller hennes.

2) Kontrollerande og straffande:

Dersom barnet kan styre den vaksne; gjennom å kjefte, true, konfrontere, trasse, avvise, ignorere og/eller kommandere.

c) Parentifisering der barnet blir brukt som middel for å skade og/ eller ramme ein tredje part:

Dersom man brukar barn på ein måte kunn for å kunne påføre andre stress og ubehag.

Dette kan gjere seg gjeldane eksempelvis ved at den eine forelderen held tilbake barnebidrag for å ramme den andre forelderens økonomiske situasjon, eller eksempelvis ved å ikkje overhalde samværsavtalar som er mellom foreldre.

Følgjene av at barn blir parentifisert har ulike alvorleheitsgrad og avheng av fleire ting. Ein har sett at jo yngre barnet er når det blir parentifisert, desto meir alvorleg er konsekvensane for dette barnet. Varigheit og innhald i parentifiseringa er utslagsgjevande. Jo lengre den har vedvart, ilag med omfanget av den, har stor betydning for følgjande dette har for barnet (Kvello, 2015).

2.14 Førebyggjande arbeid

Førebyggjande helsearbeid har ei 150 år lang historie. Industrialiseringa førte med seg ulike belastningar for folkets både fysiske og psykiske helse. Mange millionar av menneske flytta frå landsbygda til "industri - byane". Livet var hardt på denne tida, både for dei som fekk arbeid i industrien og for dei som måtte livnære seg på andre måtar. Livet for mange var prega av smittsame sjukdommar, arbeidsulukker og alkoholisme. Det første velutvikla førebyggjande tiltaket innanfor psykisk helsevern var eit barnepsykiatrisk senter i USA, "Child Guidance Clinics". I Noreg var det pioneren Nic Waal, som etter eit studieopphald i USA i 1949 starta den første barnepsykiatriske klinikken. I frå perioden etter andre verdskrig og fram til 70 åra var ein særleg opptatt av sosiale levevilkår og psykisk helse. Det vart gitt

mykje pengar til forskning til dette då. Etter 1970 har det vært ein sterk offentleg merksemd retta mot dei psykiske følgjene av incest, voldtekt og andre seksuelle og valdlege overgrep. I dag skal god behandling ha eit heilskapleg og kontekstuellet perspektiv. Dette betyr at helsevesenet skal leggje vekt på dei ringverkane psykiske lidingar ein person har vil ha for omgjevnadane sine. Skårderud gir følgjande eksempel: Rusmisbrukarar og/ eller menneske med psykiske lidingar som er foreldre; ein del av behandlingsopplegget er såkalla foreldrementalisering. Ikkje berre skal forelderen bli behandla for sitt rusmisbruk- og/ eller psykiske sjukdom, men det skal også fokuserast på relasjon mellom foreldre og barn. Personar som er ramma av ein psykisk liding har som regel andre personar rundt seg som også blir påverka av lidinga, dette kan vere både foreldre, søsken, partnerar og/eller barn. Det er viktig å ha fokus på barn når mor eller far blir psykisk sjuke og hindre at barna blir skadelidande presiserar han. Dette gjelder spesielt dersom mor eller fars sjukdom er alvorleg og langvarig - og fører med seg eit stort funksjonsfall. Det er ikkje berre småbarn som kan bli skadelidande i ein slik situasjon, også barn i puberteten er det viktig å ta omsyn til (Skårderud, 2010).

For å kunne forstå viktigheita av ulike førebyggjande tiltak ovanfor disse barna kan det vert nyttig å vite litt om kva moglege konsekvensar og belastningar psykisk sjukdom kan ha for barn. Nøkkelord er då stigmatisering, tabu og einsemd. Barn som har psykisk sjuke foreldre ynskjer å bli sett, anerkjent og tatt på alvor i den situasjonen som dei er del i og som dei lever i. Barna ynskjer å få informasjon om kva som skjer og kva som blir gjort med foreldra deira, dei ynskjer at dei profesjonelle skal både høyre på dei og snakke med dei. Det verste for disse barna er om dei opplever å bli ignorerte. Det har vist seg gjennom studie at det kan vere ei letting for barna å kunne få snakke opent i familien om foreldra sin sjukdom. At barn får vite at sjukdommen har eit namn, ein diagnose er også til hjelp for dei. Barn som har veks opp med sjuke foreldre, som no er vaksne, ytrar at det dei aller mest hadde treng når dei var i denne situasjonen var ein person å snakke med, ein som lytta og tok han eller ho på alvor. Stigmatisering kan føre til at foreldre og barn blir sosialt isolerte. Mange barn og foreldre kvir seg og unnlèt derfor å fortelje andre om problema sine og om korleis det eigentleg står til i heimen, nettopp i frykt for å bli stigmatisert. Psykisk sjukdom og rusproblem er blitt omtalt meir og meir dei siste åra, men det er fortsatt eit tabubelagt tema hevdar Haukø og Stamnes. Dette vil for mange innebere mykje hemmeligholding. Kari Killén har påpeika at det offentlege hjelpeapparatet bør utnytte dei moglegheitene som dei har til å redusere tabuet kring dette, noko ho meiner dei ikkje gjer i tilstrekkelig grad i dag. For barn, å halde tunge og

triste delar av kvardagen sin for seg sjølv, aleine, kan for mange være svært vanskeleg. For å kunne klare å minske tabuet må ein snakke om problema og på denne måten finne ord og språk som gjer at barn betre kan klare å sortere i sin verkelegheitsoppfatning og klare og setje opplevingane dei har i ein samanheng. Utan ord, språk og kommunikasjon med vaksne om dei vonde og ofte utforklarelege opplevingane blir ofte barna gåande med store spørsmål og dette i einsemd. Til tross for at vi har informasjon og kunnskap om dette, så har disse barna vert ei neglisjert gruppe, heilt inntil nyleg. Å vere einsam, å bli oversett, kjenne seg ignorert, dette kan lett skape redsel hjå barna, samt også kan det føre til at barn kjenner skuld og at dei rett og slett kjenner seg uønska av foreldra sine (Haukø og Stamnes, 2009).

2.15 Ulike nivå av førebyggjande arbeid

Målet med førebyggjande arbeid er å komme til med hjelp til dei som har behov for det og dette så tidlig som mogleg. Haukø og Stamnes tilviser til tre omgrep for førebyggjande helsearbeid på ulike nivå: Universalførebygging, selektiv førebygging og tertiærførebygging. Universal, også kalla primær førebygging, prøver så langt det lar seg gjøre å hindre at problem oppstår. Universal, visar til at det gjelder alle, dette er tiltak retta mot heile befolkningsgrupper, småbarnskontroll og skulehelseteneste er eksempel på dette, då alle skulebarn blir inkludert i dette. Selektiv førebygging, også kalla sekundærførebygging, tar sikte på å identifisere spesielle behov og samstundes også hindre at problem som er blitt identifisert vidareutviklar seg vidare til større problem. Tertiært førebyggjande arbeid er behandling av oppståtte problem, eksempelvis kan dette være når ein person blir innlagt på psykiatrisk sjukehus for behandling ved psykisk sjukdom. Sidan vi veit i dag at det er utsett risiko for barn som veks opp med foreldre som sliter, er det viktig å anse det som både ei plikt og oppgåve å gje førebyggjande hjelp til dei som treng det. Førebygginga kan her bestå av å gje informasjon til foreldre om skadar og belastningar som barns utsettast for på grunn av deira helse og også informere om kva som kan hjelpe - man skal også tilby hjelp. Gjennom å la barn få fortelje om sin eigen kvardag i heimen kan vi få kunnskap om kva barna trenger hjelp til og vi kan samstundes gje dei informasjon om den sjuke forelderen sin liding og behandling. Dei kan også få informasjon om at det er mange andre barn som opplever likande i heimen sin og at det fins hjelp, noko som barna verdsetter. Man kan også bryte ned eventuell tabu som ligger i vegen for at situasjonen kan bli snakka meir om i heimen (Haukø og Stamnes, 2009).

2.16 Tidsklemma

Tid kan bli eit hinder i ein hektisk arbeidskvardag til å utføre førebyggjande tiltak for barna som er pårørande. Tiltak som først om fremst handlar om kontakt og dialog, kan for mange i det dagelige arbeidet opplevast som ei utfordring med tanke på tida dette tar. Resultatet av slike tiltak retta mot barn, er ikkje noko ein kan måle raskt og ein får ikkje synlege resultat med ein gang. Som fagperson kan man oppleve det som ei stor utfordring å stå imot formelle og uformelle forventningar i arbeidskvardagen og ikkje minst krav til at ein skal oppnå ulike mål og resultat. Vi kan komme til å oversjå viktige signal som barnet gir oss, som er barnets eigentlege og djupare tilstand og behov. Kinge hevdar at dette har mykje med haldingar å gjere, samt også menneske- og verdisyn, til tross for at man som regel skjular oss bak at "vi har ikkje tid". Ho seier:

"Hvis mangelen på tid er et hinder i å behandle mennesker, store eller små, på en menneskevennlig og -verdigg måte, må vi arbeide hardt for å ta tiden tilbake! Etter min mening har vi ikke noe valg."

(Kinge, 2012: 52-53)

2.17 Arv og generasjonsoverføringar

Tradisjonelt sett har behandlarar (legar, psykologar og anna helsepersonell) i vaksenpsykiatrien arbeida med behandling av synlege symptom og synlege problem. Oppvekst med problem tidlig i livet kan forårsake eller forverre psykisk sjukdom hjå pasientar. Det er ein felles forståing at dette kan overførast til neste generasjon, men vi har likevel ikkje hatt tradisjon for å tenkje og la dette påverka vårt arbeid med pasientar. Ein kan tenkje det slik; for ein pasient som er forelder kan det være vanskeleg gje noko som dei ikkje sjølv har fått. Med dette i bakhovudet bør alle behandlarar gjere seg tankar og også undersøke kva foreldrefungering pasientane deira faktisk har ved psykisk sjukdom. Det vil være viktig å finne ut om den sjuke forelder er aleine om ansvaret for barn, eventuelt finne ut kor stor grad den andre forelder er involvert i barnas liv, om pasienten og barna har eit fungerande nettverk, om familien er isolert og eventuelt i kva grad, om familien bur i ein stabil heim og også om familien mottar anna støtte og hjelp i frå andre instansar. Nokre sjuke foreldre kan slite med den praktiske foreldrefungeringa, som til dømes hygiene, mat og kler, medan hjå andre kan det være de relasjonelle sidene ved å være ein forelder som sviktar. Dette er svært

individuell og varierer mykje (Haukø og Stamnes, 2009). Øyvind Kvello skriver i si bok "Barn i risiko" om den generasjonsoverføringa som er mellom generasjonar når det gjeld dårleg barneomsorg. Han skriver at kvaliteten i både utøving og også korleis ein person tilrettelegg oppvekstmiljøet for egne barn, ofte vil overførast ifrå generasjon til generasjon. Dette eksemplifiserer han med at barn som har vært utsett for fysisk mishandling gjennom oppveksten sin, har ein betydeleg auka risiko for å sjølve mishandle sine egne barn. Det er berekna til å være ein auka risiko på 2-3 gangar samanlikna med andre barn (Kvello, 2015).

Framgangsmåte og metodiske val

3.1 Introduksjon

I dette kapitlet skal vi sjå på korleis det empiriske materialet for oppgåva har blitt til og også kva metodiske framgangsmåtar eg har nytta meg av i forskingsprosessen. Val og rekruttering av informantar vil bli belyst, korleis gjennomføringa av analysen har blitt gjort og også validiteten og reliabiliteten for oppgåva vil bli sett på. Sist, men ikkje minst, skal vi sjå på mi eiga rolle som forskar og mine utfordringar kring dette.

3.2 Vitskaplig forankring

Forsking er praksis der vitskaplig kunnskap både blir utvikla og systematiserast. Resultata frå forskinga skal vere robust. Den skal kunne bli vurdert av andre på grunnlag av observasjonar eller resonnement og også alltid kunne etterprøvast av andre (Malterud, 2013). Kvalitativ forskning er ein av fleire vegar til å finne vitskaplig kunnskap og har med tida blitt gradvis meir og meir akseptert. Den blir også nytta meir innanfor samfunnsvitenskapane no enn kva den tidligare var. Kvalitative metodar blir forbundet med forskning som inneberer at det er nær kontakt mellom forskar og dei som man skal studere, eksempelvis ved intervju, som er nytta i dette prosjektet. Ei stor målsetting med kvalitative tilnærmingar er å kunne oppnå ein form for forståing av ulike sosiale fenomen. Fortolking er derfor særdeles vesentlig i kvalitativ forskingsmetodar (Thagaard,2013).

I arbeidet med det innsamla datamaterialet i analysen har eg valt ei fenomenologisk forståingsramme og eg har valt eit hermeneutisk vitskapssyn. Fenomenologi tar utgangspunkt i den subjektive opplevinga som ein person har. Eg har vert opptatt av å finne ut korleis dei barneansvarlige, den enkelte informant, har opplevd Helsepersonellovens tilskot i 2010 og kva tiltak som er komet etter deira meining for barn som pårørande sidan den gang. Fenomenologien prøvar så godt det lar seg gjere å oppnå ei forståing av den enkeltes erfaring om noko spesifikt og vidare få tak i den meininga som er i det. Eg ynskja gjennom spørsmål i intervju å få vite korleis informantane opplevde visse tema og vidare deira meininga kring det. I fenomenologien er det også sentralt å forstå fenomen på grunnlag av perspektiva til den

som man studerar, og beskrive verden ut i frå han eller ho sin ståstad. Det er ein underliggande tru i fenomenologien at realiteten er slik som folk oppfattar den til å vere (ibid.).

3.3 Kvalitativ metode

Metodevalet mitt vart gjort i hovudsak på bakgrunn av problemstillinga i prosjektet. Det var tidlig i prosessen klart at det var ein kvalitativ metode som best mogeleg ville belyse problemstillinga mi. Eg valte då å nytte kvalitativ undersøking, med intervju som metode. Dette leiar veg til beskrivingar og analyse av karaktertrekk, eigenskapar eller kvalitetar ved det som ein skal studere. Medan kvantitative metodar bygger på data i form av tal, består dei kvalitative av tekst. Dette då gjennom samtalar eller observasjonar. Den kvalitative forskingsmetoden inneheld mange strategiar for både systematisk innsamling av datamateriale, organisering og tolking av innsamla tekst. Man ynskjer med dette å utforske meiningsinnhald i sosiale og kulturelle fenomen og dette på den måten som dei involverte opplev det (Malterud, 2013). For å kunne få vite noko om korleis barneansvarlige på psykiatriske avdelingar opplever tilskotet i Helsepersonelloven, har eg derfor nytta meg av ein kvalitativ framgangsmåte.

3.4 Utval og rekruttering av informantar

Eg byrja rekrutterings - prosessen av informantane ved å sende e-post til klinikksjefar på ulike institusjonar, der eg etterspurte om prosjektet kunne vere interessant for dei og også om hjelp til å komme i kontakt med dei som var barneansvarlig ved avdelinga deira. Eg sendte med eit informasjonsskriv (Vedlegg 1) som inneheld ei kort beskriving av prosjektet: Eg byrja med litt informasjon om meg sjølv, namnet mitt, kvar og kva eg studerte og sjølv sagt kva studiens formål var. Tittel og problemstilling var også med. Vidare konkretiserte eg at det var dei som hadde rolla som barneansvarlig ved ei avdeling eg var opptatt av å få snakke med. Til slutt gav eg tidsramma for intervjuet, som ville vere på ca 40 minutt. Namn til rettleiar var også med, samt kontaktinformasjon til oss begge.

Informantane som skulle delta i prosjektet måtte oppfylle ein del kriteria. Det vil seie at det var viktig for meg å nå akkurat dei personane som eg meinte hadde mest og best informasjon om temaet mitt. Det som var viktig for meg var følgjande:

- ❖ Informantane måtte ha rolla som barneansvarlig på avdelinga si
- ❖ Yrkestittel til informantane var i første omgang urelevant for meg
- ❖ Deltakarane måtte ha jobba i psykiatrien i minst 7 år. Dette fordi eg ynskja eit utval av informantar med rik kunnskap og ein del erfaring - også i frå tida før lovverket vart tatt i bruk
- ❖ Begge kjønn kunne delta
- ❖ Eg ekskluderte studentar for å delta i prosjektet, nettopp grunna ynskje om erfaring

Alle leiarane eg var i kontakt med var positive og glade for å høyre om prosjektet. Dei anerkjente viktigheita med at dette var noko som trengtes forskning på og det kunne virke som om at dei vart glad for at nokon ville sjå nærmare på nettopp dette. Det gikk relativt greitt å få tak i alle dei fire informantane, eg hadde ikkje dei store utfordringane med det, slik eg kanskje hadde tenkt eg mogeleges ville få, nettopp fordi det er ei lita gruppe med spesielle kriteria eg var ute etter. Det einaste som var litt utfordrande, nærmare ei tolmodsprøve, var å vente på tilbakemeldingar i frå nokre av dei som skulle intervjuast på kor tid vi kunne ha intervju, då dei ofte hadde travle arbeidsdagar. Men stort sett gjekk også dette fint. Eg har blitt tatt godt i mot av fagfeltet og alle informantane var hjelpsame og imøtekommande. Den eine informanten inviterte meg også til å være med på ei intern undervisning hjå dei, når oppgåva er ferdig og levert, for å snakke om både oppgåva og delta i diskusjonar om barn som pårørande på avdelinga. Eg har takka ja til dette og ser fram til det.

Ein annan ting som var viktig for meg var at informantane i prosjektet skulle være uavhengige av kvarandre, at dei skulle arbeide på ulike arbeidsplassar. Dette fordi eg ynskja eit mangfald i informantgruppa. Eg ynskta ikkje å nytte meg av "snøballmetoden". Dette er ein

framgangsmåte der ein først rekrutterar nokre få informantar, med dei eigenskapane/kvalifikasjonane som ein ynskjer dei skal ha. Vidare ber ein disse personane om namn på andre personar som dei meiner kan ha tilsvarende eigenskapar. På denne måten skaffar man seg fleire informantar man vidare kan intervju (Thagaard, 2013). Eg tok avstand frå dette nettopp fordi eg då mest sannsynlig hadde fått fleire informantar innanfor same nettverk/ miljø/ institusjon. Med tanke på mitt løfte om anonymitet i prosjektet, var det også fint å ha uavhengige informantar. Til slutt var det også eit poeng for meg at eg ikkje skulle kjenne til informantane i prosjektet sjølv. Eg ville ikkje risikerer at det vart lagt føringar og/eller eventuelle avgrensingar på det som informanten ville/kunne seie under intervjuet på grunn av at vi kjente kvarandre.

Eg plukka heller ut deltakarar til prosjektet basert på eit såkalla strategisk utval. Kvalitative studie nyttar ofte strategiske utval, der man vel deltakarar som har eigenskapar og - eller kvalifikasjonar som er strategisk i forhold til den problemstillinga ein har, og også ut i frå undersøkingas teoretiske perspektiv (Thagaard, 2013). For å kunne finne svar på problemstillinga mi trengte eg informantar som hadde ei spesiell rolle og ein spesifikk kompetanse, gjennom erfaring med barn og pasientar på psykiatriske klinikkar. Denne informantgruppa tenkte eg ville ha god, rik og verdifull kunnskap om emnet som eg ynskja å ha med i oppgåva mi.

Eg vurderte i byrjinga om eg skulle intervju dei som har hovudansvaret for både pasientane og barna deira, nemlig behandlarane (legar, psykologar og psykiatrar). Eg tenkte på eit anna tidspunkt at eg kanskje skulle opne opp for å intervju all slags miljøpersonale på avdelingane (sosionomar, barnevernspedagogar, sjukepleiarar, vernepleiarar med meir) og at det kanskje ikkje betydde så mykje kven eg snakka med, med tanke på at alle som arbeidar på disse avdelingane er alle underlagt lovverket og skal arbeide for og med barn som pårørande. Til slutt falt valet likevel på å intervju dei som har rolla som barneansvarlig i psykiatrien, hovudsakelig grunna kompetansenivået deira om temaet.

Opphavlig hadde eg også tenkt at alle informantane skulle vere tilsett på døgnavdelingar. Eg fikk eit uventa tilbod om eit intervju med ein informant på ein poliklinikk. Etter nokre rundar,

tenkte eg at dette kunne vere både spennande og interessant å ha med i oppgåva.. Tanken var at eg kunne sjå på eventuelle lik- og ulikskapar mellom informantane på sengepostane og på poliklinikkane. Derfor valte eg å jakte den siste informanten også i frå poliklinikk, slik at gruppa av informantane vart delt 50/50 mellom dag og døgn avdelingar.

Før eg byrja intervjurunda var eg usikker på kor mange informantar eg trengte, planen var rundt fem - seks stykk. Undervegs kjente eg at eg nådde det såkalla "mettingspunktet" ved den fjerde informanten og valte derfor å holde meg til fire. Dette var noko eg ville vurdere undervegs som eg dreiv med innsamling av datamateriale. Malterud fortel at dette punktet er nådd når ein vurderer det slik at meir datainnsamling ikkje vil gi ny kunnskap (Malterud, 2013).

3.5 Gjennomføring av intervju

Eg har hatt individuelle intervju med alle informantane mine. Dei kallast både djupneintervju, ustrukturerte intervju og semistrukturerte intervju. Intervjua har både mål og meining med seg og kor djupt ein ynskjer å gå i intervju kjem ann på både problemstilling og relasjon mellom deltakar og intervjuar (Malterud, 2013).

Før eg utførte intervju, laga eg ein intervjuguide (Vedlegg 2). Den inneheldt stikkord og spørsmål som eg tenkte ville vere nyttig for meg undervegs i intervju. Denne guiden var som ei slags hugseliste for meg - med forslag til ulike spørsmål eg kunne stille til informantane, både for å halde meg sjølv og informantane til temaet. Den var ikkje fastsett og hadde heller ikkje fast rekkjefølgje. Malterud meiner at det er ein kunst å klare å være både fokusert og tilstrekkelig open på same tid. Det kan vere at dersom man tenker at informanten er ute på sidespor, av det ein ynskjer å fokusere på i intervjuet, at det er der man oppnår ny og rik kunnskap. Dette krev at man er tolmodig og ventar nyskjerring medan han eller ho fortel (ibid.). Guiden vart sett opp av spørsmål som eg tykte kunne være spennande og interessante å analysere og for å kunne gje svar på problemstillinga mi.

Eg skisserte først opp ei kort liste i intervjuguiden over alle dei formelle tinga eg måtte hugse. Dette gjeldande "Samtykkeerklæring", "Teiepliktserklæring" og også eit skriv eg hadde laga

kalla "Generell informasjon om deltakarar i masterprosjektet" (Vedlegg 3, 4 og 5). Vidare hadde eg laga ei matrise. Den hadde følgjande overskrifter: tema, forskingsspørsmål, intervju spørsmål og fordjupings spørsmål. På denne måten kunne eg, dersom eg trengte det, stille nokre av dei spørsmåla eg hadde skrivet der. Spesielt viktig var forskings spørsmåla mine:

1. Korleis fungerer rolla som barneansvarlig på di avdeling?
2. Korleis tenker man om "barn som pårørende" i dag - er det forskjell i frå før i tida?
3. Korleis har helsepersonelloven § 10a påverka arbeidet med "barn som pårørende" på di avdeling? - Er det forskjell i arbeidet før og etter at denne loven kom?
4. Kva praktiske tiltak i arbeidet har komet saman med lovverket?
5. Korleis arbeider man i dag med pårørende og familien til den innlagte pasienten?
(Familie og nettverksarbeid)

Eg kunne med dette på ein måte forsikre meg om at eg følgde planen min og at vi heldt oss innanfor temaet som vi skulle ha i samtalen. Avslutningsvis var det viktig for meg å opne opp ordet til informantane og spør om det var noko dei ville tilføye eller fortelje meir om. Fleire av dei brukte denne sjansen til å oppsummere litt av det som vi hadde snakke om, noko som var veldig greitt. Andre kom faktisk med nyttig informasjon også heilt på tampen av intervjuet, som har vært svært verdifullt for prosjektet.

Som ei øving, før eg skulle ut å intervjuje første informant, organiserte eg også eit "prøve - intervju". Ein medstudent, stilte velvillig opp som prøvekanin. Hensikta mi med dette var fleire ting. Eg ynskja først å fremt å førebu meg litt på intervjusituasjonen og kjenne litt på korleis dette var. Dette er noko eg ikkje har mykje erfaring med, så eg såg på dette som ein god mogelegheit til å kunne førebu meg. Eg fikk gjennom dette korrigerert nokre av spørsmåla - før vi prøvde intervjuet igjen. Eg fikk både nyttige tilbakemeldingar og tykte dette var ei god øving før eg starta med intervjuet av informantane.

Alle intervjuja føregjekk på informantanes kontor, då dette var det som var enklast for dei. Eg tilbydde å finne plass til oss, men ingen av dei nytta seg av det tilbodet. Det fungerte veldig fint å være på kontora deira. Tidsbruken på kvart intervjuja varierte; det eine var på 39,18 minutt, eit på 40,16 minutt, eit på 43,04 minutt og eit på 56,12 minutt. I starten av intervjuja presenterte eg meg sjølv og fortalte litt om mine interesser og kvifor eg hadde valt dette temaet til min masteroppgåve. Eg gjennomgikk deretter ein del av det som stod i informasjonsskrivet som dei hadde fått tidligare, gjeldande teieplikta, informert samtykke, anonymisering av alle informantar i prosjektet og også at dei når som helst i intervjuet eller seinare i prosjektet kunne trekke seg.

Eg bedde om tillating hjå informantane til å nytte bandopptakar under intervjuja. Alle informantane var ikkje heilt sikre på om dei ville dette i byrjinga, men eg fikk lov til slutt. Ein av informantane hadde tidligare hatt uheldige opplevingar i andre intervjusamanhengar og var litt usikker på om ho ville dette med bandopptakar igjen. Vi laga ein avtale om at ho kunne få tilsendt intervjuet, ferdig transkribert, og fikk då mogelegheita til å godkjenne innhaldet før eg skulle nytte det vidare inn i analysedelen av prosjektet mitt. Dette var ho glad for og godtok tilbodet. Eg sendte det ferdig transkriberte intervjuet til ho så snart eg var klar med det og ho godkjenne det til vidare bruk.

Ein annan informant vegra seg og litt til at intervjuet skulle bli tatt opp på tape. Eg forsikra ho om at dette ville bli sletta så snart eg var ferdig med å nytte det og forklarte litt om nytteverdien dette ville ha for meg vidare i arbeidet. Eg gav ho også tilbod om, som den andre informanten, å sende ho det transkriberte intervjuet slik at ho kunne godkjenne det. Dette var veldig positivt for ho og det var då greitt, så vi gjorde sama avtale som med den førre informanten.

Sidan eg allereie hadde laga avtale om å sende intervjuet til halvparten av informantane, gav eg dette tilbodet til alle i prosjektet. Alle godtok det og eg fikk raske tilbakemeldingar og godkjenningar på at eg kunne nytte dei vidare i prosjektet mitt. I ettertid såg eg at dette var nyttig for meg, samstundes som det styrkjar reliabiliteten i oppgåva.

Det var ganske viktig for meg at eg fikk ta opp intervjuet på band. Eg ynskja det mest av alt fordi eg ikkje ville miste viktig informasjon. Dersom eg skulle skrive ned alt som vart sagt i eit slikt intervju hadde fokuset mitt vert meir på å skrive enn å høyre etter og stille gode og opne spørsmål til informantene, eg hadde mogeleges heller ikkje fått med meg alt dei hadde formidla. Derfor meiner eg at løysinga med å tryggje informantane og sende dei intervjuet var ein god ide.

Eg prøvde å stille enkle spørsmål heilt i starten av intervjuet. Dette slik at både eg som intervjuer og informantene vart "tuna in" på temaet før eg fortsette og stilte spørsmål som gjerne kravde ein del meir av informantene. Eg hadde ein tanke før intervjuet om at eg ikkje skulle fylle ein kvar periode med taushet med spørsmål eller kommentarar. Eg gjorde så godt eg kunne, men tykte dette var litt vanskeleg, litt skummelt kanskje, å kjenne på stillheita. Likevel opplevde eg eit par gonger at informantane då fortsette på sporet dei var på og gav eksempel eller at kom fram til viktig kunnskap for prosjektet. Eg gav elles fordjupingsspørsmål for å få vite meir om visse ting, dette fungerte også bra. For at informantane skulle opne seg og dele både kunnskapar og erfaringar med meg var det viktig for meg å vise at eg var interessert i det som dei fortalte. Eg gav dei oppmuntrande kommentarar til det dei fortalte; "ja", "ja, ikkje sant", "jaha", og "ja, akkurat". Dette viste seg godt igjen på de transkriberte utskriftene. Elles gav eg dei også smil og nikka til det som dei snakke om.

Etter kvart intervju skreiv eg ned det eg tykte var mest interessant og viktig i samtalen mellom meg og informantene inn i ein såkalla "intervju logg". Eigne refleksjonar og spørsmål var og med. Eg hadde og fokus på å skrive ned kva eg opplevde som godt i intervjuet (som intervjuer) og kva som kunne vore betre. Dette slik at eg kunne forbetre meg til neste gang. Eit eksempel: "Opplevde god respons når eg spurte om ho kunne eksemplifisere meir".

3.6 Transkripsjon

Transkriberinga av alle intervjua vart utført av meg aleine og det vart til saman heile 59 sider. Eg spelte av bandopptaket medan eg skreiv ned ord for ord som vart sagt. Dette var eit utrulig tidkrevjande arbeid, men til tross for det var det viktig for meg å gjere dette arbeidet sjølv, då det kunn var eg som var til stades i intervjua. Som Malterud påpeikar, kan man hugse moment i intervjuet som kan vere oppklarande dersom noko er uklart eller man kan hugse betydinga for meininga i teksten (Malterud, 2013). På bandopptaket eg gjorde var det tre tilfeller, alle med same informant, at eg var litt usikker på enkelte av orda/setningane ho sa. Men sidan eg sjølv var til stadens i intervjuet, visste eg meininga henna med det, så i to av tilfella gikk det fint. Ved det siste tilfelle måtte eg sende e-post til ho og spørje ho kva ho sa. Dette gjeldane eit namn på ei tiltaksgruppe (engelsk) som var veldig uklart på tapen. Ho gav meg namnet på gruppa og var glad for at eg tok kontakt for oppklaring og fikk tilbakemelding om at eg berre måtte spør om meir dersom det var meir som var uklart.

Eg valte å transkribere intervjua over til bokmålsform. Dialektar utelet eg, dette hovudsakelig på grunn av lovnad om anonymisering den lille gruppa som dei barneansvarlige tilhøyre. Nynorsk er mitt eige morsmål og eg tykte at det var enklast for meg å skrive informantane sine intervju over i bokmål, dette har eksempelvis gitt eit tydelig skilje ved sitatbruk i oppgåva.

Før vi går vidare, ynskjer eg å gje litt informasjon om dei fire informantane som har vert med som deltakarar i oppgåva. Dette er noko som vil kunne være oppklarande for lesaren seinare. Halvparten av informantane er utdanna psykologspesialistar og arbeidar på to ulike poliklinikkar. Dei andre arbeidar på sengepost og er utdanna sosionomar og begge har vidareutdanningar. Den eine er tilsett på akuttpost, medan den andre arbeidar på behandlings institusjon. Alle informantane er kvinner (ikkje planlagt frå mi side) og er i alderen frå 37-56 år. Dei har hatt rolla som barneansvarlig i forskjellig tid, den eine var nett tilsatt i rolla for berre to månadar sidan, medan ein annan har vert barneansvarlig heilt sidan vervet vart innført. Alle informantane hadde lang arbeidserfaring: 10 år, 15 år, 20 år og 26 år. Sidan informantane tilhøyre ei relativt lita gruppe som barneansvarlige, kunne det vert lett å gjenkjenne dei dersom eg hadde her gitt ein meir detaljert presentasjon av den enkelte

informant. På grunnlag av dette vil eg ikkje gjere det. Eg har derfor også gitt informantane fiktive namn som blir brukt i empiri og analysedelen av oppgåva. Namna er A, B, C og D. Dette er også gjort for ordens skyld, det er meir lesarvennlig og det vil gjere det lettare å foreta samanlikningar, eventuelle likskapar og ulikskapar mellom informantane.

3.7 Analyseprosessen

Den kvalitative forskingsmetoden blir brukt som verkemiddel når ein ynskjer å utvikle ny kunnskap om anten kvalitetar, eigenskapar og/eller karaktertrekk ved ulike fenomen, som har vært formålet med dette prosjektet. Som Malterud skriver kan denne kunnskapen utviklast på ulike nivå, anten i form av beskrivingar, begrep eller teoretiske modellar. Grunna både type problemstilling, utvalet av informantar, det innsamla materiale, min eigen kompetanse og også tid- og ressurs utfordringar i dette prosjektet valte eg å legge ambisjonsnivået her til å prøve å utvikle ny kunnskap i form av såkalla beskrivingar. Målet mitt har vært å utfordre og ikkje minst utvide eksisterande vitskap om temaet barn som pårørande, ikkje lage nye begrep eller nye modellar (Malterud, 2013).

I analysedelen av denne masteroppgåva har eg støtta meg til Malterud si prosedyre for korleis ein kan arbeide seg gjennom analysearbeid, dette ved hjelp av fire trinn: Frå rådata, til tema, til koder, til kategoriar. Disse trinna har vært verdifulle og hjelpsame i mitt arbeid. Det første som var viktig for meg i denne prosessen var å få eit heilskapsinntrykk av all den empirien eg hadde samla inn. Eg leste gjennom dei transkriberte intervjuva fleire gangar for å danne meg eit heilskapeleg bilete av innhaldet. Vidare var fokuset å identifisere meningsdannande einingar ut i frå teksten (ibid.). I denne prosessen kom det allereie fram punkter og moment som eg visste ville være viktig for prosjektet og eg danna nokre "foreløpige tema". Fire tema i teksten stakk seg raskt ut og vekte mi merksemd. Eg laga ei liste med tema og gav dei foreløpige titlar:

Tema 1) Kva tiltak har komet som konsekvens av det nye tilskotet i loven?

Tema 2) Når vi ut til barna i dag?

Tema 3) Kva ansvar har du i rolla di som barneansvarlig?

Tema 4) Poliklinikk og døgnavdeling.

Disse temaa representerar mine første organiseringar i datamaterialet.

Arbeidet fortsette med å skilje relevant tekst i frå urelevant, eg byrja å sortere i teksten og finne fram til det som kunne belyse problemstillinga mi best mogeleg. Dette gjorde eg på ein systematisk måte, der eg gjekk i gjennom heile teksten linje for linje, for å finne og identifisere såkalla "meningsberande einingar". Eg valte å bruke fargetusjar som hjelpemiddel til dette arbeidet. Ein farge til kvart av dei ulike tema, så markerte eg ut viktig kunnskap og på denne måten fekk eg skilt ut materialet til dei ulike tema. Blå farge til Tema 1, rosa farge til Tema 2, grøn farge til Tema 3 og oransje farge til Tema 4. Malterud seier at man i denne prosessen systematiserer einingane og ho kallar dette for "koding". Formålet med kodeprosessen var både å identifisere og også klassifisere tekstbitar som tilhørde dei forskjellige temaa, det ho kalla "systematisk dekontekstualisering". Man hentar først ut delar av teksten i frå sin opphavlege samanheng - og seinare i prosessen setter man dei på plass slik at dei kan lesast i samanheng med andre liknande tekstelement. Arbeidsmessig har man på denne måten også redusert det empiriske datamaterialet betrakteleg. Dette blir referert til som "dekontekstualisert utvalg av sorterte meningsbaserte enheter" av Malterud (Malterud, 2013). I denne prosessen var det svært viktig å vere merksemd på mi eiga forforståing og eigen teoretiske referanseramme. Eg merka meg at Tema nr 4 skilte seg ut og passa ikkje inn med dei andre som eg hadde valt ut. Eg tolka dette som at min forforståing hadde sneka seg inn og påverka meg tidlig i arbeidet med analysen. Det var på dette tidspunktet klart for meg at dette temaet ikkje hadde noko med problemstillinga mi å gjere.

Ved gjennomgang av kodane mine, laga eg kategoriar. Eg valte å redusere dei ned til to hovudkategoriar, som ville gje ei punktlig og ryddig oversikt over det som eg ynskja å få fram i prosjektet. Hovudkategoriane kalla eg i første omgang "Indirekte konsekvensar for barn" og "Direkte konsekvensar for barn". Ved ny revidering av problemstillinga kom eg fram til at eg tykte det var meir verdifullt å kalle hovudkategoriane: "Indirekte tiltak for barn" og "Direkte tiltak for barn". Kvar av disse hovudkategoriane gav eg underkategoriar. På denne måten fikk eg skissert opp alle dei tiltaka som dei barneansvarlige løfta fram som viktige.

3.8 Datakvalitet

Datakvalitet refererer til to sentrale omgrep som vi skal sjå nærmare på; Validitet og Reliabilitet.

Validitet, eller gyldigheit, er knytt til tolking av data og handlar om tolkingane som ein forskar kjem fram til i eit forskingsprosjekt. Gjennom intervjuva var eg opptatt å finne ut om mi forståing og mi tolking var riktig om det som dei fortalte. Eg gjentok spørsmål eller spurte gjerne om utdjupingar. Eg fikk på denne måten bekrefte eller avkrefta om eg hadde forstått det dei fortalte. Som tidligare nemnt, valte eg å sende alle dei ferdig transkriberte intervjuva tilbake til informantane mine. Dette er også med på å styrkje validiteten i denne oppgåva. Det var veldig positivt å få den tilbakemeldinga på at dei hadde opplevd intervjuet som fint og at de var fornøgde med det transkriberte arbeidet. Ein annan ting som også er veldig bra med dette er at eg no hadde forsikra meg om at all informasjon som eg trudde eg hadde fått inn, det eg trudde dei hadde gitt meg, stemte og var no godkjent til å bruke vidare i oppgåva. Som eg forklarte til alle informantane, så skulle eg no fortolke deira informasjon og analysere dette vidare i arbeidet mitt. Eg synes dette var ein fin og god måte å vise informantane at dette var det intervjuet vi hadde og at arbeidet vidare ville no bestå av mine tolkingar av dette.

Reliabilitet, viser til forskingas pålitelegheit. Er forskinga utført på ein påliteleg, tillitsvekkjande og truverdig måte? Kan ein stole på denne undersøkinga eg har utført? Vil ein annan forskar, som nyttar de same metodane, komme fram til det same svaret som meg? (Thagaard, 2013). Eg har i dette metodekapittelet forsøkt å gje lesaren ein grundig og forklarande framgangsmåte for korleis eg har gjennomført forskingsprosessen i denne masteroppgåva. Eg har vist alle trinna eg har gjennomført.

Ved oppstart av kvart intervju fikk deltakarane eit skriv om samtykkeerklæring (Vedlegg 2) og eit skriv om mi teieplikt over informasjon som dei delte med meg (Vedlegg 3). Det førstnemnte inneheldt informasjon om at prosjektdeltakinga er frivillig og at man kan trekkje seg når tid som helst og også at eg som prosjektleiar då vil slette alle opplysningar som dei har gitt meg. Det var også viktig å presisere at dersom oppgåva skulle bli publisert, så skal alt

og alle vere anonyme også der. Teiepliktserklæringa var på førehand av intervjuar signert av både meg og rettleiar i prosjektet. Dette var som ein garanti og lovnad på at informasjon og erfaringar som vart delt med oss ikkje skal komme ut til andre. I tillegg til disse skriva informerte eg også alle informantar om at eg har vært i telefonkontakt med NSD (Norsk Senter For Forskingsdata) om prosjektet og at eg ikkje har hatt søknadplikt om godkjenning hjå dei for å byrje eller gjennomføre prosjektet.

3.9 Mogelege overføringar av forskingsresultat

"Generaliserbarhet er et begrep som kan invitere til urealistiske assosiasjoner om allmenngyldig overførbarhet."

(Malterud, 2013: 62)

Forsking kan i nokre tilfeller gje resultat som er allmenngyldige, det vil seie at forskning kan gje funn som gjeld i andre samanhengar enn der undersøkinga i utgangspunktet vart utført. Malterud meiner at det er meir hensiktsmessig å nytte begrepet "overførbarhet" i staden for "generalisering". Dette fordi det førstnemnte i større grad tar omsyn til at det fins grenser for korleis funn kan gjere seg gjeldande på andre områder enn der studien er gjennomført (Malterud, 2013). Dette var ikkje eit mål i prosjektet mitt, då eg har intervjuar fire informantar om å finne deira forståing og oppleving av det nye tilskotet i Helsepersonelloven og kva tiltak som har komet med den.

3.10 Eiga rolle i forskingsprosessen

Vitskapsteori i moderne tid avviser førestilling av ein nøytral forskar som ikkje har noko form for innflytelse på kunnskapsutviklinga. Både kva slags problemstilling som er mest aktuell, kva perspektiv som blir valt i prosessen, kva metode og utval som er relevante, kva resultat som gir svar på dei viktigaste spørsmåla og også korleis konklusjonar blir vektlagt og formidla er alle avhengig av forskarens ståstad. Dette kan eksempelvis vere forskarens faglige interesser, ulike motiver og elles personlege erfaringar. Derfor er ikkje spørsmålet om forskaren påverkar eiga forskning, men snarare om korleis (Malterud, 2013).

Forforståing kan karakteriserast som den ryggsekken ein har med seg inn i eit forskingsprosjekt, slik som også eg hadde forut for dette masterprosjektet. Den inneheld både mine erfaringar, ulike hypotese, mitt faglig perspektiv og også ei teoretisk referanseramme. Forforståinga kan være ei positiv styrke til prosjektet, men kan i nokre tilfeller bli ein belastning for prosjekter. Dette gjelder dersom prosjektet handlar berre om det vi bærer med oss og ikkje det som vi ser og oppdagar på vegen (ibid.). Eg har tidligare arbeida ved ein psykiatrisk institusjon, så det har vært viktig for meg heilt sidan starten av prosjektet å vere obs på at mine erfaringar som eg har gjort meg i forhold til temaet og ikkje minst mine egne hypotese ikkje skulle påverke prosjektet negativt. Eg har prøvd å nullstille meg så godt det har latt seg gjere og passa på at ikkje min forforståing på nokon måte skulle overdøye den kunnskap som materialet leverte. Malterud seier at er den vanlegaste fallgruva (Malterud, 2013).

3.11 Oppsummering

I dette kapittelet har eg gjort rede for dei metodiske vala eg har tatt både når det gjelder innsamling av empirisk data til undersøkinga og også framgangsmåten ved analysen av disse. Eg har prøvd så godt det lar seg gjere å skissere opp alle val og vegar eg har tatt, slik at lesaren enkelt kan følgje meg.

4. Presentasjon av datamateriale

4.1 Introduksjon

I dette kapitlet blir det datamaterialet, empirien, som eg har samla inn gjennom intervju med informantane presentert. For å gjere dette på ein mest mogeleg oversikteleg måte har eg valt å presentere materialet gjennom to ulike hovudkategoriar, som kvar har fleire underkategoriar.

Hovudkategoriane har eg gitt namna "Indirekte tiltak for barn" og "Direkte tiltak for barn". Disse kategoriane refererar til ulike typar tiltak som informantane har framheva i intervju som viktige og har påverka dei når det gjeld arbeidet deira med barn som pårørande. I den først nemnte kategorien skal vi sjå på korleis informantane sjølv opplev rolla si som barneansvarlig og kva den betyr for dei, vi skal sjå på kva nye rutinar som er komet ved registrering og journalføring av barn som pårørande etter at loven kom. Vi skal også sjå på det auka fokuset som det har blitt på barn som pårørande etter at lovbestemminga kom og til slutt skal vi sjå på kva dei seier om førebygging av generasjonsoverføringar av psykiske lidningar.

Den andre kategorien omhandlar tiltak der helsepersonell er meir i direkte kontakt med barn som er pårørande og foreldra deira. Vi skal sjå på tiltak der helsepersonell er i samtale med barn som pårørande, plikta til å gje informasjon og oppfølging til barn ved behov og til sist ulike gruppedanningar for disse utsette barna og foreldra.

4.2 KATEGORI 1: Indirekte tiltak for barn

4.2.1 Rolla som barneansvarlig personell

Informantane har ulike erfaringar med rolla som barneansvarlig og dei har forskjellige oppgåver som dei er ansvarlige for. Informant A fortel at ho har ansvar for å informere litt på dei møta som dei har felles på avdelinga deira og at ho nokre gangar i året prøvar å ta opp temaet barn som pårørande der. Ho vidareinformerar viktig kunnskap og informasjon til

kollegane sine om ting som har blitt diskutert på fellesmøta ho har med alle dei andre barneansvarlige på det distriktskykiatriske senteret ho er tilsett på. Ho prøver også å minne dei andre på viktigheita med å ha fokuset på barna og spør gjerne kollegaene om dei husker på dette. I spesielle saker der det er barn involvert, kan alle spørje ho om råd fortel ho. Ho prøver å holde temaet "oppe" på avdelinga si. A opplever at rolla som barneansvarlig ofte blir sett på som barre ei slags tilleggsoppgåve som nokon blir bedt om å gjere av leiinga og kjenner at dette arbeidet ikkje er høgt prioritert sånn sett. Ho seier vidare:

"Det er nok litt sånn avhengig av personlig engasjement. Jeg tror du kan bli utpekt eller si ja til å være barneansvarlig og ikke, (...), viss du ikke orker eller vil gjøre så mye ut av det, så har du liksom, ja, for det er vel det eneste som ledelsen er nødt til, de er nødt til å ha utpekt noen."

A ynskjer at dette temaet skal prioriterast meir og presiserar at man må auke den statusen rolla som barneansvarlig personell har. Dette fordi ho opplever at dersom man vel å bruke arbeidstida si på å bli en veldig flink individuell terapeut, versus det å bruke tida på oppgåver knytt til rolla som barneansvarlig, så er det ikkje tvil om kva som gir best utteljing på jobb og i forhold til ansiennitet. Ho oppsummerar og seier at sidan man ikkje har tid avsett til dette, ingen betaling eller lønning i arbeidet, er dette et verv som ikkje blir verdsett slik som det burde.

På avdelinga der B arbeidar har dei utvikla egne retningslinjer til den som skal ha rolla som barneansvarlig, såkalla: "Funksjonsbeskriving om rolla for barneansvarlig personell". Denne inneheld mange ulike punkt og krav:

- a) Det er eit krav til at man må vere tilsett i 100% stilling som offentleg godkjent helsepersonell og at man minimum må ha 3- åring grunnutdanning for å kunne ha dette vervet
- b) Som barneansvarlig må man delta i komité for barneansvarlige på arbeidsplassen
- c) Barneansvarlige skal fremme barneperspektivet og vere ein ressursperson i eiga avdeling
- d) Bareansvarlige skal bidra til å koordinere og sette arbeidet med barn som pårørande i system i den praktiske kvardagen

- e) Barneansvarlig personell skal bidra til å informere og oppdatere anna helsepersonell om barn som pårørende
- f) Barneansvarlige skal bidra til å sikre godt samarbeidet rundt barn og familiar, både internt og eksternt
- g) Barneansvarlig skal formidle kunnskap om gode tiltak og hjelpe- instansar for barn og familiar
- h) Barneansvarlig skal orientere nye tilsette om gjeldande rutinar og også vere kompetanseperson for andre tilsette i avdelinga

Ut over denne funksjonsbeskrivinga fortel ho at dei har som rutine å ha møte med dei andre barneansvarlige på huset, kvar sjette veke, for å drøfte felles utfordringar og problemstillingar dei står ovanfor, samt også drøfting av eventuelle nye tiltak. Ansvaret strekker seg til det å halde seg litt ekstra oppdatert på informasjon som har med barn som pårørende å gjere. Ho fortel ho søker informasjon på heimesida til "barnsbeste" eller "voksneforbarn" og også andre studiar som har med temaet å gjere. Denne informasjonen vidareformidla ho til kollegaene sine på felles møter som dei har. Ut over dette har ho også ansvar for å vedlikehalde barnekroken dei har på venterommet sitt, der ho fyller på med blyantar og papir ved behov og også passar på at kroken ser bra ut. Informanten seier at ho stiller seg til rådigheit ved at dersom nokon av arbeidskollegane henna lurar på noko, korleis dei skal snakke med barn eller foreldre i spesielle tilfeller og kan ho delta i disse samtalanene om ynskjeleg. Som regel blir ho spurt på førehand av at ein annan behandlar skal i samtale med barn, om innspel. Ho oppsummerar si rolle som barneansvarleg som at ho har ansvar for å halde temaet varmt og for at det ikkje går i gløymeboka. På eige initiativ har avdelinga laga kaffikoppar til heile huset der ho arbeidar, som skal vere med å minne alle på å tenkje på barn som pårørende. Koppane har denne budskapen: "Snakk med barna - gjør en forskjell".

Det er ikkje avsett noko tid til disse oppgåvene som ho har fått og ho må finne tid inn i mellom andre arbeidsoppgåver ho har. Sidan ho ikkje har arbeida på denne arbeidsplassen så lenge, har ho ikkje opparbeida seg full pasientliste enda og opplever derfor at det foreløpig går greitt. Ho legger likevel til at ho veit at det har vært vanskeleg å få folk til å ta på seg denne jobben, nettopp fordi folk har eit fort stort tidpress og har for mykje å gjere. Ho opplever derfor at dette ikkje har vært noko populært verv. Oppgåva som barneansvarlig blir sett på som meirarbeid og det opplevast som om at den som har ansvaret ikkje får noko gode

ut av det sjølv. Ho meiner at mykje av arbeidet faller på engasjementet til den enkelte som har oppgåva, om det er "ildsjeler" som har oppgåva eller ikkje.

C fortel at ho også har eit overordna ansvar for at barn som pårørande er eit tema, kvar dag, og på kvar pasient som kjem inn på posten, som har barn under 18 år. Ho er fokusert på at dette skal være eit tema i den tverrfaglige behandlinga hjå dei. På spørsmål om ho har nok tid til dette inn i mellom andre arbeidsoppgåver, seier ho at ho opplever at målet med lovverket er ei innarbeiding av barn som tema i den generelle behandlinga. Vidare skal dei barneansvarlige legge til rette for dette, passe på at rutine blir følgt, at materiale er tilgjengeleg og at fokuset blir oppretthaldt. På denne måten meiner ho at man eigentleg ikkje som barneansvarleg er nødvendigvis dei som skal utføre alle disse tinga, men at man skal passe på at det blir gjort. Ho tilføyer likevel at om folk skal være motivert og kjenne at dette er noko dei skal gjere, så må det settes av litt tid til det. Samstundes må dei og få tilbod om litt utdanning og/ eller kursing om temaet.

Nokre barneansvarlige har større ansvar enn andre, som informant D. Ho har fleire oppgåver enn andre vanlige barneansvarlige pleier å ha, ifølgje ho sjølv. På hennes avdeling er det ho som tar seg av kartlegginga rundt alle barna til innlagte pasientar på posten og ho har også samtalanane om barna, med pasientane. Informant D fortel at hun ikkje har fått avsett noko ekstra tid til å være barneansvarlig. Ho meina at det er kjempe viktig å øymerke sillingar til dette vervet. Ho opplever at dei som er barneansvarlig på poliklinikkar har det travlest og ofte ikkje rekker disse ekstra oppgåvene dei blir pålagt ilag med vervet. Dei har til tider måtte bedt om å bli fritatt ein del pasientar i periodar, nettopp fordi dette vervet tar tid og at dei kjenner at om dei skal få gjort jobben skikkelig så må dei ha tid til det. Ho påpeikar at dette ikkje har noko med arbeidsplassen sin vilje å gjere, men det handlar om heile systemet og at dette må ordnas på eit høgare plan. Ho opplever også at tidpresset, på poliklinikkane, også har en tendes til at det rolla som barneansvarlig skiftast der oftare enn på sengeposten hjå dei.

4.2.2 Registrering og dokumentering av barn som pårørende

Primær- journalane som brukast når ein pasient kjem i kontakt med helsevesenet, har fått eit ekstra punkt. Etter at tilskotet i Helsepersonelloven §10 a kom, seier A at det kom til enda eit spørsmål som man skal stille til pasientar ved første inntakssamtale; man skal no alltid spørje pasienten om han eller ho har barn som er mindreårige. Tidligare stod det ikkje noko om barn i det heile tatt, men no er der eit punkt som heiter "barn under 18 år". Ho seier at dette vart for et, kanskje to år sidan, endra til spørsmål om "barn under 18 år og deira livssituasjon". På denne måten registrerar og dokumenterar man med ein gang om pasienten har barn inn i journal- systemet og da er det tilgjengelig for alle som pasienten er i kontakt med seinare. A seier at dersom pasientar har barn så skal man vidare fylle ut eit barneskjema som skal ligge ved sidan av journalen til pasienten. Ho fortel at ho er usikker på om dette blir gjort i praksis:

"(...)Men det vet jeg ikke om folk gjør, og det gjør nesten ikke jeg heller, fordi det er liksom enda et skjema, (...), kanskje jeg mer spør, der og da, når jeg først snakker om det med barna hva som er på gang med de og fører det i den løpende journalen, og ikke lage et eget skjema på det. Men det skal vi jo egentlig gjøre."

På avdelinga til B har dei og spørsmål om "barn under 18 år og deres situasjon" som ein del av inntaksjournalen. Ho fortel at det er veldig varierande kor mykje kvar behandlar skriver her, då dette er opp til kvar enkelt. Avdelinga har laga ei felles frase som dei skal bruke i kartleggingsarbeidet av barn som pårørende. Ho nyttar det sjølv, men opplever det som ein "stadig jobb" å skulle minne kollegaane sine på å bruke dette. Ho legger til at ho trur at dei er flinkare å bruke skjema på sengepostar, då det er meir innbakt i rutine til sosionomar som har samtalar med nytilkomne pasientar der.

Informant C fortel at det er vanlig praksis hjå dei at når en pasient kommer inn, å diskutere om vedkommande har barn og eventuelt noterer om dei har det, saman med alder på barna. I følgje ho blir dette no gjort som rein rutine og det blir ført inn i journalen til pasienten. Det blir også ført eit skjema ved sidan av journalen. Ho opplever at registreringsprosedyrane så og seie alltid blir følgt:

"(...) Jeg kan knapt huske ei sak der det ikke har blitt notert viss folk har barn, (...), det hender det svikter litt på det å få nok informasjon om hvordan de er ivaretatt, men vanligvis står det og."

Vidare fortel ho at ho sjølv har utarbeida eit tiltak som ho kalla for "stadfestande telefon". Dette inneberer at ho skaffar seg samtykke i frå pasienten til å kunne ringe til den personen(ane) som har omsorg ovanfor barna medan vedkommande er innlagt på institusjonen. Dette fortel ho blir gjort for å kunne sikre barna akutt, gjeldande kveld og natt, at man faktisk veit at barnet eller barna har andre vaksne rundt seg. Ho fortel at på dagtid foretar ho "rådgivande samtalar", der ho også med samtykke i frå pasienten, ringer til dei som har barna for å kartlegge korleis situasjonen er i heimen med tanke på barna. Ho spør gjerne både om situasjonen, om barna har det bra, om nokon har snakka med dei, om barna har opplevd noko dramatikkk i forbindelse med innlegginga av forelderen og om barnehage eller skule er informert om familiesituasjonen. I det sistnemnte, har det skjedd ei endring fortel C. For 20 år sidan var det veldig sjeldan at barnehage og skule visste noko om heimesituasjonen når foreldre var psykisk sjuke og for eksempel at mor eller far var innlagt på psykiatrisk sjukehus. Ho opplever at no, dei siste seks, sju åra at temaet ikkje er like tabubelagt lenger og at foreldre er generelt meir obs på at det er viktig å informere dei som har eit ansvar for barna deira. Ho opplev faktisk i dag at veldig mange foreldre informerar barnehage og skule sjølve om psykiske problem dei har i heimen og kanskje allereie før han eller ho blir innlagt. Terskelen for å informere er blitt mykje, mykje lågare meiner ho. Denne endringa, saman med samfunnsendringar, meiner ho er ein av følgjene ein har hatt av tilskotet i Helsepersonelloven §10 a.

På avdelinga til informant D snakkar man alltid med pasientane om barna deira og dei blir registrert og dokumentert. Det er fast rutine på å nytte kartleggingsskjema når ein pasient kjem inn på posten. Ho fortel at ho som barneansvarlig får kopi av skjemaet og kallar vidare inn pasientar som har barn til samtale til ho.

4.2.3 Auka fokus på barn som pårørande

Klarer helsepersonell å nå ut til barn som pårørande i større grad etter at Helsepersonelloven § 10a kom?

D fortel at det kan virke som om det har blitt meir kunnskap og kompetanse på området barn som pårørande. Det kan til dømes sjå ut som om det er meir fokus på barn i utdanningane no enn kva det var tidligare var. D seiar det slik:

"Sånn at viss jeg før hadde en samtale med en nyutdannet lege eller ny psykolog på avdelingen, så var det mer sånn;^ åååja, okei jaa det skal vi tenke på^, mens i dag så er det: ^ja det kjenner vi til^ og ^ja, vi har hørt om den nye loven^ og ^ja det kjenner vi til^. Sånn at det, det er noe helt annet."

Ho fortel vidare at dei er opptatt av å informere nyttilsette om fokuset dei har på barn som pårørande, og om korleis dei arbeider med barn på avdelinga. Dette er viktig seier ho fordi at alle skal følgje de same prosedyrane og slik at alle arbeider ut i frå same prinsipp om og for barna. På spørsmål om informanten trur vi klarer å nå ut til disse barna betre i dag enn det vi tidligare gjorde så seier ho at ho trur vi gjer det, i alle fall når vi vil det. Ho har tru på at det er fleire barn som får hjelp, men at dette også sikkert varierar litt. Personleg engasjement frå dei som er barneansvarlig trekker ho fram som ein viktig nøkkel for at fokuset og hjelpa skal nå fram til barna.

B på si side, organiserar intern undervisning for å auke fokuset og kompetansen hjå alle tilsette. Ho fortel:

"Jeg skal ha en nå 11 mars som er med fokus på barn som pårørende, hvordan snakke med barn og hvordan snakke med voksne om det å være forelder og utfordringer i den rollen når man er psykisk syk. (...) da er det jo for alle behandlere da på hele sykehuset som er velkommen til det, både poliklinikk og sengepost."

B er usikker på om man klarer å ivareta barna bedre og i større grad sjølv etter denne lovendringa. B seier at temaet barn som pårørande i mykje større grad blir snakka om på team - møter og på drøftingar no enn kva som var vanleg tidligare. Man bringer opp barn som tema mykje oftare, man drøftar og vurderar barns situasjon - og om situasjonen er god nok for dei, om barn skal innkallast til samtale med ulike helseinstansar, om barna bør få informasjon om mor eller fars psykiske sjukdom og om man bør vurdere å melde ulike saker til barnevernet. Ho opplever at dette blir hyppigare diskutert i dag, men om barna der ute har fått det betre av den grunn er ho dog usikker på. Ho meiner at det blitt veldig mykje meir fokus på de aller minste, altså gravide kvinner og spedbarn. Det har vært ei stor forandring på dette og ho seier at man i voksen systemet no tenker "Okei, når dette barnet er født da, hva skal skje da?". Man samarbeidar med småbarnsteamet på BUP og brukar det meir no enn kva ein tidligare gjorde.

A seier også at det er vanskeleg å vite om barna faktisk merkar forskjell i forhold til før lovendringa. Ho er einig i at vi drøftar det meir, vi er meir opptatt av det, vi snakkar kanskje oftare med pasientane om korleis sjukdommen påverkar forholdet til barna og kva man kan gjere med det, men ho synes likevel det er vanskeleg å vite korleis barna har det. Ho presiserar at det ikkje er med nødvendighet at barna har fått det betre sjølv om at vi som fagpersonar pratar meir om det.

C meiner tydelig at vi faktisk klarer å nå barn som pårørande i mykje større grad no enn kva ein tidligare gjorde. Ho fortel at ho ikkje trur at dette auka fokuset på barn har berre med den nye loven å gjere, men at det også har blitt større merksemd rundt temaet i samfunnet elles og at det faktum at psykisk sjukdom i mindre grad er like tabu - belagt no som det tidligare var. Dette har gjort til saman gjort til at fokuset på barna i dag er i vesentleg grad er større enn tidligare. Ho meiner at loven kom som følgje av eit begynnande sterkt fokus på barn, noko som begynte for mange år før loven vart vedtatt. Ho meiner også at lovendringa har hjelpt til med å legitimere mykje av det arbeidet ho har gjort i mange år;

"Men jeg føler nok det sånn at det store gjennombruddet var den lovendringen. (...) For den lovendringen var viktig med hensyn på at å gjøre det legitimt, at ikke dette her var på en måte noe som folk som var særlig interessert i balte med."

C seier at ho kan bruke den nye lovbestemminga i arbeidet sitt når ho snakkar med pasientar om barna deira. Samtaleemnet er i mykje større grad legitimt og ho kan støtte seg til dette:

"Det kom en lovendring for noen år siden, som pålegger oss å innhente opplysninger og at det skal føres et skjema ved siden av journal(...)"

Ho fortel så vidare at det som psykisk sjuke foreldre oftast vegrar seg på i slike situasjonar er nettopp det å nemne namn og fødselsdato på barna sine. Derfor er det viktig at man har lovfesta nettopp dette;

"Derfor er vi nøye med å si at dette skal ligge på et skjema ved siden av journal og det er vi pålagt og det er en rutine som vi er pålagt å følge. (...) Jeg støtter meg på det og viser til det som en standardisering (...)"

A støttar seg også til dette:

"(...) det er jo mer en sånn feeling av at det i hvertfall er mer legitimt å ha fokus på barn da, at det er slik at vi selvfølgelig må tenke på det også"

Informant D er einig:

"Absolutt. Vi får jo på en måte ryggdekning for hvorfor vi tematiserer da, dette er på en måte ikke noe bare jeg har sugd fra eget bryst men no jeg faktisk er pliktig til - og det gjør det jo lettere å ta det opp."

4.2.4 Førebygging av psykiske lidningar

På spørsmål om man tenkjer på førebygging av psykiske lidningar hjå barn, når man driver med behandling av psykisk sjuke foreldre, fortel informantane om ulike erfaringar.

Informant A seier at ho er usikker på i kva grad helsepersonell tenker på at man også kan førebygge psykiske lidningar hjå bara i behandling av den vaksne. Ho seier at man kanskje er det, men ho er likevel usikker på om kunnskapen om at vi kan førebyggje psykiske lidningar hjå barna blir tatt på alvor nok. Ho seier at ho trur det ofte blir med at man spør foreldre om barna deira, kva som skjer med barna og om korleis sjukdommen påverkar alle i heimen. Ho opplev at viss foreldra uttrykkjer at barna har det greitt nok i heimen, at det er veldig mange, inklusivt ho sjølv, som så lenge det ikkje har vært noko svært alarmerande, tenker at situasjonen er grei for barna. Ho oppsummerar med å seie at vi er meir bevisste på barna, men ho er ikkje sikker på om vi følgjer opp med stort alvor den biten som inneheld å førebyggje barna sin utvikling av moglege psykiske lidningar som følgje av mor eller fars psykiske sjukdom.

B viser til ein kaffikopp som dei fått laga. Alle behandlarar på avdelinga har slike kaffikoppar, som skal bidra å hugse på alle barna som er pårørende: "Snakk med barna - gjør en forskjell". Ikkje berre er dette eit minne til alle på arbeidsplassen om dette temaet, men også eit viktig budskap om å snakke med barna for å gjere ein forskjell i livet deira og at man kan minske risikoen for at barna utviklar psykisk sjukdom og. Ho fortel og at ho opplev at fokuset i dag er større på samspel og forståing av kor viktig tidlig tilknytning er for barn og de relasjonserfaringane barn gjer seg tidlig i livet i stor grad påverkar en som vaksen.

"Det er jo slående hvor mange av de voksne pasientene i VOP som er opptatt av sin egen barndom og sine relasjoner, altså er det noe de vil snakke om så er det å snakke om sin mor, selv om de er 60 eller, for du tenker, de pasientene vi har her de er ofte hatt tøffe oppvekster med ustabile voksne som uten at vi vet det, kanskje har hatt en psykisk lidelse eller som kanskje de ikke har fått behandling for, men hvor, barna, de har blitt påvirket som barn og så ender de opp som krenket voksne med egne psykiske vansker. Så mye går jo liksom i arv og."

C opplev noko av det same som B. Ho seier først og fremst at terskelen for å sende bekymringsmeldingar for barn til barnevernet har blitt mykje lågare. Dette har både med det nye lovverket å gjere seie ho, men også fordi det er blitt en større forståing av psykiske lidningar i samfunnet og at det er blitt større merksemd på dette området. Det er også snakk om ein generasjonsfaktor her;

"(...) vi får jo her i mottaket alle inn og vi hører om alle disse triste barndommene hver dag når noen blir lagt inn - har de opplevd foreldre som har vært psykisk ustabile eller ruset seg eller andre vanskelige ting. Det er jo ikke alle, men vi hører det ofte. Så dermed er ikke steget langt, det å spørre hvordan deres barn har det og det å melde i fra."

Det som ho opplever helsevesenet nå er blitt betre på, og noko som ho har sett på si avdeling i den seinare tid, er at man skriver betre og meir konkretiserte bekymringsmeldingar til barnevernet. Tidligare kunne ein sende meldingar der det stod berre "sjølvskading", medan man no skriv og informerar langt meir kring situasjonen. Ho meiner at dog at man ikkje skal utgi meir opplysningar enn det som trengs, men man må utfylle bilde meir enn berre å skrive "sjølvskading", dette slik at barnevernet kan forstå alvoret som ein opplever i ein gitt situasjon. Ho fortel eksemplar:

"Foreldre med lite barn, eller med litt større barn, kommer hjem med stranguleringsmerker rundt halsen. Barne ser det. Opplever det."

Og

"Hva med en forelder som har kuttet seg i låret, djupt kutt tvers over låret igjennom klær og kommer hjem med stort, altså, en diger bandasje? "

For å kunne skjerme barna, og også førebyggje barns psykiske lidingar, meiner C at man må ta med i vurderinga av utskrivinga av psykiatriske pasientar at dei har barn heime og i lag med dette følgjer og foreldrefunksjonar, dette må påverka kva type behandling ein skal ha og varigheita på den. Sjølv om pasientar ikkje er så sjuke at dei må innlagt på sjukehus, betyr ikkje dette at dei er symptomfri og kan reise heim til barna sine. Barna vil reagere på eventuelle symptom forelderen har. Ho meiner at dette absolutt må vektleggast i forhold til utskriving, behandling og ikkje minst varigheit på behandling. Dette er noko som informanten ofte poengterar ovanfor behandlarar når det er snakk om å skrive ut pasientar og det er ikkje sjeldan at det resulterer i at pasienten får vere eit par ekstra dagar på institusjonen.

D refererer til barnegruppene som dei har på avdelinga hennar. Ho er tydelig på at dette er eit veldig hjelpesamt og førebyggjande tiltak for disse utsette borna. Tiltaket opplevast som veldig positivt og foreldre gir alltid gode tilbakemeldingar på dette. Ho legger til at foreldra trengjer ikkje vere innlagt for at barna skal kunne delta, ofte er de utskrivet før gruppene er begynt, men at ho opplever at barna fortsett kjem. Eit signal om at dette er viktig for barna og at det fungerer meiner ho.

4.3 KATEGORI 2: Direkte tiltak for barna

4.3.1 Samtaler med barna som pårørnde

Informantane har ulike erfaringar når det gjelder å ha samtalar med barn som pårørnde når foreldra er i behandling.

A seier at det er veldig sjeldan at ho snakkar direkte med barna på poliklinikken. Ho seier at det kan hende at veldig små barn er med til timar på poliklinikken, dersom barnet er sjukt eller av andre årsaker er heime frå barnehagen. Dette kan være bra med tanke på at man kan få sjå barnet ilag med forelderen, men dette skjer sjeldan. Ho trur at man på sengepostane er meir i direkte kontakt og snakkar oftare med barna enn på poliklinikkane. Fokuset for A er å snakke med pasientane sine om at dei sjølve må sakke med sine egne barn om kvifor foreldra til tider har tårer i auga, eller kvifor dei ofte er redde og fortelje barna om situasjonen. Dette vil være viktig for at barna skal kunne kjenne seg tryggje meiner ho og slik at dei kan forstå meir av kva som føregår i heimen. Ho opplever også at for et barn som har det litt utrygt heime eller at det skjer litt dumt heime så er det nødvendigvis ikkje slik at det beste er å komme til ein framand person skal fortelje sånn og sånn, men at det då er viktig at foreldra å tørre snakke med baret om situasjonen heime. Om ynskjeleg kan ho delta i slike samtalar, ho kan prøve å hjelpe til med å lage ein plan for kva forelderen skal seie eller gjere. Ho presiserar tilslutt at det er veldig sjeldan at det kjem barn til samtale med ho.

B opplev det same. Ho har eit inntrykk av at barn kan være med til samtale, men at det som regel då er snakk om ein eingongshending, mogleg 2 gonger. Ho tenkjer at familierettleiing er vegen å gå for at barn skal kunne senke skuldrane og ikkje ta på seg så mykje ansvar som dei oftast gjer i slike familie når ein forelder er psykisk sjuk. I dag er behandling for mykje individfokusert etter hennar syn og ein treng meir helsepersonell med familierettleiing inn i systemet. Samarbeid mellom BUP og VOP er viktig for ho og ho meiner at vi i dag har eit stykke å gå på det området og at økonomi også er eit hinder for dette i dag. Lovendringa førte også med seg at det vart laga ein avtale mellom BUP og dpset påpeikar ho. BUP har sidan lovendringa oppretta ein kontaktperson som dei i VOP kan kontakte gjeldande spørsmål om barns situasjon. Nokre gonger kan dei også komme og delta på samtaler.

C inviterar av og til barn til samtaler med ho på avdelinga. Ho seier at ho kan gjere dette dersom foreldra tykkjer det er vanskeleg å snakke med barna sine og at dei ynskjer hjelp til dette. På grunn av kort innleggingstid på avdelinga deira, oppleve ho at ho stadig ikkje rekker å invitere til samtaler med barna. Det ho i staden for gjer, er å undersøke om det er behov for slike samtaler i familien og dersom det er det, så dokumenterar ho det grundig og tydelig til neste helseinstans for pasienten. Ho noterar det i journalen og ringer også til neste avdeling for å passe på at dette blir vidareformidla og oppfatta riktig. Ho fortel om eit eksempel for ei lita stund sida der det var ei mor som hadde eit veldig sterkt ynskje om samtale med barna hennes og fråskilt ektefelle, der man kunne orientere alle parter om kva som var situasjonen og kva som var planen med behandlinga. Pasienten var heldig og fikk raskt plass på dps, så informanten overrekte ynskje i frå pasienten til neste avdeling, slik at dei der kunne ta dette vidare.

På avdelinga til informant D får alle pasientane tilbod om samtale med barna, nokon takkar ja og andre nei. Ho seier at dei aller fleste er veldig positive til det. Nokon kan bli engstelige og litt redde og nokre seier at dei ikkje har behov for det. En del seier at dei ikkje ynskjer samtaler med barna, fordi barna ikkje veit noko om at mor eller far er sjuk. Dette har vært litt av argumentasjonen på poliklinikkane og dagavdelingane i forhold til å ha samtaler med barn opplever ho, det er ikkje alltid det er nødvendig for barna å vite at foreldra går i behandling når det er på dagtid, ein time kanskje. Ho seier at det blir heilt annleis når mor eller far er innlagt, dette er ein heilt annan "innгриpen" i familielivet. Barna merkar godt at mor eller far

er vekke og vil undre seg på kvar dei er. Derfor er det viktig med ein samtale med barn og foreldre saman. D tenkjer at det er lurt at foreldra er til stede og høyrer kva som blir sagt, slik at dei eventuelt kan bruke det i samtale med barna seinare, eller viss barna har spørsmål kring det som er blitt sagt, då er det veldig greitt at foreldra er der og får med seg alt som blir sagt. Ho opplever at fråskilte partnerar ofte også er med på disse samtalanene, nettopp for å få vite kva som blir sagt og slik at dei skal kunne svare på ulike spørsmål som barna ville ha etter slike samtaler. Alle pasientar får tilbod om samtale og då blir det gjennomgått fokuset som ho har på barn, og ho høyrer litt med foreldra korleis dei opplev at barna deira har det. Vidare inviterar ho foreldra og barna deira til felles samtale. Disse timane vil dreie seg om kva arbeidsplassen henna gjer, kven som arbeider der, kva type hjelp foreldra får der, fortelje og snakke om sjukdommen til foreldra og ikkje minst om korleis den kan virke inn på foreldra og også snakke litt om korleis barn kan bli påverka av at mamma eller pappa er psykisk sjuk. Å ha gode samtaler med pasientane og barna deira kan også ha positive smitteeffektar på andre pasientar på avdelinga. D har merka seg at pasientar som i utgangspunktet kanskje stilte seg negativt til å ha slike samtalar med helsepersonell og barna sine, kan endre meining når dei snakkar med andre pasientar som har hatt disse. Det kan i mange tilfeller være ein letting for både foreldre og barn å få snakket saman ifølgje ho.

4.3.2 Informasjon, tilrettelegging og hjelp i heimen

B er opptatt av at barn trenger informasjon slik at dei kan forstå meir, dei treng å få avklart både tankar og kjensler som de har knytt til at mor eller fars psykiske sjukdom. På denne måten kan barna få plassert det litt og forhåpentlegvis kan dette gje dei litt meining. Tendensen i dag er at man trur at barn kan ta til seg mykje informasjon, også om psykiske lidingar, så lenge det er tilpassa deira nivå seier ho. Dette kan hjelpe barna å ikkje bekymre seg så mykje når mamma er sjuk, det vil hjelpe barnet til å forstå kva som er galt med mamma seier ho. Det å få informasjonen om den aktuelle sjukdommen, at den har eit namn og det å få kunnskap om at mamma får hjelp ein stad dersom ho blir sjukare er viktig. Det at det fins ein plan for mamma, vil kunne gjere til at barna klarer å slappe av meir og kan klare å vere meir til stades i eigne ting og aktivitetar. I tillegg til dette kan informasjonen være eit viktig bidrag i å ta frå barn skyldkjensle som dei ofte kjenner på i slike situasjonar. Samtidig kan informasjonen som barnet får vere grunnlag for ein meir opnen kommunikasjon i heimen, mellom foreldre og barn og at det kan være lettare for dei å fortsette praten heime.

Informanten seier og at eit anna tiltak som også hadde vært til stor hjelp for barna og foreldra er eit par ekstra hender i heimen. Da kunne foreldra hatt meir energi til barna sine og ho trur at dette hadde vært eit tiltak som de verkeleg kunne kjent på kroppen var til hjelp.

For barn som har foreldre som er innlagt i psykiatriske sjukehus, vil det også vere veldig viktig for barnet å kunne besøke mor eller far. C seier at dei på henna avdeling er opptatt av å kunne leggje til rette for å oppretthalde kontakten mellom foreldre og barn, så langt dei rekker det, med tanke på at pasientane som oftast ikkje har så lange innleggingar hjå dei. Det viktigaste ved slike besøk seier ho er at dette skal være avtalt på forhand. Dette både fordi behandlartema først vil vurdere om pasienten er i ein slik tilstand at det er greitt at han eller ho får møte barna sine og også fordi man vil passe på at ein kan klare å ivareta pasienten i etterkant av besøket. I nokre tilfeller er også personell med når pasientane møter barna sine. Ho meiner at dette, saman med andre tiltak i heimen vil være til stor nytte for barna og foreldra. Når psykisk sjuke foreldre har små barn kan de eksempelvis ha stor nytte av hjelp i heimen. Ho tenkjer at dersom overskotet deira er mindre enn vanleg, så er det å få hjelp til praktisk arbeid i heimen, anten av nettverket eller heimehjelp, være til stor hjelp i familiane. Overskotet som foreldra får av dette kan dei bruke til å fokusere på barna sine.

4.3.3 Grupper for foreldre og barn som pårørande

Informantane i prosjektet fortel om ulike praksis i forhold til grupper og viser til forskjellige måtar å organisere disse på. Ei fortel om grupper for foreldre, ei om grupper for barn, og ei som fortel at dei ikkje har grupper på arbeidsstaden henna, men at det dog er eit sterkt ynskje.

A viser til COS - "Circle of Security", som er ei familie rettleiande gruppe som skal auke pasientanes tryggleik og kompetanse som foreldre i samspel med sine egne barn. Informanten opplever at pasientar som er med i COS fortel om helsestasjonar og andre instansar som har sagt at det ikkje er noko fasit i forhold til barn og at så mykje er greitt og at så mykje kan gå bra på ein måte, ho opplever at det er veldig mykje som faktisk ikkje går så bra for disse foreldra og barna. Ho skulle ynskje at alle avdelingar var pålagt om å ha eit slikt tilbod, ikkje akkurat dette, men at alle må ha noko, som faktisk kunne hjelpe foreldra til å auke

kompetansen sin som foreldre. Sjølv om det fins slike tilbod gjennom barnevernet, i familievernet og i helsestasjonen, ser ho på det som ein stor verdi å ha tilbodet i eit system som pasienten allereie er i, slik at pasienten ikkje føler at han eller ho berre blir sendt ein annan veg.

B fortel at dei ikkje har noko barnegruppe som tiltak hjå dei. Ho seier at dei har eit stykke å gå på det området og fortel vidare om COS grupper som ho meiner er bra og at man gjennom slike tiltak tar barna meir på alvor. Det som ho meiner er viktig med slike grupper er at dei fokuserar på å utvikle relasjonen mellom foreldra og barna og hjelper foreldre til å mentalisere og setje seg inn i barnet sitt ståstad. Foreldra kan lære å lese barna sine tydligare, både på kva barna trenger og kvar barnet er. Dette er noko ho svært gjerne ynskje dei hadde hatt hjå dei, men foreløpig har dei ikkje dette tilbodet til pasientane sine. Ho meiner at dette er viktig fordi vi også må ta den "foreldre- biten" på alvor og for å kunne hjelpe barna, nettopp fordi det er veldig mange foreldre som er opptatt av dette sjølve og i tillegg så er det vanskeleg for dei å tematisere dette på eigenhand opplever ho. Det kan vere at mange kjenner at det er skam- belagt å ikkje klare foreldrerolla si, samtidig som de har ein redsel for at barnevernet kan "lure i bakgrunnen" opplever ho. Gruppe tilbodet kan hjelpe foreldre til å utvikle seg til å bli betre foreldre for barna sine i staden for å skamme seg over og være redd for å ikkje strekke til. Dette er kjempe bra for både foreldre og barn meiner ho.

På avdelinga til informant D har dei organisert barnegrupper, som er for barn mellom 8 og 12 år og som har psykisk sjuke foreldre. Til tross for at ho alltid tilbyr foreldre og barn samtaler på avdelinga, så er D bevisst på at det er grenser for kor mykje man kan seie på ein time eller to og kor mykje foreldra og barna klarer å ta i mot på slike samtalar. Barna til pasientane får tilbod om å gå i disse gruppene, frivillig og dei deltar ein gang i veka, i ti veker. Gjennom dette programmet får dei inn mykje meir enn i samtalanene. Avdelinga laga dette tiltaket lenge før loven kom i 2010. I byrjinga måtte man spørje kvart halvår om man kunne starte opp med barnegruppene. De fikk alltid lov seier ho, men no (etter lovbestemminga) spør man ikkje lenger, no berre startar gruppene opp igjen og man sender ut meldingar til andre fagpersonar om at gruppene startar opp. Dei kan då ta kontakt om dei har barn som dei trur trenger å delta i disse gruppene. Tilbakemeldingane i frå programmet har vert at barna endrar seg, dei vært tryggjare, roligare, blidare - foreldra ser endringar på barna sine etter at de har gått i disse

gruppene. Dette er eit tiltak som avdelinga har drivet på med sidan 2001 og dei har hatt det nesten kvart halvår sidan den gang fortel ho. I det siste har det vært en tendens til at pasientane som er innlagt er veldig unge og at de ikkje har barn, noko som har gjort til at dei ikkje hadde tilbodet sist halvår - då det rett og slett ikkje var nok barn. Ho fortel at i byrjinga av dette prosjektet så var dette kunn eit tilbod for sengeposten, i dag er poliklinikken og dagavdelinga også inkludert, slik at også dei kan søke inn barn. Prosjektet har også inkludert andre bydelar etterkvart, slik at ei helsesøster i frå ein annan bydel kan ringe og spør etter plass til eit barn og sjølv om dette barnet ikkje høyrer til vår sektor, så tar vi de inn, om vi har plass seier D. Gruppa har faktisk hatt barn som har måtte ta ferje for å komme på timane. D seier at denne gruppa er kjempe viktig for nokre barn.

I intervjuet med informant C vart ikkje dette spørsmålet stilt. Mine forkunnskapar med akuttpost gjorde til at eg ikkje spurte om dei hadde grupper som tiltak for barn og eller foreldre der. Ved akutt psykiatriske avdelingar er innleggingstida til pasientane kort. Som regel er dei berre ved posten eit par døgn - opp til ei veke, før pasientane blir overført til andre avdelingar, eksempelvis kan det vere "Avdeling spesialisert psykosebehandling" eller til poliklinisk oppfølging, alt avhengig av kva pasienten treng.

5. Analyse

5.1 Introduksjon

I dette kapittelet vil funna i frå empirien bli analysert. Dette i lys av relevant fagteori som tidligare har vert presentert i kapittel 3. Eigne spørsmål og refleksjonar kring funna er og sentralt. Først vil hovudfunna i oppgåva bli skissert opp.

5.2 Hovudfunn

Å vere vaktbikkje

Alle informantane i prosjektet var einige i at dei kjente på eit ekstra ansvar ovanfor barn som pårørande gjennom å ha rolla som barneansvarlig. Dei har eit ansvar for å halde temaet heitt på avdelingane slik at ikkje barn som pårørande går i gløymeboka.

Å ha denne rolla gir ikkje noko form for status for informantane og det blir ikkje sett på som eit populært verv i følge dei sjølve. Den største utfordringa dei har syntes å vere at det ikkje er avsett noko tid til rolla, noko som dei alle meiner at det burde vere, nettopp for å kunne gjere fleire arbeidsoppgåver retta mot barn som pårørande.

Synleggjering av barn som pårørande

Det syntes å vere etablert gode rutine på å registrere og dokumentere barn som er pårørande når helsevesenet kjem i kontakt med nye psykisk sjuke foreldre no, ettersom man er pålagt å gjere det.

Halvparten av informantgruppa registrerar og dokumenterar barn som pårørande inn som vanleg notat i journalen til pasienten, medan den andre halvdelen i tillegg nyttar kartleggingsskjema, som blir ført ved sidan av journal. Lovbestemminga seier at dette er

valfritt for alle avdelingane og det er derfor ulik praksis på dette. Dette gjer dog nasjonale forskjellar på korleis ein registrerar og dokumenterar barn som pårørande.

Eit klart skilje

Det var stor semje blant alle i prosjektet om at det i dag er større fokus på barn som pårørande, når mor eller far er psykisk sjuk, som følge av at Helsepersonelloven § 10a. Temaet er i større grad blitt anerkjent av helsevesenet og det har gjennom lovbestemminga også blitt eit meir legitimt samtaleevne. Dette har gjort det lettare for helsevesenet å ta opp og snakke om barn med pasientane sine.

Informantane på døgnavdelingane hadde tru på at helsevesenet, med eit større fokus på barn, også klarer å nå ut til disse barna og hjelpe dei betre - enn ein tidligare gjorde. Informantane på dagavdelingane derimot, var heller usikre på dette, då dei meinte at til tross for at helsevesenet er meir opptatt av barna og drøftar disse problemstillingane hyppigare, betyr ikkje dette at man nødvendigvis når ut til barna.

Vinn - vinn situasjonar

Tre av informantane meinte at dei pleidde å tenkje med eit førebyggjande perspektiv når dei arbeidde med foreldre og barn som pårørande, men dei har ulike måtar og metodar for å arbeide med dette på. Foreldregruppe, barnegrupper, hyppigare og meir konkretiserte bekymringsmeldingar til barnevernet vart framheva som spesielt gode tiltak for å hindre generasjonsoverføringar av psykiske lidingar i frå foreldre til barn.

Ein informant sa seg dog ueinig i dette og var ikkje sikker på om man med alvor klarer å følgje dette opp. Dette kan indikere at ikkje alle avdelingane klarer å oppnå delar av formålet med Helsepersonelloven § 10a, som er å førebyggje psykiske problem hjå barn som pårørande.

Den store overraskinga

Deltakarane i prosjektet var og delt på midten i spørsmålet om dei i større grad er i samtaler med barna til pasientane sine no enn det dei tidligare var (før lovbestemminga kom til).

Halvparten av informantane gav uttrykk for at dei sjeldan er i kontakt eller har samtale med barn som pårørande. Dei prøvar i staden å tryggje foreldre på å snakke med eigne barn om psykiske problem og dei utfordringane som dei måtte ha.

Den andre halvparten var i større grad i kontakt og samtale med barna. Ein sa at ho av og til inviterar til samtaler, men at på grunn av korte innleggingar hjå dei, rekk ho det ikkje så ofte. Den andre derimot, inviterar alle pasientar og deira barn til samtale.

Det er eit klart skilje mellom dei som arbeidar på dagavdeling (førstnemnt) og dei andre som arbeidar på døgnpost. Ein årsak til dette kan vere at alvorlegheitsgrada av sjukdommen til foreldra som er innlagt i institusjon, er ofte er større enn for dei foreldra som går til poliklinisk oppfølging. Barn som har foreldre innlagt i institusjon, har gjerne eit større behov for informasjon, samtalar og vidare oppfølging - og kanskje det er derfor ein ser denne forskjellen her.

Informasjon til barn som pårørande, ei ny trend

Sidan berre halvparten i prosjektet meinte dei i større grad i kontakt med barn som pårørande no ettersom loven er komet, er det ikkje sikkert at man heller føl opp lovens formål om å nå ut til alle barn som treng informasjon og oppfølging. Halvparten i prosjektet sa dei gjer informasjon til pasientane sine som dei skal overlevere til barna sine sjølve. For nokre barn kan dette gå bra og dei får vite det dei treng for å handtere situasjonen sin bra, for andre kan dette gje uheldige konsekvensar dersom foreldra ikkje tar initiativ til denne samtalen i det heile tatt. Lovbestemminga blir gjerne ikkje alltid følgt då.

Informantane framløfta viktigheita med samvær mellom psykisk sjuke foreldre og barna deira. Dersom ein klarer å leggje til rette for at barna som er pårørande kan komme på besøk til den sjuke i institusjon, når han eller ho er innlagt, kan ein først og fremst klare å oppretthalde relasjonen mellom barn og foreldre. For det andre er dette ein ypparlig moglegheit for helsevesenet til å møte disse barna for å gje informasjon og også undersøke eventuelle behov dei måtte ha for ytterlegare informasjon og oppfølging.

Psykisk sjuke foreldre kan oppleve at dei har lita eller inga energi til å utføre arbeidsoppgåver i heimen. Pliktene kan ofte då gå over til barna. Ein har hatt som mål at barn skal kunne vere i rolla si som barn, også ved psykisk sjukdom i familien. Ved praktisk hjelp i heimen, vask av hus og andre oppgåver, kan foreldra nytte den energien dei har på barna sine, aktivitetar med dei, i staden for å passe huset. Halvpartane av informantane trekte fram dette som eit tiltak som folk verkeleg kunne kjenne på kroppen at hjelpte dei.

Hjelp - som faktisk hjelper barn som pårørande

To av informantane fortalte om grupper, laga til for foreldre og til barn som er pårørande. Den eine har fokus på barnegrupper medan den andre har foreldregrupper. Barnegruppene verkar til å vere veldig populære og at både barna og foreldra har godt utbytte av disse. Dei andre informantane fortalte at dei ikkje har slike tilbod hjå deira avdelingar.

5.3 Analyse av funn

5.3.1 Å vere vaktbikkje

Saman med Helsepersonelloven § 10a kom også opprettinga av ei rolle kalla barneansvarlig personell (Helsedirektoratet, 2010). Det som er gjennomgåande blant alle informantane er at rolla gir dei eit ekstra ansvar ovanfor barna som er pårørande når foreldre er i behandling hjå helsevesenet. Dette er felles for både dei barneansvarlige på dag- og på døgnavdelingane. Ein kan seie det slik at ein har oppnådd noko av det som er kjernefunksjonen i denne rolla; det er nokon no som har eit ekstra ansvar for barna og fremjar deira interesser no avdelingane (Helsedirektoratet, 2010) .

Rolla som barneansvarlig blir ikkje sett på som ei rolle med høg status av informantane og ingen av informantane har fått avsett tid i arbeidsdagen sin til dette vervet. Tre av informantane er klare på at dette burde det gjerast noko med og at man trenger øymerka tid i arbeidet sitt til dette viktige vervet. Det kan bli svært vanskeleg å klare å prioritere barna til pasientane dersom man faktisk ikkje har noko avsett tid til dette. Kan det tenkast at dei som har nedfelt loven ikkje har tenkt på dette? Ansvaret man får med rolla, er ei tileggsoppgåve og man skal likevel ha si rolle som eksempelvis miljøarbeidar på avdelinga og alt som med følj med denne. Det kan derfor tenkjast at det blir tilfeller der man må prioritere kva ein skal ha størst fokus på, pasienten som er fysisk tilstades eller barna som man ikkje ser eller har vært i kontakt med, då ein ikkje rekker begge deler. Ein kan og tenkje seg til at man da kan få gjort fleire gode tiltak rette mot barna og at rolla blir sett på som meir viktig og meir prioritert i det dagelige arbeidet med pasientar dersom ein hadde hatt avsett nokre timar til dette. Man kunne kanskje organisert gode informasjonsmøte og kurs for kollegaer. Alle hadde på denne måten kunne erverva seg ny kunnskap på området, fått innsikt i ny forskning slik at alle alltid var oppdatert og man kunne saman diskutert vanskelege problemstillingar og hjelpt kvarandre i arbeidet med barn som mindreårige. Med avsett tid, kunne man også som barneansvarlig stått meir disponibel til å hjelpe andre behandlarar med vanskelege saker der dei kan kjenne at dei treng hjelp i forhold til barna til pasientane.

Mykje av dagens handtering og utføringa av rolla som barneansvarlig vil være avhengig av den enkelte som har den, A fortel:

"Det er nok litt sånn avhengig av personlig engasjement. Jeg tror du kan bli utpekt eller si ja til å være barneansvarlig og ikke, (...), viss du ikke orker eller vil gjøre så mye ut av det, så har du liksom, ja, for det eneste ledelsen er nødt til, de er nødt til å utpeke noken."

Dette kan bety at på nokre avdelingar kan det være barneansvarlige som verkeleg er engasjerte og gjer ein kjempe stor eigeninnsats for at disse barna skal være eit stort fokusområdet i behandlinga til pasientane. Kanskje dei har mange varierte og gode tiltak for barna. På andre avdelingar kan dette vervet vere tillagt ein person som ikkje har den same interessa og derfor ikkje prioriterar barn som pårørande på same måte. Dette kan vere uheldig. Med forskjellar i utøvinga av rolla og ulike tiltak for barna kan man risikere at ulike avdelingar har heilt ulik praksis i forhold til handtering av barn og man kan ende opp med at tilbodet til barn som pårørande varierar og er avheng kva stad/ kva avdeling mor eller far får hjelp i frå. Nasjonalt sett kan dette gje uheldige konsekvensar. Kanskje man i Nord Noreg samla sett har stor satsing på dette feltet og at man går eit ekstra stykke for å hjelpe disse barna og familien deira, medan man i Sør Noreg held seg til dagens lovverk og føl kunn minimumskravet om informasjon og oppfølings. Dette vil gje store uheldige forskjellar for familiar, avhengig av kvar ein bur i landet - og det skal vel ikkje vere sånn? Burde ein ha felles nedskrivne arbeidsoppgåver for alle barneansvarlige?

Nokre avdelingar organiserar og lagar sine egne reglar for kva vervet som barneansvarlig skal bestå av. Funksjonsbeskriving som den eine informantten fortel om er eit eksempel og viser kva krav det blir stilt til ho når ho har tatt på seg denne rolla. Dette kan vere ein stor fordel om ein skal klare å samkøyre og gje likt tilbod/ like tiltak til pasientar og barn ved eksempelvis fleire avdelingar ved same sjukehus. Kanskje det beste hadde vert å ha ein felles nasjonal plattform? I dagens lovtekst står det ikkje mykje detaljer om kva barneansvarlige eigentleg skal gjere. Kanskje burde loven hatt fleire og meir detaljerte tiltak som de barneansvarlige skulle passe på at vart utførte? På denne måten hadde man ikkje berre sikra at barn som pårørande får likt fokus og behandling uansett kva avdeling dei er tilknytt, men det hadde kanskje også vært lettare for dei som har rolla å utføre dette på ein god måte. Dersom

alle psykiatriske avdelingar i landet, både dag- og døgnavdelingar, hadde hatt same type funksjonsbeskriving av rolla, kan det tenkjast at den også hadde blitt oppfatta som ei meir seriøs rolle - og også blitt meir verdsett då? Og ikkje minst, kunne det vidare då bidratt til positive ringverknadar for barna som er pårørande? Dersom ein hadde hatt fleire konkrete arbeidsoppgåver ville det kanskje også vert enklare å løyst problematikken informantane opplever med tida i dag, då det gjerne er enklare å få avsett tid til noko som nedskrivet og konkretisert.

Avdelinga med funksjonsbeskrivinga har valt å gå utover lovteksten, som seier at det ikkje er noko krav til korkje utdanning eller stillingsprosent, og setje krav til dei som skal ha rolle som barneansvarlig på huset deira (Helsedirektoratet, 2010). På denne måten kan ein kanskje sikre at dei som har rolla både er tilstades mykje på dei ulike avdelingane og har helsefaglig utdanning. Det kan vere ein svakheit dersom den som har rolla ikkje har nok kunnskap om barn, eller til stadigheit er på seminar og eller kurs. Samstundes kan det tenkjast at sidan det er lagt meir føringar på kva denne rolla inneberer og kva krav det stillast til den som skal ha den, at personar som har dette vervet faktisk både ynskjer det og brenn for denne saken.

Den siste informanten, påpeikar ei anna viktig side. Dei barneansvarlig skal ikkje sjølve utføre alle arbeidsoppgåvene som er retta mot barn som er pårørande (Helsedirektoratet, 2010). Ein skal på mange måtar fungere som "ei vaktbikkje" og berre passe på at oppfølginga av barna blir gjort som det skal. Ein kan delegere mange oppgåver over til andre kollegaer dersom ein sjølv ikkje har moglegheit/ tid til å gjere alt. Eksempelvis krev det ikkje å ha avsett noko tid å være den personen som alltid spør og graver på behandlarmøte etter barna sin situasjon når ein ny pasient kjem inn på avdelinga. Kan det vere dette som har vært tanken bak at det ikkje er avsett tid til arbeidet? Til tross for at ho seier dette, tilføye også ho viktigheita på at om ansvaret og arbeidsoppgåvene knytt til dette vervet skal bli gjort så må det bli satt av tid, utdanningsmogelegheiter og kursing til det. Så ho er likevel einig i at vervet treng avsett tid og kanskje ikkje minst treng barna dette. Skal rolla (og dermed barna) bli tatt alvorleg treng ein tid så ein kan gjere dette på ein god og skikkeleg måte.

5.3.2 Synleggjering av barn som pårørande

Ein vesentleg endring som kom saman med tilskotet i Helsepersonelloven var at helsevesenet no vart lovpålagt å registrere og dokumentere dersom pasientar som dei var i kontakt med hadde barn under 18 år (Helsedirektoratet, 2010). Alle pasientar skulle no bli spurt om dei hadde barn og dersom dei har det, skal barna registrerast og dokumenterast inn i journalen til pasienten. På denne måten blir barn no mykje meir synleggjort enn kva dei tidligare vart. Felles for alle informantane er at det no er vanleg praksis hjå dei å snakke og diskutere tidlig i behandlinga om pasienten har barn eller ikkje. Det kan verke som om dette er noko som er blitt ei rutine no. Den eine informanten seier det slik:

"(...) Jeg kan knapt huske en sak der det ikke har blitt notert viss folk har barn, (...), det hender at det svikter litt på det å få nok informasjon om hvordan de er ivaretatt, men vanligvis står det og."

Menneske med psykiske lidningar er på mange måtar i ein situasjon som er prega av stor avmakt. Empowerment er eit omgrep som man knyt til individ og/eller grupper som anten er eller har vært i ein avmaktssosisjon og om korleis dei kan komme seg ut av denne avmakta. "Power", som utgjer kjernen i ordet, kan ein oversette til både styrke, kraft og makt. Utgangspunktet i begrepet er å styrke den personen som kjenner avmakt, slik at han eller ho kan få auka sjølvtilit, betre sjølvbilete, auka kunnskapar og ferdigheiter. På denne måten kan han eller ho komme seg ut av avmaktssosisjonen dei er i og gjenvinne makt, styring og kontroll over eige liv. Mange grupper i dagens samfunn kan man anslå at står i ein slik avmaktssituasjon. Dette gjeldande både innvandrarakar, homofile, rusmisbrukarakar, funksjonshemma og personar med psykiske lidningar (Askheim. 2012). Barn som pårørande har på si side også lita eller inga moglegheit til å endre på den situasjonen dei er i. Ved å registrere barna tidlig i behandlingssopplegget til mor eller far synleggjer dei fysisk og kan hjelpe til slik at også dei får støtte og hjelp tidlig. Helse og omsorgsministeren seier og at barn skal få ta del i behandlinga som mor eller far er del i og at makta skal over til pasientane (<https://www.regjeringen.no>). I likskap med foreldra, skal barna no også styrkast og få hjelp av helsevesenet. At statelige myndigheiter går føre og talar offentleg om korleis ein skal ivareta og i større grad inkludere barn i behandling når mor eller far er sjuk kan gje store gevinstar for barna. Det kan i tillegg vere med på forsterke haldningsendringane vi har sett i samfunnet på temaet barn som pårørande, slik at kunnskap barn som pårørande blir

"allemanns" kunnskap og at dette er noko som alle har fokus på. Temaet kan i sterkare grad bli legitimt og ein kan håpe det vil hjelpe å minske det tabu stempelet dette lenge har hatt.

Ved psykiatriske avdelingar var fokuset tidligare retta mot pasienten, og stort sett kunn pasienten. Haukø og Stamnes poengterer dette ved å seie at ein har hatt med tradisjon for å behandle berre synlege symptom i psykiatrien (Haukø og Stamnes, 2009). I dag er vi stadig meir opptatt av å inkludere barn og annan familie i behandling til pasienten som har psykiske problem og utfordringar. På denne måten inkluderar man viktige nære personar i livet til pasienten, dette for både pasienten og familien sin del. Andre i familien kan også ha nytte av hjelp og støtte i frå profesjonelle i ein slik situasjon. Nettverk og nettverksarbeid treng trulig å få større fokus og innpass i behandlingssopplegg for psykiatriske pasientar, men ein kan sjå eksempelvis som ved loven at dette er eit byrjande fokus på nettopp det. Som i talen til Høie, skal man som barn og foreldre i ein slik vanskeleg livssituasjon kjenne seg ivaretatt og at man skal få den hjelpe ein treng (<https://www.regjeringen.no>). Så når ein person er sjuk, så handlar det i langt større grad om familieproblem og at familien treng støtte og hjelp gjennom dette.

Kartleggingsskjema som Helsedirektoratet eksemplifiserer i heftet sitt, blir dog ikkje nytta hjå på alle avdelingane (Helsedirektoratet, 2010). Den eine informantten fortel:

"(...) Men det vet jeg ikke om folk gjør, og det gjør nesten ikke jeg heller, fordi det er liksom enda et skjema, (...), kanskje jeg mer spør, der og da, når jeg først snakker om det med barna hva som er på gang med de og fører det i den løpende journalen, og ikke lage et eget skjema på det. Men det skal vi jo egentlig gjøre."

Er dette skjemaet egentlig nødvendig - eller held det å kunn dokumentere om pasientane har barn under 18 år fortløpande i journalen? På den eine sida så er man i dag ikkje pålagt å bruke dette skjemaet. Man er kunn pålagt å dokumentere at plikten man har for å følgje opp barns behov for informasjon og oppfølging blir gjort og korleis man gjer det, slik som A beskriv at dei gjer. Kartleggingsskjemaet er vedlagt som eit praktisk eksempel og hjelpemiddel som kan vere nyttig for helsepersonell når dei skal innhente og samle informasjon om barna som er pårørande (ibid.). Det er eit skjema som pasienten må fylle ut og det kan tenkast at pasientane

kan vegre seg mot dette, spesielt i den sårbare situasjonen dei allereie er i. Det kan hende dei blir redde for kva konsekvensar dette kan få og kan i verste fall gjere til at dei stiller spørsmål ved å ønske om vidare behandling.

På den andre sida kan dette vere eit viktig dokument, både for helsepersonell som skal behandle ein pasient - og også dersom pasienten går til behandling ein annan stad seinare - då vil dette dokumentet alltid være tydelig synlig i journalen, til forskjell frå dersom man kunn vil registrerar barn som pårørande under eit vanleg notat i journalen. Om man utelatar å bruke skjemaet kan det lett bli med berre å skrive nokre få setningar inn i journalen om barnets namn, alder og om situasjonen er ok. Kartleggingsskjemaet gir ei full oversikt og ei god kartlegging av barnet og situasjonen rundt han/ho/dei. Det kan i tillegg vere mykje vanskeligare å finne fram til eit notat enn til eit skjema som vil liggje ved sidan av journalen. Dette vil også kunne vere viktig for disse utsette barna. Ei god kartlegging, som skjemaet vil gje, tidlig i behandlinga, kan redusere/ hindre at barn som treng hjelp ikkje blir oppdaga. Det kan tenkjast at gjennomgangen av barna vil vere meir grundig ved bruk av dette skjemaet. Dersom dette skjemaet hadde vært lovpålagt å bruke, til all registrering av barn som pårørande på alle psykiatriske avdelingar i heile landet, kunne det representert ein felles måte for korleis man både snakkar, registrerar og dokumenterar barna til pasientane tidlig i behandling. Dette er noko som ikkje er økonomisk belastande for helsevesenet og heller ikkje veldig tidskrevjande, men kan gje gode nasjonale prosedyrar for dette.

Den eine informanten fortel at nokre avdelingar også kan ha andre og meir omfattande tiltak når det gjelder å registrering av barn som er pårørande. Ikkje berre nyttar dei skjema ved sidan av journal på avdelinga henna, dei har også laga andre tileggsrutine for å sjekke korleis barna har det når mor eller far er blitt innlagt i institusjon. Dei er meir frampå å få komme i kontakt med barna og deira omsorgspersonar. Loven har pålagt akuttavdelingar å ha sterkare verkemiddel for å komme i kontakt med dei som har barna enn andre avdelingar, men dei har dog ikkje kome med forslag om kva (Helsedirektoratet. 2010). C fortel om det ho eige komponert tiltak: "stadfestande telefon". Eit kartleggingsskjema vil kunn kunne gje den informasjon som forelderen sjølv fortel, det som han eller ho vil fortelje og kan utelate viktige ting. Ein telefon kan gje annan kunnskap om heimesituasjonen og det kan vere ei heilt annan historie ein høyrer i frå dei i heimen enn det pasienten sjølv har fortalt. Derfor er det veldig

avgjerande å få klar innsikt i korleis situasjonen er i heimen når foreldre blir akutt sjuke. Dei som er heime med barna, kan i tillegg også ha mange spørsmål, kanskje det er ei bestemor som passer på barna. Ho kan trenge hjelp til å vite kva dei skal seie og gjere for barna, kva som er best for barna i denne situasjonen og det kan vere tryggjande for ei bestemor å kunne få litt støtte frå helsepersonell på dette. Denne telefonsamtalen er derfor viktig først og fremst for å finne ut om det er nokon som har ansvaret for barna når foreldra er innlagt og kven dette er og også for å finne litt ut om situasjonen der heime, gjerne både før og no etter innlegginga. Har barna sett og opplevd sjukdomsteikn hjå forelderen i lang tid? Dette er heller ikkje eit økonomisk belastande tiltak og heller ikkje tidskrevjande. Kanskje burde dette tiltaket bli innført som ein obligatorisk del av det å registrere barn som pårørande når foreldre vart innlagt i institusjon? Då ville ein tatt eit skritt nærmare det å faktisk kunne vite noko om barns situasjon når mor eller far er innlagt i psykiatrisk sjukehus. Og kanskje dette kunne vært ein del av dei arbeidsoppgåvene som barneansvarlig personell ideelt sett burde hatt? Man kunne gjennom dette sikra alle barna allereie ved innkomsten til foreldra.

Før eg starta med denne oppgåva var det venta å finne at informantane og avdelingane no både registrerar og dokumenterar barn som pårørande tidlig i behandlingssopplegget til mor eller far. Dette både grunna i at helsevesenet no er juridisk pålagt å gjere dette og også fordi eg rekna med at ein hadde komet så langt at ein ser på dette som ein absolutt nødvendig del av å kunne klare å hjelpe barna. Det var dog litt overraskande at berre halvparten av informantane og avdelingane fann kartleggingsskjema som eit nyttig hjelpemiddel og brukte det fast. Avdelinga til A brukar det ikkje, medan B seier ho prøvar så godt ho kan å få kollegane sine til å ta det i bruk, men det kunne virke som om at det ikkje var noko rutine på det enda.

5.3.3 Eit klart skilje

Det verkar til å vere stor einigheit i at det er eit større fokus på dette temaet barn som pårørande no enn det tidligare var. Det er ikkje utenklig at tilskotet i helsepersonelloven kan ha vært bidragsytar til dette, sidan man er no er lovpålagt å i større grad innarbeide og inkludere barn i behandlinga til mor eller far enn kva ein tidligare har gjort.

Man har lenge erkjent at psykisk sjukdom kan overførast frå foreldre til barn, men man har likevel ikkje hatt tradisjon for å latta dette påverka arbeidet med pasientane. (Haukø og Stamnes, 2009) Fokuset som er på barn no, kjem kanskje også av at samfunnet har tillagt dette meir verdi. Barn som nå er blitt vaksne, fortel gjerne oftare sine historier om korleis det var å vere barn når mor eller far var psykisk sjuk. Mange har hatt ei oppleving av at dei ikkje har blitt lagt merke til, korkje sett eller høyrd av helsevesenet og at dei ikkje har fått noko hjelp. Man kan håpe at denne kunnskapen kan bidra til at man ytterligare ser viktigheita av dette arbeidet har slik at fokuset berre fortset og at det blir enda større satsing på barn som pårørande i framtida.

Til tross for auka fokus og bevisstheit kring barn som pårørande og tilskotet i loven er halvparten av deltakarane i prosjektet ikkje sikre på om helsevesenet faktisk klarer å ivareta barn som er pårørande betre og i større grad enn tidligare. Dette er eit særdeles viktig og interessant funn. Det kan tyde på at til tross for at man har klart å etablere barna som ein del av handlingsopplegget til psykisk sjuke foreldre, at man faktisk ikkje er sikker på om alle barna mottar meir støtte og hjelp. Målet med den nye lovbestemminga blir ikkje nådd ut i frå det informantane fortel her. Den eine informanten påpeikar også dette ved at ho meiner vi er vel optimistiske om vi tenker at barna får det betre kunn på bakgrunn av denne loven. Dette er ganske oppsiktsvekkjande. Helse og omsorgsministeren Bengt Høie sine lovord i 2014 om pasientens helseteneste, om at alle barn som pårørande skal få hjelp tidligare, raskare og også eit betre tilbod om hjelp enn det som dei tidligare har fått, blir dermed heller ikkje blitt oppfylt ifølgje denne informasjonen her (<https://www.regjeringen.no>). Som dei påpeikar kan dette bety at sjølv om fagpersonar har meir fokus på dette, man diskuterar barna meir og oftare på møter, registrerar og dokumenterar barna i journal, så er det ikkje sikkert at barna får den hjelpe som dei treng. Disse funna tydar på eit ein kanskje treng enda meir satsing i frå myndighetene si side for at man faktisk skal klare å nå heilt ut til barna. Kanskje må loven endrast? Kanskje må ein setje inn fleire og meir grundige fokuserte tiltak som vil sikre barna?

Den andre halvparten meiner derimot at man no klarer i større grad å nå ut til disse barna og også ivareta dei betre. Personleg engasjement frå barneansvarlige ved avdelingane blir trekt fram som ein viktig nøkkel for at man skal klare dette. Dette kan kanskje også indikere at dei barneansvarlige her tillegger rolla meir verdi og ansvar enn det som var tenkt i frå

lovgivarane? Det vil vere større sannsyn at ein barneansvarlig som er veldig interessert og positiv innstilt til å arbeide for og mot barna til pasientane og sjå på dette som eit viktig fokusområde i arbeidskvardagen, vil klare å nå fleire barn enn ein som ikkje gjer så mykje ut av rolla si. Gjennom å vere på vakt og heile tida etterspør, minne andre på å huske på barn til pasientane og gå inn for at ein heile tida aktivt skal prøve å nå barna - så vil ein ha større sjanse til å klare det. Informant C meiner at ein faktisk når barna i mykje større grad i dag enn kva ein tidligare gjorde.

Vi ser her at det er eit ganske klart skilje mellom informantane på dagavdelingane og informantane på sengepostane. Dagavdelingane stiller seg meir skeptisk og usikre til om barn som pårørande får meir og betre hjelp no, medan døgnavdelingane har stor tru på at vi er komet eit godt stykke på veg i å nå dei. Kan dette ha samanheng med det tidligare funnet i prosjektet, at dei som er skeptiske også er dei som er lite i kontakt med barn som pårørande sjølve? Om man ikkje er i kontakt med barn som pårørande, så har man vel heller ikkje tru at barna til pasientane i større grad blir betre ivaretatt enn tidligare. Det var venta at informantane ville fortelje om ulike erfaringar om dette og at det kunne variere om dei trudde at barna i større grad blir nådd i dag. Det var dog ikkje venta at det skulle vere eit så klart skilje mellom dag og døgnavdelingane.

For helsepersonell, har lovverket også støtta opp under og legitimert temaet barn som pårørande som ein del av behandlinga psykisk sjuke foreldre. Saman med samfunnsendingane vi har hatt dei siste åra og lovverket kan man no enklare snakke med pasientane om barna deira. C fortel at ho bokstavelig talt nyttar seg av loven når ho skal snakke med foreldre, ho forklarar det også som at ho er lovpålagt å tematisere barna deira. I samtale kan ho seie:

"Det kom en lovending for noen år siden, som pålegger oss å innhente opplysninger og at det skal føres et skjema ved siden av journal (...)"

Det kan tenkjast at det så vel kan vere vanskeleg for foreldre å skulle snakke om eigne barn, kan det også vere vanskeleg for helsepersonell å gjere det. Dette er noko som er relativt nytt

og ein har tidligare ikkje hatt for vane å gjere dette. Det kan eksempelvis skape friksjonar i relasjonen man har til pasienten. Foreldra på si side, kan blir usikre og kjenner seg som dårlige foreldre og engsta seg gjerne over at det blir stilt spørsmålsteikn ved foreldrefunksjonen deira. Derfor kan det no vere lettare å både ta opp dette temaet og også snakke meir om det no når man kan referere til loven og forklare at dette er noko man faktisk er pålagt å gjere (Helsedirektoratet, 2010). Kanskje det til og med kan bli lettare for pasientane å opne seg og snakke om barna sine dette då? Når dei veit at dette er spørsmål som alle pasientane får og at dette er for å kunne hjelpe familien best mogeleg. Den eine informantan seier at ho meiner at loven hjelper ho i disse samtalan. Ho fortel:

"Absolutt. Vi får jo på en måte ryggdekning for hvorfor vi tematiserer dette da, dette er på en måte ikke noe bare jeg har sugd fra eget bryst men noe jeg faktisk er pliktig til - og det gjør det jo lettere å ta opp."

Ein annan årsak til at ein ser at fokuset på barn som pårørande i praksis ser ut til å auke, kan vere at ulike utdanningar og profesjonar har no i større grad dette inkludert som ein del av pensum gjennom studie. Informant D fortel at det er lettare å snakke med eksempelvis nyutdanna psykologar om barna no enn kva det tidligare var. Meir pensum og kunnskap om barn vil kunne gje nyutdanna helsepersonell eit integrert og innebygd fokus på barn som pårørande allereie i starten av karrieren sin, som vil vere positivt for barna. Til fleire som er engasjert i temaet og har dette fokuset med seg, til fleire barn vil man sikkert kunne nå ut til og vidare hjelpe.

Som ein konsekvens av auka fokus på barna til pasientar, drøftar fagpersonale også saker opp i mot barnevernet hyppigare i dag enn tidligare i følge C. Før var det sjeldan snakk om barna til pasientane og også da naturlegvis ikkje mange saker meldt til barnevernet i frå psykiatriske avdelingar. No som helsevesenet veit om fleire barn som kan vere i risikosonar, kan det og hende at det blir sendt fleire bekymringsmeldingar til barnevernet. Dette kan for nokre av disse barna være eit viktig steg i riktig retning for å få meir hjelp til seg og familien sin. B seier og at det har blitt eit mykje større fokus på dei aller minste barna, spedbarna og også

gravide kvinner. Dette er avgjørende for barna da de allerede ved 2-4 måneders alderen kan speile mors psykiske tilstand (Nordenhof, 2012).

Bowlby og hans tilknytningsteori var tidlig ute med å vise viktigheten det er for barn å ha gode og nære relasjoner til foreldre sine. Dårlige relasjoner til egne foreldre kan ha store konsekvenser for barnet seinere i livet (Bowlby, 2012). Det som er forunderlig er at Bowlby konkluderte med disse funn allerede på 1950-tallet, men man har egentlig ikke tatt stilling til dette før nå? I alle fall har man i Norge ikke aktivt gått inn for å gjøre noe med dette før lovverket kom i 2010.

5.3.4 Vinn - vinn situasjoner

Tre fjerdedel av informantene sier seg enige i at man arbeider i et lys av forebyggende arbeid når det gjelder barn som pårørende. En ønsker å unngå at barn som veks opp med psykisk syke foreldre sjølve blir psykisk syke som voksne. Informantene har ulike verktøy og arbeider med dette på forskjellige måter.

Historisk sett har man tidligere har arbeidet rett mot den syke pasienten, og pasienten alene. En har ikke tatt omsyn til familie eller barn. I dag derimot, skal god behandling inkludere pasienten og han eller hennes problem og utfordringer, samstundes som at pasientens nettverk skal aktivt få være del av den. Skårderud påpeiker at personer rundt pasienten kan i stor grad bli påvirket av sykdommen til den som er syk (Skårderud, 2010). Informant B fortel i likskap med Skårderud, om viktigheten med gode relasjoner mellom foreldre og barn. Dersom barn opplever dårlige relasjonserfaringer tidlig i livet kan dette ha store konsekvenser for han eller ho også seinere i livet. Barn kan endre opp med liknende problem som forelderen, dersom en ikke får hjelp. Eller som Bowlby sier: en viktig nøkkel for neste generasjons gode psykiske helse er at foreldre har gode foreldrefunksjoner (Bowlby, 2013). Det er derfor det kan være så veldig viktig å gi hjelp og møte disse barna tidlig i behandlingsopplegget når mor eller far er psykisk syk. Samfunnet kan spare millioner av kroner dersom en kan avverge at psykisk sykdom går videre fra en generasjon til neste og

ikkje minst kan ein spare mange menneske for liv prega av psykisk sjukdom og alt som dette inneberer.

Barn som lever med ei psykisk sjuk mor eller ein psykisk sjuk far har ein større risiko for å bli utsett for både stigmatisering og tabu. Barn kan lett kjenne seg einsemde (Haukø og Stamnes, 2009). For å unngå dette, er det ikkje berre viktig å nå ut til barna, men det vil også vere sentralt at helsepersonell også er i stad til å tilvise saker som er bekymringsfulle vidare til andre etatar, som vidare kan hjelpe barna. Dette kan eksempelvis skje dersom ein forelder er innlagt i psykiatrisk sjukehus og man tenkjer at barna heime har ekstra behov for tilsyn og oppfølging. Eller det kan vere at ei mor som fortel om stadig sjølvskadings problematikk og blir utskriven i frå sjukehuset. Barn som må oppleve å sjå mamma med synlege sjølvpåførte skadar, kan vere veldig skremmande. Å skrive gode og utfyllande tilvisingar til barnevernet ved slike typar saker som C beskriver, kan vere med på å avverje at barn må oppleve dette mange gangar over lengre tid. Barnevernet kan då enklare komme på bana, gripe inn i situasjonar som ikkje er bra og i staden for hjelpe disse barna. Dersom ingen gir beskjed og barn til stadigheit opplever slike negative hendingar i heimen sin, kan dette føre til at også barna byrje å utvikle liknande psykiske sjukdommar som forelderen. Det er derfor sekundærførebygging vil vere veldig avgjerande for mange barn (Haukø og Stamnes, 2009). Man må gripe inn i familiar der dette skjer, nettopp for å forhindre at barn får vidareutvikle psykisk sjukdom.

Eit anna eksempel kan vere:

Anna, som er mor til to gutar, har fått diagnosen depresjon.

Ho har eit veldig negativt tankemønster og tilbakevendande suicidale tankar.

Utan hjelp kan gutane utvikle eigne trekk av depresjon og sjølvve ende opp med liknande psykisk sjukdom som mor når dei blir vaksne.

Utfordringa er at tradisjonelt sett har helsevesenet vist størst interesse for å behandle dei synlege symptoma og problema hjå ein pasient, framfor å førebyggje mogelege psykiske

sjukdommar (Haukø og Stamnes, 2009). På den eine sida er det forståelig. Førebyggjande arbeid er ei stor økonomisk belastning for samfunnet og med tanke på at ein sjeldan kan rekne med raske og/eller målbare resultat, så derfor kjem førebyggjande arbeid fram i eit dårligare lys enn behandling. Gjennom behandling hjelper man nokon som faktisk er sjuk, man brukar pengar/ tid / energi på å hjelpe eit menneske som har problem og derfor gir dette lettare og betre oppslutning kan det sjå ut til. På den andre sida, og gjerne den viktigaste sida, er dette veldig uheldig for dei barna som har utfordringar og kanskje også byrjande psykiske problem. Det er barna som er skadelidande her.

Spørsmålet blir også om det er mogleg å prioritere førebyggjande arbeid av denne karakter på ein slik måte at ein kan minske behandlings- behovet i framtida? Dette vil spare samfunnet mykje pengar på lang sikt og ein kan tenkje seg at det er ein vinn - vinn situasjon. Barna får hjelp tidlig og ein kan minske/ forhindre utvikling av større psykiske lidningar, samstundes som ein sparar pengar på behandlingsbiten. Ideelt sett er det ingen tvil om at dette er absolutt å føretrekke.

D refererar til tilbodet om barnegruppe som dei har på avdelinga hennar når ho blir spurt om førebyggjande arbeid. Ho er tydelig på at dette er eit veldig hjelpesamt og førebyggjande tiltak for disse utsette barn. Tiltaket opplevast som veldig positivt og foreldre gir alltid gode tilbakemeldingar på dette. Ho legger til at foreldra trengjer ikkje vere innlagt for at barna skal kunne delta, ofte er de utskrivet før gruppene er begynt, men at ho opplever at barna fortsett kjem. Eit signal om at dette er viktig for barna og at det fungerer meiner ho.

Som den einast informanten, er A usikker på om behandlingsopplegget til psykisk sjuke foreldre tar sikte på å førebyggje psykiske lidningar hjå barna deira. Ho meiner at man kanskje ikkje klarer å følgje denne delen opp med alvor. Man har hatt for vane og skulle hjelpe og behandle psykisk sjuke vaksne og så er ein no plutselig blitt pålagt å inkludere gjerne både eit og to og tre barn inn i behandlingsopplegget/ behandlingsplanen. Kanskje dette er ei utfordring for helsepersonell og at det vil ta ei stund før dette blir innarbeida og dermed også enklare å fokusere også på barna og førebygging av psykiske lidningar hjå dei. Det må likevel nemnast at i Helsepersonelloven § 10a er det nedfelt at formålet også er å førebyggje nye

problem hjå barn og at Bengt Høie er klar i tale om at førebyggjande arbeid er nødvendig (Helsedirektoratet, 2010 & <https://www.regjeringen.no>). Her ser man at ikkje alle avdelingane med sikkerheit klarer å oppnå alle mål som loven og myndigheitene har satt.

5.3.5 Den store overraskinga

Emilie Kinge tar til ordet for viktigheita det er for barn å kunne ha eit anerkjennande godt samvær og samtalar saman med ein vaksen om deira verkelegheit. (Kinge, 2012) Det kan tenkjast at for barn som lever i ustabile familiar og der foreldra ikkje alltid er tilstades som dei burde for barna sine, at dei treng andre vaksne å snakke med. Dei kan kjenne seg utrygge, være redd og ha store livlige fantasier om verkelegheita. Derfor er det viktig å hjelpe barna å setje ord på og forklare kva som skjer. Overraskande viste det seg til i studien at det kan verke som om at det ikkje er vanleg praksis eller rutine på alle avdelingane å ha samtale med barn, heller ikkje med barn og foreldre saman, i særleg stor grad når mor eller far er psykisk sjuk. Halvparten av informantane var tydelige på at dei sjeldan var i direkte kontakt og samtale med barna til pasientane sine.

For meg var dette det mest overraskande funnet i prosjektet, då eg absolutt ikkje var førebutta på dette. Eg hadde venta meg at det oftare no var møte og samtalar mellom barn og helsevesenet etter at lovendinga kom til. Ikkje fordi at man er pliktig til dette, for det er man jo ikkje, men fordi eg antok at man best mogleg kan møte og hjelpe disse utsette barna om man fysisk møter dei og på denne måten gjer god informasjon og eventuelt anna oppfølging ved behov (Helsevesenet, 2010). Eg hadde derfor venta at man i dag, som følgje av så vel loven og samfunnets endringar på 2000 talet, var i mykje større grad i direkte kontakt med barn som pårørande. Eg hadde trudd at helsepersonell i stor grad var i dialog med både barna og foreldra saman og at det var innarbeida gode rutinar om tilbod om samtalar med pasientanes barn, både aleine og saman med foreldra, på alle avdelingane. Med tanke på tidligare forskning om barns behov for samtalar med vaksne om deira verkelegheit, tenker eg at helsevesenet endå har ein lang veg å gå når det gjelder dette. Det er viktig å kunne klare å skape samanheng og mening i kvardagen til disse barna og dette er det dei vaksne som må ta ansvar for (Haukø og Stamnes, 2009). Mange opplev også kommunikasjonsbrot i familien når ein av medlemmane blir psykisk sjuk (Nordenhof, 2012). Det er derfor det er så viktig at

andre, som har moglegeheit til det, tar initiativ til samtalar for å opne opp igjen kommunikasjonen i familien.

Det kan tenkast at det er fleire årsaker til at helsepersonell ikkje alltid er i direkte kontakt og samtalar med barna. For det første så er det eit skilje om mor eller far er innlagt i døgnbehandling på institusjon eller om han eller ho går til poliklinisk oppfølging for hjelp til sin psykiske lidning, noko som også informant D poengterar. Det er stor forskjell i alvorlegheitsgrada av psykiske lidningar. For dei barna som har ein forelder innlagt i sjukehus er dette eit serdeles stort inngrep i kvardagslivet til familien, då forelderen faktisk ikkje er i heimen lenger. Det oppstår ei krise i familien må man kunne seie. Barna dette gjelder vil lure på kvar forelderen er og byrja lure på om det er han eller ho som har gjort noko gale sidan forelderen er reist vekk. Kinge seier at verkelegheita og god informasjon vil kunne hjelpe barnet til å forstå heimesituasjonen sin. Gjennom samtalar med disse barna kan man bidra til at verden ikkje blir så ubegripelig og uforståelig påpeikar ho (Kinge, 2012). Korleis skal ein egentleg kunne forsikre seg om at barn som er pårørende får den informasjonen dei treng om ikkje helsepersonell snakkar med dei? Når man som forelder blir innlagt i psykiatrisk sjukehus, har også heile familien som regel eit stort behov for hjelp tenkjer eg. Det kan ha føregått mykje på heimebane som barna ikkje burde oppleve og dei kan ha stort behov for å få dele dette med andre vaksne. Det handlar egentleg om kva helsevesenet kan gjere for å hjelpe familiar som er i slike typar krisar. Familiesamtalar vil kunn generere positive ting for både pasienten, barna og familien som heilskap tenkjer eg. Derfor var eg og overraska over at dette blir lite brukt i dag.

Dersom den sjuke forelderen går til poliklinisk behandling kan man likevel klare å skjule/ ikkje fortelje dette til barna sine. Kanskje dei går til behandling et par timar i veka når barna er i barnehage eller skule og då er det ikkje alltid heilt nødvendig å involvere barna. Men kan det likevel tenkast at barna ville ha nytte av å få informasjon også då? Sjølv om mor eller far ikkje er innlagt kan det vere mange ting i heimen som er annleis enn det pleier for barn. Og det kan vere at mamma har fått oppfølging over mange år og at dette likevel påverkar familielivet og barna. Helsevesenet har ingenting å tape på å innføre samtalar med foreldre og barn som eit fast tiltak ovanfor barn som pårørende og foreldra deira. Tid og økonomi kan tenkjast å vere hindringar - men dersom ein verkeleg skal nå ut til alle barn som har

informasjon og oppfølgingsbehov, så må man være villig til å stille med ressursane som krevjast og?

På den andre sida er det ikkje sikkert at man alltid må snakke direkte med barna for å kunne hjelpe dei. Det vil for mange foreldre sikkert være verdi i å få hjelp til å vite kva dei skal seie til barna sine og hjelp til å vite korleis dei skal snakke om eigen sjukdom på, som også står i Helsedirektoratets hefte (Helsedirektoratet, 2010). Informantane på dagavdelinga var opptatt av at dette var det arbeidet dei fokuserte på. Helsepersonell kan på denne måten i samarbeid med foreldre lage ein plan for kva dei skal seie til barna sine i samtale. For nokre barn kan det tenkjast at det er tryggjande å snakke med eigne foreldre om sjukdom og det som er vondt og vanskeleg, til fordel for ein ukjent part. Det som kan vere negativt med at vi overlatar denne viktige samtale biten til foreldra, då mister vi også kontrollen over kva og korleis ting blir sagt til barn. Kanskje nokre foreldre ikkje snakkar med barna sine i det heile tatt, sjølv om dei seier at dei gjere det, andre kan fortelje for lite medan andre fortel for mykje. Aldersadekvat informasjon er viktig og den skal tilpassast kvart enkelt barn, derfor er dette ei viktig oppgåve som helsepersonell kanskje burde ha det fulle ansvaret for, då det er fagpersonell som er ekspertar på barn (Helsedirektoratet, 2010 og Haukø & Stamnes, 2009). Til sist, men ikkje minst, så kan helsevesenet også miste barn/ ikkje klare å fange opp barn som verkeleg treng hjelp om man overlater samtalan til foreldra sjølve.

For barn som ikkje får noko informasjon om foreldra sjukdom, kan være svært skadelidande og de kan kjenne seg aleine og redde. Eit eksempel:

"Jeg fikk ikke vite noe, de voksne pratet over hodet på meg. De tenkte kanskje at de ville skåne meg, jeg vet ikke. Det var heller ingen som stilte spørsmålstegn ved at en jente på 15 år skulle passe på sin alvorlig syke pappa. Jeg ser det nå at det var galt, men jeg tenkte ikke slik da. Jeg var bare opptatt av at pappa skulle ha det bra. Dessuten var jeg redd for å såre noen om jeg sa fra. Jeg ville ikke at pappa skulle tro at jeg ikke brydde meg om han."

(

(Kjellevold og Bøckmann, 2015:268)

Glistrup har skissert opp fleire punkt som ho meiner viser kva utsette barn trenger. I det første punktet er fokuset at barn trenger kunnskap om andre barn som også har psykisk sjuke foreldre (Glistrup, 2006). Det at barn som opplever å vere i vanskelege situasjonar trenger å få informasjon også om at det fins mange andre barn som på lik linje som seg sjølve opplever dette og at dei ikkje er aleine. Det er ikkje frammed at mange av disse barna kan oppleve å kjenne seg mykje aleine, særleg dersom foreldre og helsepersonell ikkje har samtalar med barna. Det kan derfor vere enklare å takle kvardagen dersom dei få innsikt i at dei ikkje er dei einaste som opplever dette.

5.3.6 Nye trendar

Man har tidligare vert opptatt av at barn skulle bli skjerma i frå det som opplevdes som vondt og dei skulle ikkje vite om at mor eller far var psykisk sjuk, i alle fall skulle dei ikkje vite mykje. Denne trenden kan sjå ut til å ha snudd no. Vi er i dag opptatt av å gje rikelig, god og tilpassa informasjon til både barn, foreldre, fråskilte ektefelle/ partnerar og andre viktige personar i pasientens liv. Og ikkje nok med det, man er i dag blitt pålagt å gi informasjon og oppfølging til barn som pårørande som eit resultat av Helsepersonelloven §10a (Helsedirektoratets rundskriv, 2010).

Ein tenkte gjerne at barn ikkje hadde vondt av ting som dei ikkje visste før. Barn var på mange måtar utestengt i frå behandlingssopplegget til foreldre som hadde psykisk problem, då dette ikkje var noko som råka dei. Usikkerheit var truleg vanleg for disse barna. Samfunnet har endra seg og skifta meining og praksis på dette. Man tenker at barn så absolutt trenger informasjon og kunnskap for å klare å skape ei meining i det som skjer med foreldra sine og deira relasjon med dei. Barn kan ta til seg mykje informasjon, også av denne karakter. Til tross for at det kan være vanskeleg for barn å høyre og lære om mor eller fars sjukdom, vil dette på mange måtar vere å føretrekke, til fordel for å halde ting skjult og late som om at alt er bra - då barn merkar fort om ikkje alt er det. Barne trenger å bli anerkjent og få ta del i også det som er vanskeleg i familien. Med informasjon kan barna forstå kva og kvifor ting skjer rundt dei i familien. Kanskje må barn av og til vere ein del hjå besteforeldre fordi mamma eller pappa ikkje er i form og då er det fint for barna å vite at dette er noko som ikkje er deira feil, men at forelderen berre treng å kvile seg. Barna kan også då oppleve at dette er noko dei

kan snakke om, noko dei kan undre seg på, og stille spørsmål om, dette til forskjell dersom alt blir hemmeligholdt og ikkje tala om. Å ikkje kunne snakke om sjukdommen vil kunne opplevast som mykje verre. Å bære på undringane over kva som er gale med mor eller far kan tenkast å være mykje verre for barn enn å få forklart ein sjukdom og kva dette inneberer (Kinge, 2012).

Som det har komet fram tidligare i denne oppgåva er halvparten av informantane mest opptatt av å tryggje foreldra sjølve på å snakke med og gje informasjon til eigne barn i staden for at helsepersonell skal gjere det. Det vil derfor vere heile avgjerande at helsepersonell snakkar godt og mykje med foreldra om barna deira og utstyrar dei med både kunnskap og omgrep som dei kan nytte i samtale sine med barna. Det kan her vere sentralt å vite alder på barna slik at ein kan gje råd i forhold til korleis ein skal snakke med små barn versus litt eldre barn. Man kan gje foreldre kjempe gode rådgevingstimar og gje dei mange hjelpemiddel som er meint dei skal nytte til barna sine. Om dei faktisk gjer det, korleis dei vel å gjere det, veit vi uansett ikkje. På denne måten ser vi at nokre barn, kan ende opp med å få rikelig informasjon og foreldra gjer ein god jobb med dette. Andre foreldre vel gjerne ikkje å snakke så mykje med barna sine, til tross for rådgeving om det. Dette er noko som ikkje helsevesenet vil kunne ha kontroll på. Spørsmålet blir då om helsevesenet eigentleg føl opp lovbestemminga om at alle barn som treng det skal få informasjon? Loven seier at det er primært foreldra sjølve som har ansvar for å snakke med barna, men at helsepersonell skal koplast inn der foreldra ikkje er i stand til dette sjølv (Helsedirektoratet, 2010). Blir dette for vagt eller er vi nøgde med å gje informasjon til foreldre og vidare stole og håpe på at dei vidareformidlar dette på ein god og forsvarlig måte til barna?

Tidligare i oppgåva kom det også fram at dei som arbeida på dagavdelingane ikkje var overbevisste om at man klarer å ivareta og nå ut til barn som pårørande i større grad i dag til tross for lovverket. Dei på døgnavdelingane var i større grad i kontakt med barn og hadde og større tru på at dei klarte nå barna betre etter at loven kom. Dag og døgnavdelingane representerar to heilt forskjellige institusjonar. På døgnpostar er pasientane (foreldra) ofte langt sjukare og meir påverka av situasjonen sin enn pasientane som går til dagbehandling. Dette er viktig med tanke på at lovverket er skrivet for å gjelde alle avdelingar og uavhengig av mor eller fars psykiske tilstand. Dette er kritikkverdig fordi at psykisk sjukdom kjem i alle

former og fasongar og i veldig ulik alvorlegheitsgrad. Å "gre alle under sama kamb" blir derfor feil. Barn som har foreldre innlagt i institusjon vil det så å seie alltid opplevast nærmast som ei krise for barn. Dei har behov for informasjon, uansett om mor er vekke i tre dagar eller tre månadar. Lovverket burde kanskje vere tillaga med eit skilje mellom innlagte foreldre og foreldre som går til poliklinisk oppfølging nokre timar i veka? Med dette meiner eg at med ein gang mor eller far blir innlagt i psykiatrisk sjukehus så er verkelegheita til barna snudd opp ned. Det hadde med fordel vert ideelt å hatt familiemøte med alle barn og andre viktige vaksne når ein forelder blir innlagt. Ingenting anna i verden er sikkert meir skremmande enn at dersom mamma plutselig ikkje er heime lenger. Ei nedfelt lovbestemming som pliktar helsevesenet til å gi informasjon til alle foreldre og barn som er i slike situasjonar er gjerne å føretrekke.

Dersom mor eller far blir innlagt på psykiatrisk institusjon kan tapet av den nærheita som barnet er vandt med være vanskeleg å plutselig skulle miste (Kjelle vold og Bøckmann, 2015). Kvar er mamma eller pappa? Den eine informanten er derfor opptatt av at man skal kunne legge til rette for at barn skal kunne besøke foreldra sine på institusjonen der dei er, slik at dei kan ha samvær saman. Det kan være mange fordeler med dette, både for forelderen og barn. Barnet kan savne mamma veldig dersom ho plutselig reiser vekk og det kan være godt å berre få sjå og tilbringe litt tid saman. Det kan derfor tenkast at barnet vil kunne ha nytte av å vite kvar mor er. Kanskje det kan tryggje barnet å sjå kor mamma søv når ho er vekke, at ho har ei seng ein plass og eit rom som er henna. Slike små ting kan være med på å tryggje barnet på at mamma eller pappa har det bra. Ikkje berre er det bra for forelderen og barnet at de får møtes. Helsevesenet kan også utnytte dette. Det er ein flott mogelegheit til å møte og snakke med barna og kunne sjå om dei har behov for informasjon og vidare oppfølging.

Halvparten av informantane fortel også om eit tiltak som dei trur kan ha stor betydning for familiar som har psykiske utfordringar og problem i kvardagen. Praktisk hjelp i heimen blir løfta fram som eit tiltak som familiar verkeleg kunne ha kjent på kroppen at hadde vært til hjelp. Når energien er låg og det er mange arbeidsoppgåver som skal gjerast, kan dette naturlegvis gå ut over barna. Tanken er at hjelpa kan frigi den energien som foreldra faktisk har, slik at barna får den. Som Bøckmann og Kjelle vold beskriv er det mange barn som byrjar å ta på seg oppgåver i heimen som følgje av at mor eller far ikkje klarer dette sjølv.

(Kjellebold og Bøckmann, 2015). Kvello karakteriserer dette som "Parentifisering" (Kvello, 2015). Barn kan gå glipp av mange av sine dagelige aldersadekvate oppgaver og dei kan på denne måten bli "frårøva" det å være barn. Som helse og omsorgsminister Bengt Høie også har uttalt så ynskjer man at barn skal barn tross psykisk sjukdom i familien og man vil på ingen måte at barn skal overta roller som den vaksne i heimen. Barn skal få vere i den rolla som dei skal vere i, nemlig som barn (<https://www.regjeringen.no>). På mange måtar kan dette bli utrulig slitsamt for barnet. Med å fokusere på meir praktisk hjelp, som det her er snakk om, kan det kanskje lette og betre familiedynamikken på fleire måtar. Det vil i alle fall være ein viktig bidragsytar for at barn skal bli fritatt plikter og kanskje også hjelpe til at han eller ho kan delta på aktivitetar utanfor huset og familien. Det er ikkje meininga at barn skal vaske huset til familien, lage mat til foreldre og andre sysken. Dette kan og bør man vurdere om familiar trenger hjelp til. Dette kan jo på ein måte også bli sett på som eit førebyggjande tiltak for barnet. I staden for at være inne og ta seg av ansvar og plikter får barnet delta i eigne prosjekt og aktivitetar, noko som vil stimulere og hjelpe på utviklinga til barnet. Bowlby er også opptatt av at miljøet som barn er i påverkar dets psykologiske utvikling (Bowlby, 2013) .

5.3.7 Hjelp - som faktisk hjelper

Gruppedanningar seg ut til å vere eit tiltak som det blir fokusert meir på no, men informantane fortel om ulike erfaringar med dette. Gruppene kan være ein god arena for helsevesenet å kunne gi ut informasjon og oppfølging og kan også fungere som gode førebyggjande tiltak for utvikling av psykiske lidningar hjå barn.

Tidligere forskning viser at psykisk sjukdom kan vere øydeleggjande for ei mor eller ein fars moglegheit til å utøve si foreldrerolle på ein best mogleg måte. (Haukø og Stamnes, 2009 & Nordenhof, 2012). Nokre grupper som informantane fortel om er grupper som fokuserar på å foreldra. Dei kan til dømes vere med på å styrke foreldra og eigenskapane deira som foreldre gjennom vanskelege periodar i livet. A opplever at COS er eit viktig tiltak og er opptatt av at alle avdelingar bør ha eit tilbod linande dette. Gruppene kan rettleie foreldre i situasjonar der dei er usikre i samhandling med barna sine. Skårderud påpeikar at behandlingssopplegg for psykisk sjuke pasientar i dag også omfattar såkalla foreldrementalisering. Dette betyr at foreldre som er psykisk sjuke ikkje berre skal behandlast for sin sjukdom, men det skal også

vere fokus på relasjonen mellom forelderen og barna hans/hennes (Skårderud, 2010). Det kan tenkast at foreldre har mange spørsmål som dei treng svar på og at dei ikkje minst kan trenge hjelp til betre og styrke sine foreldrefunksjonar. Eit viktig poeng kan vere at dersom ein hjelper foreldre til å vere "betre" foreldre, også i sjukdoms periodar, så vil barna også ha det og klare seg betre. Det kan vere godt å diskutere dette med nokon, og vite at der fins hjelp til barna og familien dersom ein kjenner at ein treng det. Mykje kan være uoversiktlig for foreldra, det er masse dei ikkje veit om psykisk sjukdom, sin eigen sjukdom, og korleis dei skal forhalde seg til barna sine i denne perioden av livet. Ein annan ting som kan vere positivt er at foreldre som er i slike vanskelege situasjonar får komme saman på ein felles arena og har moglegheit til å kunne hjelpe og støtte kvarandre. Kanskje dei også kan diskutere om barna sine, korleis dei trur dette påverkar dei og korleis dei kan hjelpe dei. Om disse gruppene fungerer slik, kan det tenkast at disse barna vil ha godt utbytte av slike grupper også.

Barnegrupper har vært i fokus på avdelinga til den eine informanten lenge men vart i enda større grad meir anerkjent etter at tilskotet i Helsepersonelloven kom. Disse gruppene kan på mange måtar vere eit positivt tilskot i ein eller vanskeleg og forvirrande kvardag for barna. Dei kan oppleve å kjenne på eit fellesskap der andre barn også har foreldre som sliter med psykisk sjukdom og det kan vere lettare for dei å vere seg sjølv. Det kan derfor tenkjast at dette er eit tiltak som verkeleg hjelper barna. Disse gruppene kan også fungere som ein viktig arena for helsevesenet til å avdekke barn som trengjer meir og vidare oppfølging. Gjennom barnegruppene møter fagpersonar barna gjentatte gongar og blir betre kjent med dei enn dei som arbeidar med foreldra. På denne måten kan dei betre vere i posisjon til å sjå og lytte til barna og også i verksette andre tiltak for barn og familiar dersom det trengs. Som informanten fortel så fungerer dette tiltaket godt for barn som pårørande og for foreldra deira. Likevel er ho den einaste informanten som har dette tiltaket ved avdelinga si.

Dei to siste avdelingane hadde ikkje tilbod om grupper til sine pasientar eller barna deira. Avdelinga til C, som er ein akuttpost, der er pasientane innlagt i berre nokre dagar oftast før dei blir tilvist vidare til andre avdelingar for behandling og eller oppfølging. Med andre ord, så har man ikkje tid til slike tilbod på disse avdelingane.

Det var overraskande å finne ut at berre to av informantane fortalte at dei hadde grupper som tiltak ovanfor barn som pårørande. Eg hadde venta at alle avdelingane hadde, om ikkje akkurat dette, eit likande tiltak. Dette både fordi at dersom man skal ta barn som pårørande på alvor så må man kunne gje dei eit tilbod og fordi at dette er eit tiltak som ein kan tenkje seg til verkeleg vil vere til nytte for både foreldre og barn som er i ein vanskeleg situasjon. Skårderud poengterar også at det ikkje er berre små barn som lider ved psykisk sjukdom hjå foreldre, men det er også viktig å ta omsyn til ungdommar (Skårderud, 2010).

6. Konklusjon

6.1 Min konklusjon

Formålet med denne masteroppgåva har vert å sett på Helsepersonellovens § 10a og dens betydning for barn som pårørende. Vi har vert igjennom viktigheita av temaet i oppgåva og veit at det i alle fall er rundt 135 000 barn som i dag er pårørende og treng både hjelp og støtte i kvardagen (Kjellevold og Bøckmann, 2015). Det er eit samfunnsheitt tema som har fått meir merksemd den siste tida, men som også treng endå større fokus i framover. Problemstillinga i oppgåva har vert som følgjande:

Korleis har Helsepersonelloven § 10a i 2010 påverka
arbeidet med barn som pårørende?

*

Kva tiltak har komet som følgje av loven og korleis opplever dei barneansvarlige
som er tilsett på psykiatriske avdelingar at disse fungerer i praksis? Har barn som pårørende
fått det betre som følgje av Helsepersonelloven §10a?

Helsepersonelloven § 10a har påverka helsevesenet og helsepersonell i den grad at det no syntes å vere eit større fokus på barn som pårørende ved psykiatriske avdelingar. Det kan sjå ut til at den har vert bidragsytar til at det har komet nye og fleire tiltak som skal bidra til at man klarer å hjelpe barna og som skal sikre at dei blir ivaretatt på ein god måte. Vi har i oppgåva sett på sju forskjellige tiltak som informantane har framheva som viktige i dette arbeidet, både nye tiltak og tiltak som har eksistert i lang tid, men som no gjerne har fått ein høgare status og større fokus enn tidligare. Oppdelinga av tiltaka har vert fordelt på to kategoriar for å skissere opp forskjellen på tiltak for barn som pårørende der ein i større grad er i direkte kontakt med barna og tiltak der ein der ein ikkje er det.

Helsepersonelloven § 10 a har på mange måtar vert med på å bidra til at barn som pårørende står sterkare i dag enn dei gjorde før 2010. Dei barneansvarlige har eit ekstra ansvar for barna til pasientane og ynskjer å få avsett tid til sine arbeidsoppgåver dom dei meiner dei har i denne rolla. Alle barn blir no registrert og dokumentert som følgje av Helsepersonelloven § 10a, så dette har vert eit effektivt tiltak for å synleggjere barn allereie tidlig i behandlingssopplegget til psykisk sjuke foreldre. Ved å synleggjere barna kan det tenkjast at det lettare er å hjelpe dei. Halvparten av informantane i oppgåva meddelar at det auka fokuset ein har opplevd på barna også gjer dei ei tru på at man også klarer å nå ut til barna i dag og at gruppedanningar er eit godt tiltak for barn. Grupper blir utropt som eit viktig og godt fungerande tiltak og at dette er noko som er ynskjeleg å ha på alle avdelingane.

Loven er skrivet for å gjelde alle avdelingar, både dag, døgn, akutt og alle slags behandlingsspostar. Det som gjer dette kritikkverdig er fordi at alle pasientar og alle barn som er pårørende vil ha forskjellige behov for hjelp og det er veldig stor forskjell på om mor eller far får poliklinisk oppfølging eller er innlagt på sjukehus. Dette er det ikkje tatt omsyn til i dagens lovtekst og konsekvensane kan vere store. Ein burde gjerne hatt nokre ekstra punkt og tiltak for dei barna som har foreldre innlagt i psykiatrisk institusjon? Det er så vidt nemnt i loven i dag, men det er ikkje oppført spesifikke krav/ tiltak ovanfor disse barna (Helsedirektoratet, 2010). Det kunne vert veldig heldig om man hadde pålagt alle døgnavdelingar om å ha eksempelvis tiltak som "stadfestande telefon" og gjerne obligatoriske familiesamtalar ved innkomst for pasienten. Dei barneansvarlige, som ynskjer å få avsett tid og ynskjer å gjere arbeidsoppgåver knytt til barn som pårørende, kunne med fordel hatt ansvar for dette. Loven er elles basert på ein minimumsstandard ovanfor kva som er forventa av helsevesenet. Spørsmålet er om dette eigentleg er godt nok? Om man skal klare å oppnå Helse og omsorgsministerens ynskjer og mål om "pasientens helseteneste" må ein gjerne heve denne standarden og innføre felles nasjonale retningslinjer for kva tiltak alle avdelingane må ha (<https://www.regjeringen.no>). Kritikken er ikkje meint som ein einseitig negativ respons på dagen lovverk, for den har vert veldig viktig. Ein må hugse på at lovendingar som er nye og blir satt ut i praksis, ikkje alltid får forventa eller håpt resultat med ein gong. I dette tilfelle har vi sett gjentatte gangar at formålet i loven ikkje blir fult opp, som kan gje indikasjonar på at loven må reviderast.

Målet slik eg ser det, er at man skal klare å vareta alle barn og foreldre som treng det og til dette arbeidet treng ein hjelpemiddel, tid og engasjement. Myndigheitene må leggje til rette for det, både gjennom nye og strengare lovbestemmingar og også bidra økonomisk til å frigje både tid og pengar til arbeidet.

6.2 Nye forskingsspørsmål

Oppgåva har reist mange nye forskingsspørsmål som eg tykkjer hadde vert interessant å sett vidare på. Her er nokre eksemplar:

1. Korleis opplev barn som er pårørande å bli møtt av helsevesenet etter at Helsepersonelloven § 10 a kom til? (Utval: barna som er pårørande)
2. Eit forskingsprosjekt om rolla som barneansvarlig personell hadde vert spennande. Kva kunne vert gjort for at dette vervet skulle fått større oppslutning og fungert på ein meir effektiv måte for barn som pårørande?
3. Det kunne og vert interessant å laget eit prosjekt for å finne ut om lovens verknad på dei ulike felta den er laga til for. Er der forskjellar - fungerer den betre nokre plassar ovanfor andre plassar?

Informasjonsbrev til aktuelle deltakarar i undersøkinga.

Mitt namn er Therese Lundøy. Eg studerer masterfag i sosialfag ved Universitet i Stavanger. Eg er spesielt opptatt av barn som lever med psykisk sjuke foreldre og korleis vi kan betre situasjonen for disse barna. Prosjektets mitt har eg valt å kalle "Helsepersonellovens tilskot i 2010 - og dens betydning for barn i praksis".

Prosjektets problemstilling er som følgjande:

"Kva endringar tykkjer de barneansvarlige i psykiatrien at tilskotet i

Helsepersonelloven §10a

har bidratt til for barn av psykisk sjuke foreldre?"

Formålet med dette prosjektet er å få innsikt i om det har skjedd endringar for barn som har psykisk sjuke foreldre etter at dette "nye lovverket" vart tatt i bruk - og eventuelt kva endringar som har skjedd.

Eg ynskjer å intervjuje dykk som har rolle som "barneansvarlig" på psykiatriske institusjonar. Eg trur dykk har mykje kunnskap og erfaringar som er verdifulle for mitt prosjekt og ikkje minst viktige for fagfolk som skal arbeide med disse familiane.

I intervjuet ynskjer eg å snakke med deg om dine opplevingar om Helsepersonellovens §10a og kva betydning den har hatt for barn som har psykisk sjuke foreldre. Fokuset vil ligge på kva endringar som har skjedd for disse barna etter at dette lovverket kom til. Eg ynskjer også å vite litt om din rolle som barneansvarlig. Intervjuet vil ta ca. 40 minutt og kan foregå på din

arbeidsplass om mogeleg/ ynskelig - elles kan eg stille med lokale etter nærmare avtale. Alle informantar er anonyme.

Eg håpar du har lyst og anledning til å delta i dette intervjuet. På denne måten kan vi saman finne fram til ny innsikt i dette viktige temaet.

Du kan gjerne ring meg eller sende ein e-post, dersom det er noko du lurar på.

Vennleg helsing

Therese Lundøy

Student, Universitetet i Stavanger

E-post: thereselundoy@gmail.com

Tlf: 97 71 24 99

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

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

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

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

a) samtale med pasienten om barnets informasjons- eller oppfølgingsbehov og tilby informasjon og veiledning om aktuelle tiltak.

Innenfor rammene av taushetsplikten skal helsepersonellet også tilby barnet og andre som har omsorg for barnet, å ta del i en slik samtale

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

Kandidatnummer 8406
Therese Lundøy

c) bidra til at barnet og personer som har omsorg for barnet, i overensstemmelse med reglene om taushetsplikt, gis informasjon om pasientens sykdomstilstand, behandling og mulighet for samvær.

Informasjonen skal gis i en form som er tilpasset mottakerens individuelle forutsetninger.

Vedlegg 2 - Intervjuguide

Start av intervjuet:

- * Fortelje litt om meg sjølv.
- * Fortelje litt om prosjektet (formål)
- * NSD - eg har ikkje meldeplikt for dette prosjektet
- * Fortel om teieplikt (1) og samtykkeerklæring (2)
- * Skriv om "generell informasjon" (3) til deltakaren - han/ho skal skrive på dette sjølv.
- * Fortelje deltakaren at dette er eit heilt frivillig intervju - og at om han/ho trenger pause, eller ikkje ynskjer å fullføre så kan vi avslutte når som helst.

Oppgåvas problemstilling (førebels):

Kva endringar tykkjer de barneansvalige i psykiatrien

at tilskotet i Helsepersonelloven

har bidratt til for barn av psykisk sjuke foreldre?

TEMA	FORSKNINGS- SPØRSMÅL	INTERVJU- SPØRSMÅL	FORDJUPNINGS- SPØRSMÅL
INFORMASJON	<i>Korleis fungerer rolla som barneansvarlig for deg i praksis på di avdeling?</i>	<p>Kva er din funksjon i denne rolla?</p> <p>Har du nokre spesielle tiltak du fokuserer på i rolla som barneansvarlig på di avdeling?</p>	<p>Kan du si meir om....</p> <p>Fortel om.....</p> <p>Kva meiner du med...?</p> <p>Korleis opplevde du dette med....?</p> <p>Kva tenker du om dette....?</p> <p>Er det din meining at....?</p> <p>Kan du fortelje om eit konkret eksempel på dette?</p>
BARN	<i>Korleis tenker man om "barn som pårørende" i dag- og dette til forskjell i frå før i tida?</i>	<p>Korleis jobber man mot disse barna?</p> <p>Kvifor er det viktig for deg å arbeide for å betre situasjonen for disse barna?</p> <p>Kva er viktig å</p>	<p>Utdjup gjerne.</p> <p>Kva tenker om vegen vidare for denne gruppa? Kva utfordringar står vi ovanfor?</p>

Kandidatnummer 8406
Therese Lundøy

		<p>fokusere på i samband med disse barna? (Å bli sett, høyrd, anerkjent)</p>	
<p>LOVVERK</p>	<p><i>Korleis har helsepersonelloven § 10a påverka arbeidet med barn som pårørande på di avdeling?</i></p> <p><i>Er det forskjell i arbeidet før og etter love kom?</i></p>	<p>Opplever du at det er mykje Tabu knytt til temaet? Frykt? Stigmatisering? Avvik? Inkludering - ekskludering. (Før og idag, er det forskjellar?)</p> <p>Informasjon, oppfølging,</p>	<p>Kan du gje eksempel på dette?</p> <p>Eksempel?</p> <p>Korleis opplever du at vi klarer å imøtekomme lovens</p>

Kandidatnummer 8406
Therese Lundøy

		<p>samtale med barn- blir dette praktisert i dag i henhold til loven? - I kva grad? Kva tiltak har ein i dag for barna?</p> <p>Har personale nok kunnskap/kompetanse til å nå ut til disse barna? Er dette eit felles mål?</p> <p>Kan du fortelje om forløpet i frå ein pasient blir innlagt og korleis man går fram for å finne ut om barna er i trygge hender heime?</p> <p>Er du fornøgd/misnøgd med lovverket slik det står i dag? Kva utfordringar står dykk ovanfor i forhald til lovverket?</p> <p>Er det etter din meining at barna i dag blir betre oppfølgt, som følge av denne loven? Vil du sei man idag er i større grad er i kontakt med disse barna enn før lovverket kom?</p>	<p>hensikter i dag på dette området?</p> <p>Har du eksempel på tiltak?</p> <p>Er det di meinig at dette er tilstrekkelige tiltak?</p> <p>Kva kunne vært annleis?</p>
--	--	---	--

ENDRING	<i>Kva praktiske tiltak i arbeidet har komt saman med loven?</i>	<u>Tykkjer du det har skjedd endringar for barn av psykisk sjuke foreldre etter at lovverket kom?</u> <u>Evt. Kva endringar?</u> Samtalar? Infoskriv? Hefter? Registrering? Endring i syn på barn? Endring i syn på pårørnde?	Utdjup gjerne dette. Er det din meining at vi i dag klarer å ivareta barn av psykisk sjuke foreldre på ein tilfredsstillande måte? Om nei kva bør vi gjere annleis? Og kva hindrar oss i dette?

Kandidatnummer 8406
Therese Lundøy

		<p>Korleis forholder pasientane seg til dette? Positivt at barna blir betre ivaretatt eller ikkje</p> <p>Kan ein seie at dette har hatt positiv innverknad for disse barna, om ja - på kva måte?</p>	
FAMILIE OG NETTVERK	<i>Korleis arbeider man i dag med pårørande, familien til den innlagte pasienten?</i>	<p>Kva rolle har familien til ein pasient i behandlingsforløpet - til forskjell frå før?</p> <p>Kan du fortelje litt om korleis ein arbeidar med familien til pasienten i dag?</p> <p>Fokus på førebyggjande arbeid?</p>	

Avslutning:

Fortelje at det går mot slutten av intervjuet.

Vil du seie at barn som pårørande av psykisk sjuke foreldre i dag i større grad bli fanga opp og at vi klarer å hjelpe dei betre? Fortel.

Opne opp for intervjupersonen til å tale fritt:

Er det noko du tykkjer det er viktig for meg som forskar å vite om dette teamet - som ikkje har komet fram?

Takk for meg - og tusen takk for at du tok deg tid til dette intervjuet!

Vedlegg 3 - Samtykkeerklæring

Bergen, 17.11.2015

Samtykkeerklæring

Eg har lest informasjonen om prosjektet "Helsepersonellovens tilskot i 2010 - og dens betydning for barn i praksis" og samtykker i å delta i undersøkinga. Eg godtak at samtalen blir tatt opp på band, og at det som kjem fram kan nyttast i prosjektet.

Eg er kjent med at leiar og rettleiar av prosjektet har teieplikt. Eg er og kjent med at all informasjon som gis skal behandlas konfidensielt, og at ingenting av det som forteljast skal kunne sporast tilnake til meg. Eg er kjent med at opptaket og utskrifter frå intervjuet vil bli sletta etter at prosjektet er avslutta.

Eg er kjent med at min deltaking i prosjektet er frivillig, og at eg når som helst kan trekke meg i frå undersøkinga og be om at mine opplysningar blir sletta.

Navn:

Adresse:

Telefonnummer:

Dato/ Sted:

Underskrift:

Vedlegg 4 - Teiepliktserklæring

Bergen, 17.11.2015

Teiepliktserklæring

Prosjektets tittel:

"Helsepersonellovens tilskot i 2010 - og dens betydning for barn i praksis".

Formålet med prosjektet er å forsøke å finne ny innsikt i om det har skjedd endringar for barn som har psykisk sjuke foreldre etter at helsepersonellovens §10a kom i januar 2010 - og eventuelt kva endringar dette lovverket har bidratt til for barn. Denne kunnskapen vil være nyttig både for fagfeltet og disse utsette barna.

Underteiknande prosjektleiar og rettleiar vil være dei einaste som vil ha tilgang til de opplysningar som samlast inn i forbindelse med dette prosjektet.

Med dette erklærer vi at ingen personopplysningar som kommer til oss i forbindelse med prosjektet vil være tilgjengelig for andre.

I forbindelse med utgiving av publikasjonar eller liknande vil kunn anonymiserte opplysningar bli gitt.

Sted:

Dato:

Underskrift prosjektleiar: _____

Student Therese Lundøy

Underskrift rettleiar: _____

Førstelektor Grethe Marit Delås

Vedlegg 5 - Generell informasjon

Generell informasjon om deltakere i masterprosjektet

Alder:

Utdanning:

Yrkeserfaring:

Kor lenge har du hatt rolle som barneansvarlig på di avdeling?

Litteratur:

Askheim, Ole Petter (2012) *Empowerment i helse og sosialfaglig arbeid*
Gyldendal Norsk Forlag AS 2012, 1. utgåve, 1. opplag

Bowlby, John (2012) *At knytte og bryde nære bånd*
DET lille FORLAG, Frederiksberg 1996, 4. opplag

Bowlby, John (2013) *En sikker base*
DET lille FORLAG, Frederiksberg 1994, 8. opplag

Bøckmann, Kari & Kjellevoid Alice (2015) *Pårørende i helse- og sosialtjenesten.*
En klinisk og juridisk tilnærming.
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 2. utgåve

Glistrup, Karen (2006) *Hvad børn ikke ved ... har de ondt af. Familiesamtaler om psykiske lidelser*
Forfatteren og Hanz Reitzels Forlag, København 2006
2. utgåve, 2. opplag

Haugland, Bente Storm Mowatt., Bugge, Kari Elisabeth., Trondsen, Marianne V. og Gjesdahl, Siri (2015)
Familier i motbakke
Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS

Haukø, Britt Helen & Stamnes, John H. (2009) *BARNAS TIME*
En temafokusert barne- og familiesamtale når mor eller far har psykisk sykdom og/eller rusproblemer
Tapir Akademisk Forlag, Trondheim 2009

Helsedirektoratet rundskriv (2010) *Barn som pårørende*
Trykk: Andvord Grafisk AS

Kandidatnummer 8406
Therese Lundøy

Kinge, Emilie (2012) *Barnesamtaler*

Gyldendal Norsk Forlag AS 2006, 1. utgåve, 5. opplag

Kringlen, Einar (2011) *Psykatri*

Gyldendal Norsk Forlag AS 2008, 10. utgåve, 1. opplag

Kvello, Øyvind (2015) *Barn i risiko*

Gyldendal Norsk Forlag AS 2015, 2. utgåve, 1. opplag

Malterud, Kirsti (2013) *Kvalitative metoder i medisinsk forskning*

Universitetsforlaget 2011, 3. utgåve, 2. opplag

Nordenhof, Ingerlise (2012) *Pårørendesamtaler med barn og unge*

Bergen Fagbokforlag

Skårderud, Finn (2010) *Psykiatriboken*

Gyldendal Norsk Forlag AS 2010, 1. utgåve, 1. opplag

Thagaard, Tove (2013) *Systematikk og innlevelse, en innføring i kvalitativ metode*

Fagbokforlaget Vigmostad & Bjørke AS, 4. utgåve

Nettsider:

Bent Høie på konferanse om barn som pårørende

<https://www.regjeringen.no>

<https://www.regjeringen.no/no/aktuelt/Satsingen-pa-barn-som-parorende-i-Norge/id761041/>

[Sist lest: 14.10.16]

Kandidatnummer 8406
Therese Lundøy

Rapport: "Barn som pårørende - Resultater fra en multisenterstudie"

Publikasjonsnummer: IS-0522

<https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/1025/Barn%20som%20p%C3%A5r%C3%B8rende-IS-0522.pdf>

[Sist lest: 29.10.2016]